



T.C.

**TOROS ÜNİVERSİTESİ**

**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI**

**PSİKOLOJİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**ÇOCUKLAR İÇİN (10-14 YAŞ GRUBU) DİKKAT EKSİKLİĞİ VE  
HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU KENDİNİ DEĞERLENDİRME  
ÖLÇEĞİ GÜVENİRLİK VE GEÇERLİLİK ÇALIŞMASI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Aylin KANAT**

**TEMMUZ 2019**



T.C.

**TOROS ÜNİVERSİTESİ**

**SOSYAL BİLİMLER ENTİTÜSÜ**

**PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI**

**PSİKOLOJİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**ÇOCUKLAR İÇİN (10-14 YAŞ GRUBU) DİKKAT EKSİKLİĞİ VE  
HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU KENDİNİ DEĞERLENDİRME  
ÖLÇEĞİ GÜVENİRLİK VE GEÇERLİLİK ÇALIŞMASI**

**Aylin KANAT**

**DANIŞMAN**

**Dr.Öğr.Üyesi Fatma Sema GÜRKAN**


**YÜKSEK LİSANS TEZİ**


**TEMMUZ 2019**

## YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAY FORMU

Aylin KANAT tarafından hazırlanan "Çocuklar İçin (10-14 Yaş Grubu) Dikkat Hiperaktivite Bozukluğu Kendini Değerlendirme Ölçeği Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması" bu çalışma 22/07/2019 tarihinde yapılan savunma sınavı sonunda oybirliği ile başarılı bulunarak jürimiz tarafından Psikoloji Ana Bilim Dalı'nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

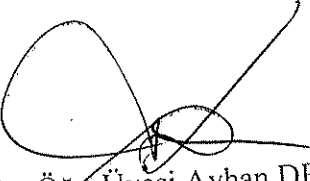
  
Jüri Başkanı  
Doç. Dr. Turhan TOROS  
(Mersin Üniversitesi)

  
Jüri Üyesi  
(Danışman)  
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Sema GÜRKAN

  
Jüri Üyesi  
Dr. Öğr. Üyesi Münir Yalçın ORTAKALE

Savunma Sınav Jürisi Tarafından Tezin İmzalı Nüshasının Teslim Tarihi : 08.../08/2019

Jüri tarafından kabul edilen bu tezin Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.

  
Dr. Öğr. Üyesi Ayhan DEMİRCİ  
Enstitü Müdürü V.

## ETİK BEYAN

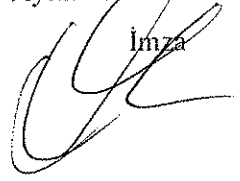
Toros Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu çalışma da;

- Sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
  - Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
  - Yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
  - Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
  - Sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,
- bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

22/07/2019

Aylin KANAT

İmza



**ÇOCUKLAR İÇİN (10-14 YAŞ GRUBU) DİKKAT EKSİKLİĞİ  
VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU KENDİNİ  
DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ GÜVENİRLİK VE GEÇERLİLİK  
ÇALIŞMASI  
(Yüksek Lisans Tezi)**

Aylin KANAT

**TOROS ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

2019

**ÖZET**

Bu araştırmanın amacı 10-14 yaş grubu çocukların Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu kapsamındaki kendini değerlendirmelerini ölçmeye yönelik geçerli ve güvenilir bir ölçek geliştirmektir.

Bu araştırma bir ölçek geliştirme çalışması olup araştırma sürecinde nicel araştırma yöntemlerinden olan tarama yöntemi kullanılmıştır. Araştırma kapsamında geliştirilen ölçek 3 boyut ve 24 maddeden oluşmaktadır. Araştırma sırasında 2017-2018 ve 2018-2019 eğitim öğretim yıllarında Mersin ili genelindeki bir özel okulda 10-14 yaş grubunu barındıran 5,6,7 ve 8. Sınıfta öğrenim gören toplamda 500 öğrenci ve klinik ortamda desteğe başvuran 47 çocuk ile çalışma gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamında verilerin analizi SPSS 21 istatistik programı üzerinden açımlayıcı faktör analizi yapılmıştır. Açımlayıcı faktör analizi devamında doğrulayıcı faktör analizi için R 3.3.1 programında yer alan "lavaan" versiyon 0.5-22 (Rosseel, 2012) kütüphanesinde yer alan cfa fonksiyonu ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma sürecinde verilerin analizi aşamasında geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarına da yer verilmiştir. Boyutlar belirlendikten sonra ölçeğin güvenilirlik analizleri olarak yarıya bölme ve Cronbach alfa iç tutarlık katsayısının hesaplanması yöntemleri kullanılmıştır. Ölçeğin tamamı için hesaplanan Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı ise .89 olarak belirlenmiştir. Faktör analizini belirlemek için Varimaks döndürme yöntemi ile yapılan Temel bileşenler Faktör analizi sonucu öz değeri 1'den büyük (4.02, 3.59 ve 3.56) olan 3 faktörlü bir yapının varyansın %44.7'sini açıkladığı görülmektedir. Maddelerin ayırt ediciliğinin belirlenmesinde ise madde toplam korelasyon yönteminden yararlanılmıştır. Madde toplam korelasyonu .66 ile .39 aralığında bulunmuş maddelerin iyi düzeyde ayırt edicilik gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Ölçeğin 3 faktörlü yapısını doğrulamak amacıyla yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonucu incelendiğinde elde edilen indekslerin kabul edilebilir düzeyde olduğu görülmüştür. Ölçeğin geçerlik analizleri Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısının hesaplanması ve test tekrar test yöntemi ile hesaplanmıştır. Test tekrar yöntemi 50 kişilik bir gruba 3 hafta ara ile uygulanmıştır. Ölçeğin toplam puanın iç tutarlık katsayısı ise .92 olarak hesaplanmıştır. Araştırma

sonucunda "10-14 yaş Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendini Değerlendirme Ölçeği" ne yönelik 3 alt boyutlu 24 maddeye sahip güvenilirliği ve geçerliliği olan bir ölçek olduğu bulunmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, DSM 5, çocukta DEHB, DEHB ölçümü, çocuklar için DEHB ölçeği, Ölçek Geliştirme

**(10-14 AGE) ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER  
SELF ASSESSMENT SCALE RELIABILITY AND VALIDITY  
STUDY**

**( M. Sc. Thesis )**

**Aylin KANAT**

**TOROS UNIVERSITY  
SOCIAL SCIENCE INSTITUTE  
2019**

**ABSTRACT**

The aim of this study, is to improve a valid and reliable scale to measure self assessment of Attention Deficit and Hyperactivity Disorder in children aged 10-14.

This research is a scale improvement study and in the survey process scanning method, one of the quantitative research methods. The scale improved within the scope of research is consisted of 3 factors and 24 items. This study was conducted with total 500 children who are 10-14 age group and students in grades 5.,6.,7 and 8, in a private school in Mersin province at 2017-2018 and 2018-2019 acedemic years and 47 children who applied for support in a clinical setting. In the scope of the research, exploratory factor analysis was conducted through SPSS 21 statistical program. Confirmatory factor analysis used in the continuation of exploratory factor analysis was performed with the CFA function in the "lavaan" version 0.5-22 (Rosseel, 2012) library in the R 3.3.1 program. In the research process, validity and reliability studies were also included in the analysis of the data. After determining the dimensions, methods have been used reliability analysis of the scale was divided by Split-Half method and Cronbach alpha internal consistency coefficient calculation. Cronbach alpha internal consistency coefficient calculated for the whole scale was determined as .89. Principle components made by Varimax rotation method to determine factor analysis As a result of factor analysis, a 3-factor structure with eigenvalues greater than 1 (4.02, 3.59 and 3.56) explained 44.7% of the variance. The item total correlation method was used to determine the discrimination of items. It was concluded that the items total correlation was found between .66 and .39 and showed good discrimination. When the confirmatory factor analysis was performed to confirm the 3-factor structure of the scale, the indices obtained were found to be acceptable. Validity analysis of the scale was calculated by using Cronbach Alpha internal consistency coefficient and test-retest method. Test-retest method was applied to a group of 50 student with 3 week intervals. The internal consistency coefficient of the total score of the scale was calculated as .92. At the end of the research a scale, whose validity and reliability were validated, with 3 subgroup and 24 items aimed for the '10 -14 years old ADHD Self Assessment Scale' developed.

**KeyWords:** Attention Deficit Hyperactivity Disorder, DSM 5, ADHD in children, ADHD measurement, ADHD scale for children, Scale Development

## TEŞEKKÜR

Öncelikle tezli yüksek lisans eğitim ve öğretim hayatım süresince kaliteli hizmetlerinden dolayı Toros Üniversitesi'ne, farklı fikirlerimi destekleyip bana yol gösteren, bu zorlu süreçte güler yüzü ile bana her zaman destek olan, uzun tez yazma sürecinde beni sabırla bekleyen kıymetli danışmanım Yrd. Doç. Dr. Sema GÜRKAN'a; çalışmalarım boyunca değerli yardım ve katkılarıyla beni yönlendiren, kıymetli tecrübelerinden faydalandığım değerli hocalarım Prof. Dr. Süleyman TÜRKEL'e, Prof. Dr. Kamuran ELBEYOĞLU'na, Prof. Dr. Banu İNANÇ'a, Yrd. Doç. Dr. Yalçın ORTAKALE'ye, Doç. Dr. Turhan TOROS'a ; lisans ve yüksek lisans eğitimim süresince manevi destekleri ve bilgileriyle beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan Ar. Gör. Yağmur AYDIN ve Ar. Gör. Hüsamettin YAZAR'a; en kritik nokta olan analiz aşamasında bana destek olan, bilgisini esirgemeyerek katkılarını sunan değerli hocam Arş.Gör. Emre Han ALPAY'a; uygulama kısmında canla başla beni destekleyen yardımını hiç esirgemeyen değerli hocam Uzm. Dr. Bilge KARA'ya, uzman görüşü ve cesaretlendirici destekleriyle Uzm. Dr. Özlem UZUN'a ve Uzm. Dr. Serhat KALA'ya; sağladıkları klinik ortam uygulamalarıyla yardımcı olan Dr. Öğr. Üyesi Gülen Güler AKSU ve Prof.Dr. Fevziye TOROS'a; uzun süren tez yazma yolculuğunda yanımda olup beni seven, sayan ve destekleyen Psk. Hakan ALAV'a, yine bu zorlu süreçte her türlü kaprisimi çeken canım kardeşim Uzm. Klinik Psk. Asena KANAT'a ve en önemlisi beni sabırla, sevgiyle, hiçbir yardımını esirgemedi bugünlere getiren, bana her zaman inanan hayat kahramanlarım çok değerli babam Turgay KANAT'a ve annem Meral KANAT'a teşekkürü bir borç bilirim.



## İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET.....	v
ABSTRACT .....	vii
TEŞEKKÜR.....	viii
İÇİNDEKİLER.....	ix
TABLoların LİSTESİ .....	xi
ŞEKİLLERİN LİSTESİ .....	xii
EKLER LİSTESİ .....	xiii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xiv
GİRİŞ.....	1
Araştırma Problemi .....	3
Araştırmanın Amacı .....	5
Araştırmanın Varsayımları (Sayıtlar) .....	6
Araştırmanın Sınırlılıkları .....	6
Araştırmanın Önemi.....	6

## BİRİNCİ BÖLÜM

### DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU KAVRAMI

#### 1. DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU KAVRAMI

1.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Ortaya Çıkışı .....	8
1.2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Yaygınlığı.....	9
1.3. Etiyoloji ve Patogenez.....	10
1.1.1. Nörobiyolojik etkenler.....	10
1.1.2. Genetik etkenler .....	11

1.1.3. Çevresel etkenler .....	11
1.4. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna Eşlik Eden Bozukluklar .....	12
1.5. Okul ve Sınıf Ortamında Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu .....	15
1.5.1. Sınıf ortamında DEHB'li öğrenci.....	16
1.5.2. DEHB'li çocuğa uygulanabilecek eğitim uygulamaları .....	18
1.6. Klinik Özellikler .....	19
1.6.1. DSM – 5'e göre DEHB tanı ölçütleri .....	19
1.6.2. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu alt tipleri .....	22
1.6.3. Komorbidite ve ayırıcı tanı.....	22
1.6.4. Sağaltım .....	23
1.6.4.1. Psikoterapi ve psikososyal tedavi.....	24
1.7. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna İlişkin Kuramsal Modeller .....	24
1.7.1. Yönetici işlevler.....	24
1.7.2. Mesulam'ın dikkat modeli.....	26
1.7.3. Posner'in dikkat modeli.....	28
1.7.4. Mirsky'nin dikkat modeli .....	30
1.7.5. Bilişsel-Davranışçı DEHB modeli .....	30
1.7.6. Durum düzenleme kuramı (State-Regulation Theory)-bilişsel-enerjik DEHB modeli.....	31
1.7.7. Ertelemeye katlanamama durumu (Delay Aversion) ve DEHB.....	32
1.8. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Kullanılan Ölçekler .....	33
1.8.1. WISC-R.....	33
1.8.1.1. Sözel bölüm .....	33
1.8.1.2. Performans.....	34
1.8.2. WISC-IV (Wechsler çocuklar için zeka ölçeği-IV).....	34
1.8.3. Conners ölçeği.....	35
1.8.4. Burdon dikkat testi.....	36
1.8.5. Barratt dürtüsellik ölçeği kısa formu (BIS-11-KF).....	37
1.8.6. DIVA 2.....	37

1.8.7. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanı ölçeği- okul derecelendirme ölçeği.....	38
1.8.8. Turgay yıkıcı davranım bozuklukları tarama ölçeği (Turgay, 1995).....	38
1.8.9. RSPM (Raven standart progresif matris).....	38
1.8.10. Vanderbilt dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu öğretmen değerlendirme ölçeği.....	39
1.8.11. Vanderbilt dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu aile değerlendirme ölçeği .....	39

## İKİNCİ BÖLÜM

### YÖNTEM

#### 2. YÖNTEM

2.1. Araştırmann Modeli.....	41
2.2. Araştırma Evreni ve Örneklemi .....	41
2.3. Veri Toplama Araçları.....	43
2.3.1. Demografik bilgi formu .....	43
2.3.2. Conners ana baba derecelendirme ölçeği (CADÖ-48).....	43
2.3.3. Burdon dikkat testi.....	43
2.3.4. Barratt dürtüsellik ölçeği kısa formu (BIS-11-KF).....	44
2.3.5. DIVA-2 DEHB için tanısal görüşme formu .....	44
2.3.6. Çocuklar için (10-14 yaş grubu) dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu kendini değerlendirme ölçeği.....	44
2.4. Ölçeğin Geliştirilmesi.....	45
2.5. Verilerin Analizi .....	45

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR

#### 3. BULGULAR

3.1. Aşama 1 .....	47
3.1.1. Güvenirlik sonuçları.....	50
3.2. Aşama 2 .....	53

3.2.1.	Katılımcıların betimsel istatistikleri .....	54
3.2.2.	Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik analizleri .....	55
3.2.1.1.	Güvenirlik analizleri .....	55
3.2.2.2.	Geçerlik analizleri .....	57
3.2.2.3.	Ölçeğin madde analizleri .....	57
3.2.2.4.	Ölçeğin alt boyutlarının normallik dağılımları, ortalama puanları ve standart sapmaları.....	59
3.3.	Aşama 3 .....	59

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### TARTIŞMA, YORUM, SONUÇ VE ÖNERİLER

#### TARTIŞMA, YORUM, SONUÇ VE ÖNERİLER

Tartışma ve Yorum .....	62
Sonuç.....	65
Öneriler .....	67
KAYNAKÇA .....	69
EKLER.....	73
ÖZGEÇMİŞ.....	77

## TABLULARIN LİSTESİ

Tablo	Sayfa
Tablo 1.1. Öğrencilerde normal hareketlilik ile aşırı hareketlilik arasındaki farklar.....	17
Tablo 1.2. Dikkat eksikliği .....	20
Tablo 1.3. Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik .....	21
Tablo 1.4. Mirsky'nin dikkat işlevleri .....	30
Tablo 2.1. Aşamalara göre katılımcıların cinsiyet ve sınıf frekans dağılımları.....	42
Tablo 3.1. Katılımcıların cinsiyet, sınıf ve okul başarılarına dair frekans ve yüzdeler .....	47
Tablo 3.2. 10-14 yaş dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu öz bildirim ölçeği açıklayıcı faktörü analizi sonuçları .....	48
Tablo 3.3. Ölçeğin toplam puanına ve alt boyutlarına ait betimsel istatistikler .....	50
Tablo 3.4. Ölçeğin toplam puanın ve boyutları arasındaki ilişkiyi gösteren korelasyon analizi sonuçları .....	51
Tablo 3.5. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu öz bildirim ölçeğinden alınan puanların cinsiyet değişkeni açısından karşılaştırıldığı bağımsız t testi sonuçları .....	52
Tablo 3.6. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu öz bildirim ölçeğinden alınan puanların sınıf açısından karşılaştırıldığı tek yönlü varyans analizi sonuçları .....	53
Tablo 3.7. Katılımcıların yaş, cinsiyet, sınıf ve okul başarılarına dair frekans ve yüzdeler.....	54
Tablo 3.8. Değişkenler arasındaki ilişkiyi gösteren pearson korelasyon analizi sonuçları .....	56
Tablo 3.9. Diva-II dürtüsellik ve dikkat alt boyutlarının cronbach alfa güvenirlik analiz sonuçları .....	57
Tablo 3.10. Ölçeğin maddelerinin ortalaması, madde toplam korelasyonu ve maddenin silindiğinde oluşacak cronbach alfa katsayılarını gösteren tablo .....	57
Tablo 3.11. Ölçeğin alt boyutlarının normallik dağılımları, ortalama puanları ve standart sapmaları .....	59
Tablo 3.12. Katılımcıların sosyo-demografik bilgileri.....	60
Tablo 3.13. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış grup ile farklı tanı almış gruptaki katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanların karşılaştırılması.....	57
Tablo 3.14. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış grup ile sağlıklı gruptaki katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanların karşılaştırılması .....	61

## ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 1.1. ADORE comorbidity rates .....	12
Şekil 1.2. Bilgi işlem modeli .....	27
Şekil 1.3. Mesulam'ın dikkat modeli.....	28
Şekil 1.4. Posner'in dikkat modeli .....	29
Şekil 1.5. Bilişsel enerjik model.....	32
Şekil 3.1. Ölçeğin doğrulayıcı faktör analizi sonuçları .....	55

## EKLER LİSTESİ

Sayfa

EK-1: Demografik Bilgi Formu .....	73
EK-2: 10-14 Yaş DEHB Kendini Değerlendirme Ölçeği.....	74

## SİMGELER VE KISALTMALAR

<b>ADHD</b>	:Attention Deficit Hyperactivity Disorder (Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu)
<b>ADORE</b>	:The Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Observational Research in Europe (Avrupa Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Gözlemsel Araştırma)
<b>AH</b>	: Aşırı Hareketlilik
<b>APA</b>	: American Psychological Association
<b>BIS-11-KF</b>	: Barratt Impulsivity Scale 11
<b>CED ÖY-U</b>	: Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeğinin Yenilenmiş/Uzun formu
<b>CÖD ÖY-U</b>	: Conners Öğretmen Değerlendirme Ölçeği Yenilenmiş/Uzun formu
<b>DA</b>	: Dopamin
<b>DAT</b>	: Dopamin Taşıyıcıları
<b>DB</b>	: Davranım Bozukluğu
<b>DDB</b>	: Duygu Durum Bozuklukları
<b>DE</b>	: Dikkat Eksikliği
<b>DEHB</b>	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
<b>DSM</b>	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
<b>FEF</b>	: Frontal Eye Fields (Frontal Göz Alanı)
<b>İB</b>	: İşlem Belleği
<b>KMO</b>	: (Kaiser-Meyer-Olkin) katsayısı
<b>KOKGB</b>	: Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu
<b>MPH</b>	: Metilfenidat
<b>NA</b>	: Norepinefrin
<b>ÖB</b>	: Öğrenme Bozuklukları
<b>ÖÖG</b>	: Özgül Öğrenme Güçlüğü
<b>PG</b>	: Posterial pariyetal korteks
<b>RSPM</b>	: Raven Standart Progresif Matris
<b>SPSS</b>	: Statistical Packag for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı)
<b>UB</b>	: Uyum Bozuklukları
<b>WISC-R</b>	: Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği
<b>YAB</b>	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu
<b>YDB</b>	: Yıkıcı Davranım Bozuklukları



## GİRİŞ

Dikkat kavramı zamanımızda yer ettiği anlam itibariyle bütün duygu ve düşünce gücünü bir nokta veya bir konu üzerine yoğunlaştırmak yani odaklanmaktır. “Burada odak kelimesi, önemli olan neyin dikkat edileceğini, yapılacağını, hatırlanacağını seçmek ve yerine getirmek için an be an uygulanan karmaşık, dinamik süreci ifade etmektedir” (Brown, 2013). Zihnimizin birçok farklı yöne ayrılıp, çevreden gelen uyarılarla dağılabilir. Biz odaklanmamız gereken nesne, eylem, beklenti ve deneyimler üzerinden seçicilik yaparak dikkat etmek istediğimiz şeye odaklanıyoruz. Odaklanmamız doğrultusunda hayata, çevreye, insanlara, bizi biz yapan yaşam becerilerimize yönelik bir şekilde öğrenmeyi gerçekleştiriyoruz.

Bilişsel sürece bağlı olarak dikkat kavramı zihnin çevredeki birçok dikkat dağıtıcı nesne, eylem ve kişi gibi ilgi çeken durumdan arınıp istenilen düşünceye tam olarak odaklanabilme durumudur. Zihin mevcut an içerisinde bir kişiye odaklanmak isterse ona dikkat eder, eğer dikkat etmek istediği şey bir nesneyse onu seçer ve odak noktasını o nesne üzerinde belirler. Buna benzer ifadelerle istenilen üzerinde örneklerle bu durumu açıklayabiliriz. Tabi neye dikkat edip etmeyeceğimizi de belirleyen birçok faktör vardır. Bu faktörler ilgi alanlarımıza bağlı ya da ihtiyaç doğrultusunda olabileceği gibi kişiliğimiz, değerlerimiz ve deneyimlerimize dayalı seçicilikle de saptanabilir. Dikkat kavramı üzerinden uyarana bağlı dikkatimizi yönlendiren bazı özelliklerde mevcuttur bunlar; şiddet, büyüklük, kontrast ve hareket olarak tanımlanmıştır. Seçici dikkati kullanarak istediğimiz uyarılara odaklanıyor olmamız bunu sürekli olarak istediğimizi seçip, algılayabiliyoruz anlamına gelmez. Burada şemalarımızın devreye girdiği gerçeğiyle karşılaşıyoruz. Algımız son tablilde, karşılaştığımız uyarılarla ve uyarıları, geçmiş deneyimlerimizle oluşturduğumuz şemalarla uyumlu biçimde algılama eğilimimizle sınırlandırılmıştır (Yıldırım, 2005).

Öğrenmeyi gerçekleştirmek; istenilen yönde ortaya koyulan amaçların, dışsal destek ve uyarılarla bilginin örgütlenmesini içermektedir. Öğrenme için gerekli olanın dikkat kavramı olduğu uzmanlarca kabul görmektedir. Bilginin işleme sürecini; girdilerin alınıp, işlenerek çıktılara dönüşmesi gibi ele alıp mekanik bir açıdan bakabiliriz. Bu öğrenme sürecini oluşturan bilginin işlenerek davranışa dönüşmesi olayı zihnin dışardan aldığı

istendik yöndeki dikkat durumuna bağlanmaktadır. Bu bağlantı kapsamında dikkatin öğrenme süreciyle ilgisi olduğunu biliyoruz ve akademik okul yaşantısı içerisinde etkin öğrenmeyi gerçekleştirmek için dikkat kavramının altını çizebiliriz. Öğrencinin sınıf içerisinde aktif dinlemeye katılmasıyla başlayan süreç göz önüne alındığında, öğrencinin bu süreçte dışardan gelen olumsuz uyarıcılarla dikkatinin dağılması öğrenmeyi sekteye uğratacaktır. Günümüz, kıyasladığımız geçmiş zamanlara oranla teknolojide meydana gelen gelişim ve değişimler, çevre uyaranların artışı, genetik faktörler, beslenme alışkanlıkları gibi birçok etken dikkatin sürdürülmesini güçleştirmektedir. Bu koşullar içerisinde ortaya çıkan DEHB kavramı birtakım ihtiyaçları da beraberinde getirmektedir. Dikkat dağınıklığı; zihnen ya da fiilen bir işle meşgul olduğumuz anda dikkatimizi yeterince toparlayamayıp yeterince konsantre olamama durumudur, buna bağlı olarak ise dikkat eksikliği; küçük yaşlarda görülmeye başlayan tanımlanmış bir bozukluktur ve günlük işlevlerimizi olumsuz yönden etkilemektedir.

Hiperaktivite için ise yine küçük yaşlarda görülmeye başlayan gelişim düzeyine uygun olmayan aşırı hareketlilik ve dürtüsellik diyebiliriz. Hiperaktivite özellikle okul çağındaki çocuklarda dikkat çekmektedir ve çocukların okul yaşamını olumsuz etkilemektedir. DEHB, genellikle okul ortamında çocuğun derse karşı tutumlarından fark edilmeye başlanır. Çocuğun derse odaklanamaması, ilgisiz tutum ve davranışlarda bulunması, çevredeki uyaranlardan olumsuz etkilenmesi bir takım ip uçları verebilmektedir. Ayrıca, çocukta kurallara uymakta güçlük ve riskli davranışlarda bulunma gibi olumsuzluklarda gözlenebilir. "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) olarak adlandırılan klinik tablo ile örtüşen çocukluk çağı davranış patolojisi 1902'de İngiliz çocuk hekimi Still tarafından tanımlanmıştır" (Swanson ve ark. 1998). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu birçok nedene bağlanmakla birlikte çevrenin etkisi, beyindeki bazı yapısal işlev bozukluklar ve kalıtımın etkisi ile ön plana çıkmaktadır.

Dürtüsellik, kavramı aşırı riskli tutum ve davranışları barındırıp, yeterince planlanmamış durumlarda istenmeyen sonuçlarla biten davranış durumunu kapsamaktadır. Dürtüsellik, dikkatsizlik sabırsızlık, yenilik arama, risk alma, heyecan ve zevk arama, zarar görme ihtimalini düşük hesaplama ve dışa dönüklük gibi özellikler ile kendini gösterir (Yazıcı, 2010). Dürtüsellğin çeşitli tanımlamaları bulunmaktadır. Eysenck dürtüselligi risk alma, plan yapmada yetersizlik ve zihnini çabuk toplayamama ile ilişkilendirmiştir. Patton ve arkadaşları ise dürtüselligi hazırlıksız aniden hareket (motor aktivasyon), elindeki işe odaklanmadan (dikkat), plan yapmadan ve yeterince düşünmeden (plan eksikliği) şeklinde üç bölümde ele almayı uygun görmüşlerdir. Deneysel-davranışsal anlamda ise büyük ve

gecikmiş ödüllere çok küçük ama doğrudan ödülleri seçme olarak tanımlanır. Bu kavram DSM-5 Tanı Ölçütleri kitabında, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu kavramı alt tipleri içerisinde "Aşırı Hareketlilik ve Dürtüsellik" olarak yer bulmaktadır.

Erişkinlik dönemi bozuklukları arasında da kendini gösteren DEHB, okul çağı çocukluk döneminde sık görülmekte ve fark edilmesi okul ortamında daha da kolaylaşmaktadır. Öğrenmeyle ilgili problem yaşandığını fark eden ebeveyn, sınıf içerisinde bazı olumsuz davranışlarla birlikte dikkatin sürdürülememesi ve öğrenmenin gerçekleşmediğini fark eden öğretmen yönlendirmede önemli rol oynamaktadır. Sağlıklı yönlendirme sonucu uzmanlarca klinik gözlemlerle birlikte birtakım ölçümler gerçekleşmektedir. DEHB ölçme tekniklerinde aile, öğretmen gözlem ve şikayetleri üzerinde durularak geçerliliği ve güvenilirliği ülkemizde de test edilen Conners Ölçeği önemli bir yer tutmaktadır. Ayrıca çocuğun zihinsel performansını belirlemeye dayalı WISC-R gibi ölçeklerde netlik kazandırmaktadır. Bu ölçekler haricinde birtakım dikkat testleri ve dürtüsellik ölçümüne yönelik ölçeklerde bulunmaktadır. Yapılan araştırmalarda ölçümle ilgili olarak çocukların kendi farkındalık düzeylerinin pek önem görmediği fark edilmektedir.

DEHB ile ilgili birçok bilgi mevcut fakat yaş dönemlerine uygun çok az ölçek bulunmaktadır. Her yönüyle sağlıklı yapılabilen bir ölçüm, tedavi yöntemleri ile ilgili net kararlara varılabileceğini destekler. Doğru bir ölçümle yapılan tedavi ise; bireyin günlük yaşam işlevlerinde, akademik başarısında ve çevre ile olan sosyal yaşamında büyük bir kazanç sağlar.

Diğer psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi temel bilgi kaynaklarından özenle alınmış klinik öykü ve değerlendirmelerin yerini tutabilecek, yeterli duyarlılık ve özgüllükte psikolojik ve biyolojik ölçüm testi bulunmamaktadır. Bu eksikliğin giderilmesine yönelik psikolojik ölçümlerde faydalı olabilmek adına bu tezle katkı sağlamaya çalışılmıştır.

### **Araştırma Problemi**

Ülkemizde ve diğer birçok ülkede de çocuk psikolojisinde en önemli psikiyatrik sorunların başında gelen DEHB aileyi, okulu, çevreyi ilgilendirdiği gibi eğitim ve öğretim sorunu olarak da karşımıza çıkmaktadır. Böyle bir sorun karşısında öğrenmeyi etkileyen faktörler üzerinde çalışmaların geliştirilmesi ve yaygınlık kazandırılması gerekmektedir. DEHB'de bu geliştirilmesi gereken çalışmalar arasında gelmektedir.

Teknolojik gelişmelerin hız kazandığı günümüzde, artan uyarıcı miktarına karşı odaklanmak, konsantre olmak, bir işe başlamak ve devam ettirmek oldukça güç olmaya başlamıştır. Çocuk üzerinde yeterince zorluk yaşatan uyaranlar; sosyal medyanın aktifliği, sürekli yenilenen ve ün kazanan oyun furyaları, bağımlılık geliştirebilen teknolojik kullanımlarla daha da tehlikeli olmaya başlamıştır. Öğrenmede engel yaşamayan bir çocuk için bile bu gelişmelerle öğrenimini sürdürmeye çalışmak oldukça güçken, DEHB tanılı bir çocuk için tam bir engelleyici olabilmektedir.

Çocukta dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun teşhis edilip edilememesine göre de alınabilecek önlemler bu aşamada önem kazanmaktadır. Teşhisi yapılmamış bir öğrenci üzerinde eğitim ve öğretimin gerçekleşmesi için verilen uğraşlar, aile ve öğretmen için boşa kürek çekmekten farklı olmayacaktır. Bu bağlamda davranış boyutunda ise dürtüsellik getirdiği sorunlar ile ortaya çıkan uyumsuzluklar, arkadaşlık ilişkilerinin bozulması, çocuğun okulda etiketlenmesi ve aile içerisinde yaşanabilecek huzursuzluklar çocuğu toplumdan da uzaklaştırmaktadır. Toplumdan uzaklaşan bir çocuğun sağlıklı bir birey olarak yetişmesi oldukça güçtür. DEHB'e eşlik edebilecek diğer bozuklukları da düşünürsek aslında çocuklarımızın geleceğini de tehlikeye atmış oluyoruz.

DEHB'de erken teşhis ile yapılabilecek eğitim planlamalarının ve tedavi yöntemlerinin çocuğa faydası yadsınamaz. Bu bağlamda DEHB ölçümüne yönelik birçok ölçek ve test uygulamaları bizlere birtakım bilgiler verip erken teşhis için işimize yarayabilir. Bu zamana kadar DEHB ölçümü için çocukların zekasını ölçmeye yönelik dolaylı uygulamalarla, anne-baba ve öğretmen gözleminin ön planda bulunduğu birçok çalışma yapılmış fakat çocuğun kendi farkındalığına yönelik ölçme türünden uzak kalınmıştır. Farkındalık kavramının oturduğu yaş grubu düşünülürse 10-14 yaş arası çocuk için yapılabilecek çalışmalar olasıdır. Bu sebepleri göz önünde bulundurursak, çocuğun farkındalığına dayalı, kendi öz yeterliliklerini ve bilinç düzeyini ortaya koyarak yapılacak bir ölçeğin geliştirilmesi mümkün görülmektedir.

Buna göre araştırma problemi şu şekilde belirlenmiştir:

1. Çocuklar için (10-14 yaş grubu) DEHB kendini değerlendirme düzeylerini ölçmeye yönelik geliştirilen ölçek geçerli ve güvenilir midir?

Belirlenen temel problem doğrultusunda araştırılan alt problemler aşağıdaki gibidir:

1.1 Çocuklar için (10-14 yaş grubu) DEHB kendini değerlendirme düzeylerini ölçmeye yönelik geliştirilen ölçeğin kapsam geçerliliği sağlanmış mıdır?

1.2. Çocuklar için (10-14 yaş grubu) DEHB kendini değerlendirme ölçmeye yönelik geliştirilen ölçeğin yapı geçerliliği sağlanmış mıdır?

Bu alt probleme yönelik aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

1.2.1. Geliştirilen ölçeğin yapı geçerliliği kapsamında açımlayıcı faktör analizi sonuçları literatürde kabul edilebilir değerler arasında mıdır?

1.2.3. Geliştirilen ölçeğin yapı geçerliliği kapsamında doğrulayıcı faktör analizi sonuçları literatürde kabul edilebilir değerler arasında mıdır?

1.3. Çocuklar için (10-14 yaş grubu) DEHB kendini değerlendirme düzeyleri hangi kişisel özelliklere göre anlamlı farklılık göstermektedir?

Bu alt probleme yönelik aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

1.3.1. Çocuklar için (10-14 yaş grubu) DEHB kendini değerlendirme düzeyleri, öğrencilerin cinsiyet durum değişkenine göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

1.3.2. Öğrencilerin öz bildirim düzeyleri, öğrencilerin sınıf düzeyi durum değişkenine göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

1.3.3. Öğrencilerin öz bildirim düzeyleri, öğrencilerin okul başarıları durum değişkenine göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

### **Araştırmanın Amacı**

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite, bir çocukluk çağı bozukluğu olarak geçmekte ve bu durumdan muzdarip birçok çocuk ve aile bulunmaktadır. Akademik hayatta her çocuğun başarılı olması istenirken, böyle bir bozukluğun bulunması çocuk üzerinde öğrenmeyi geciktirici ve engelleyici bir probleme neden olmaktadır. Okul ortamında çocuğun yeterli dikkati verememesi, çevre uyaranlarının etkisi ya da çocuğun sınıf içi hareketliliği, yerinde duramaması ve sürekli konuşma hali gibi etkenler hem çocuğun hem de bu davranışlardan etkilenen sınıf içerisindeki diğer çocuklar için öğrenmeyi sekteye uğratan büyük bir problemdir. Sınıf içi bu gibi durumların yaşanması öğretmeninde, öğrenciye ve öğretmeye karşı olumsuz tutumlarına neden olmaktadır. Sadece okul bağlamında değil de çocuğun evde ve dışarıda bulunduğu sosyal çevre içerisinde de bu konuyu ele almakta fayda vardır. DEHB'li bir çocuk evde de ödevlerini yapmakta ve ders çalışmada zorlanacağı gibi aşırı hareketlilik ve dürtüsellik durumları birtakım kazalara ve anne-baba çocuk arasında ilişkilerin bozulmasına neden olmaktadır. Tüm bu ve bunun gibi olumsuzlukları ele aldığımızda DEHB'in bir an önce tespit ve tedavisi büyük önem taşımaktadır.

DEHB ölçümü zor ve meşakkatli uygulamaları içermekte ve bundan dolayı çoğu kişide tespiti yapılamamaktadır. Okul ortamında ise öğretmen gözleminin tek başına yeterli

gelmediği durumlar mevcuttur. Okul içerisinde rehber öğretmenler ve psikolojik danışmanlar gözlem yaparak, kliniklerde ise yetkin kişiler DEHB'e ilişkin veriler toplayabilirler. Bu alanda yapılmış araştırmalarda gözlenen çocukların DEHB'e ilişkin olarak kendi öz farkındalıklarını sorgulamadığı görülmüştür. Piaget'in de gelişim dönemi özelliklerinden de yararlanarak 10-14 yaş arası çocuklarda, somut düşünceden soyut düşünceye geçişin yaşandığı bilinmektedir ve bu dönemdeki çocukların bilişlerinin hızlandığı düşünce şeklinin ve farkındalığın arttığı da bir gerçektir. Farkındalığı artan çocuktan alınan bilgiler bir ön görü niteliği taşıyabilir.

Bu çalışmayla DSM-V tanı kriterlerini de göz önünde bulundurularak 10-14 yaş çocuklar için Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı için geçerlilik ve güvenilirliği olan bir ölçek geliştirmek amaçlanmıştır. Türkiye koşulları ve DSM-V kriterlerine bağlı kalarak gerçekleştirilmek istenilen bu çalışmayla Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğuna dair doğru ölçümler elde edilmesi amaçlanmakta ve yapılacak çalışmalara yardımcı olacağı düşünülmektedir.

#### **Araştırmanın Varsayımları (Sayıtlar)**

- Örneklemin evreni temsil ettiği varsayılmıştır.
- Araştırmanın örneklemini oluşturan öğrencilerin kendilerine uygulanan anket ve envanterleri içtenlikle yanıtladıkları varsayılmıştır.

#### **Araştırmanın Sınırlılıkları**

Söz konusu araştırmaya, Mersin ili Özel Toros Ortaokuluna devam eden, öğrencilere uygulanmıştır. Veriler bir okulla sınırlı kalmıştır.

#### **Araştırmanın Önemi**

Bu araştırma günümüz sorunları kapsamında anne-baba ve öğretmenlerin çocuklarda gördükleri aşırı hareketli, saldırgan davranışlar ve dikkat üzerine akıllardaki soru işaretlerine yönelik yapılmış bir çalışmadır. Genelde okul ortamında sinyaller veren, çocuğun aşırı hareketli olma durumu ile tepki çekip, etiketlenen, başarısız olan öğrenciler için ise dikkat eksikliği şüphelerini akıllara getiren bu durumlar açıklığa kavuşturulmak istenmiştir.

Anne-baba ve öğretmenin düşünce ve gözlemleri çocuklarda görülen bu durumlara

tanı koymakta önemli bir nokta olarak ele alınmıştır. Fakat çocukların kendilerini nasıl gördükleri, yaptıkları hareketli davranışları nasıl adlandırdıkları, dikkat gerektiren işlerle ilgili düşüncelerinin onlar için ne anlam ifade ettiğini anlayıp, farkındalık düzeyleri hakkında bilgi sahibi olmak birçok anlamda bizleri aydınlatacaktır.

21. yy çocukları, makineleşmenin belirtilerini taşıyan kuşak olarak; teknolojinin jet hızıyla ilerlediği böyle bir dönemde hazır bilgi ve donanımla var olmaktadır. Birçok avantaj ve dezavantajı barındıran bu kuşağın çocuğu sokak oyunlarından habersiz, aşırı koruma ve kollamayla büyütülen, sosyalleşmenin sanal dünyada daha aktif olduğu, enerjisini bir türlü atamayan bir nesil olarak görülmekte. Böyle bir neslin çocukları olarak hayal edecekleri şeyler bir sınıra tabii değil ve cevabı bulunmayan sorularla donatılmış bilgi açlığına sahipler. Aynı anda birçok işi yapabildikleri halde odaklanma sorunları yaşamaları, ezber sistemine dayanan eğitim sistemimizle örtüşmeyen, yaratıcılık ve uygulamalarla daha aktif buldukları öğrenimi arzulayan neslin farkındalık düzeyleri hafife alınmamalıdır.

Okulda odaklanamadığı, çevredeki uyaranlardan etkilendiği için öğrenmede güçlük yaşayan, hareketli, kurallara uymakta zorluk ve davranışlarda tutarsızlık yaşayan çocuk ve ailenin çektiği zorluk göz ardı edilmemeli. Ailenin amacı, potansiyelini var olan kapasitesini tam kullanabilme yetisini çocuğunun kazanması yönündedir. Çocuk kullanılabilen tam kapasiteyle kendine güvenini kazanırken, yaşam becerileri ve sosyal ilişkilerde de başarıya ulaşması kaçınılmaz olacaktır.

# BİRİNCİ BÖLÜM

## DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU KAVRAMI

### 1. DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU KAVRAMI

#### 1.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Ortaya Çıkışı

DEHB kavramının tarihçesine değinecek olursak ilk izleri 1865 yılında Alman tıp doktoru Heinrich Hoffman'ın "kıpır kıpır Phil" (Fidgety Phil) kavramıyla görebilmekteyiz. Daha sonra DEHB İngiltere tıp literatüründe George Frederic Still tarafından 1902 yılında, "dikkat sürdürülmesinde eksiklik ve nörolojik anormallikler" olarak tanımlanmıştır (Farrow,2006). I. Dünya savaşında ABD'de ensefalit letarjika salgınının görülmesiyle DEHB ile bir benzerlik kurulmuş DEHB ile ilgili araştırmalarda artış görülmüştür. Ensefalitis letarjika'dan sonra bazı çocuklarda ve ergenlerde görülen aşırı hareketlilik, dürtüsellik, öğrenme güçlüğü, koordinasyon bozukluğu DEHB ile ilişkinin kurulmasında güçlü faktörler olarak görülmüştür. Sonuç olarak DEHB'in beyin hasar alması sonucu ortaya çıkabileceği görüşüne varılmıştır. Strauss ve arkadaşları "Minimal Beyin Zedelenmesi Sendromu" tanımını getirerek; aşırı hareketlilik, şaşkınlık, dürtüsellik, perseverasyon ve bilişsel yetersizliği olan çocukların beyinlerine aldıkları bir hasar sonucu oluştuğunu bu şekilde adlandırmışlardır. 1937 yılında metilfenidat etken maddesinin dikkat üzerine etkisinin keşfinin ardından, 1956 yılında metilfenidat (Ritalin®), dikkat eksikliği ve aşırı hareketliliğin tedavisi amacıyla piyasaya sürülmüştür. 1960 yılında ise Chess dikkat problemlerini mizaç sorunu olarak ele almıştır.

1968 Dikkatsizlik ve aşırı hareketlilik 1968 yılında DSM-II' de "Çocukluk Çağının Hiperkinetik Reaksiyonu Bozukluğu" (Hyperkinetic Reaction of Childhood Disorder) olarak tanımlanmıştır. Bu dönemde aşırı hareketlilik, kolayca çelinebilirlik ve dikkat süresinin kısalığı üzerinde durulmuş olup belirtilerin genelde ergenlik dönemi öncesinde ortadan kalktığı gibi yaygın bir inanış hakimdir. 1980 DSM-III-R' de ise ana problem olarak dikkat eksikliği vurgulanarak, "Dikkat Eksikliği Bozukluğu" (Attention Deficit Disorder) tanımının kullanımının daha uygun olduğu belirtilmiştir. 1987 "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu" (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) tanımı ilk kez DSM-III-R' de kullanılmıştır. 1994 DEHB'nin alt grupları da olabileceği düşüncesinden yola çıkılarak tanım "Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu olarak revize edilmiştir. (Karabekiroğlu, 2012)

"Alman literatürüne ise ilk katkısı Henrch Hofmann 1846'da yazdığı "Fidgety



Philp” adlı kitabı ile yapmıştır, bu kitapta DEHB olan çocukların davranışları, sosyal tutumları ve aile içi ilişkileri ayrıntılandırılmıştır” (Klauss ve ark., 2010). “Alexander Crichton Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunu tanımlamıştır ancak tanımında bozukluğun hiperaktivite ve dürtüsellik alt boyutlarına yer vermeyerek bozukluğu “Mental Restlessness” (Zihinsel Huzursuzluk) olarak adlandırmıştır” (Palmer ve Finger, 2001, Crichton, 1798).

Ayrıca DEHB “Defect of Moral Control” (kötü çocuklar), “çılgın aptallık”, “dürtüsel delilik”, “yetersiz engellenme” ve “yaramaz çocuk sendromu” olmak üzere birçok farklı şekilde adlandırılmıştır (Farrow,2006). DSM-5 ise “Dikkat Eksikliği\Aşırı Hareketlilik Bozukluğu” adıyla tanımlamış; Dikkatsizlik, Aşırı Hareketlilik ve Dürtüsellik olarak ayırmış. Birleşik görünüm, Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm ve Aşırı hareketliliğin\dürtüselliğin baskın olduğu görünüm olarak alt tiplere yer vermiştir.

## 1.2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Yaygınlığı

Günümüzde de çalışma alanlarında popülerliği artan DEHB araştırmacıların yoğun ilgisine maruz kalmış, fakat farklı yaklaşımlar ve ölçütlerinde etkisiyle sıklık ve yaygınlığı hakkında ortak bir görüşe varılamamıştır. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun yaygınlığı kullanılan tanı ölçütlerine, çalışma desenine ve bilgi kaynaklarına göre farklılıklar gösterebilmektedir.

Dünya genelinde en çok çocuklarda görülen DEHB ergen ve erişkinlerde daha az görülebilmektedir. “ABD’de yapılan çalışmaların sonucunda, okul çağındaki çocuklarda DEHB’nun %3-7 oranında görüldüğü tespit edilmiştir” (American Psychiatric Association,2000). Dünya’da görülme oranı ortalama %5’tir ve Türkiye’de bu oran aynıdır. Türkiye’de yapılan araştırmalarda bu bozukluk göz ardı edilemeyecek derecededir ve sık rastlanılmaktadır. “Aşırı hareketlilik ve dürtüselliğin ön planda olduğu alt tipin erkeklerde görülme oranı kızlarda görülme oranından 4 kat daha fazladır. Dikkat eksikliği alt tipi ise kızlarda erkeklere oranla 2 kat daha fazla görülmektedir” (Öner, Öner, Aysev, 2003). Türkiye’ de yapılmış farklı çalışmalarda %6,5 (Motavalli, 1994) ve %8,6 (Şenol ve Şener, 1998) olduğu ifade edilmektedir. Şenol ve İşeri’nin 2004 yılında yaptığı başka bir çalışmada DEHB sebebiyle çocuk psikiyatri servislerine başvuruların 7. sırada yer aldığı, okul dönemi çocuklarının %3-6’sında DEHB’ na rastlandığı görülmüştür.

Güncel olarak incelendiğinde DEHB’ nin Türkiye’ deki yaygınlığını belirlemeyi hedefleyen 4 yıl süreyle yapılan bir boylamsal çalışmada edinilen verilere göre DEHB

bulguları birinci yıl 13.38%, ikinci yıl 12.53%, üçüncü yıl 12.22% ve dördüncü yıl 12.91% oranında olmuştur (Ercan ve ark., 2013, s.6).

### **1.3. Etiyoloji ve Patogenez**

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu oluş nedeni tam olarak bilinmemesine karşın, biyolojik ve çevresel etkenlerin (biyo-psiko-sosyo-kültürel) baskın olduğu görülmektedir. Kalıtsal yatkınlık ile birlikte, okul ortamı ve ailenin işlevleri ortaya çıkmasını hızlandırıcı etkenlerdir. “DEHB’in etiyojisi birçok hipotezle de desteklenmektedir. Kanıtlanan hipotezlerin bir kısmı ise çevresel sorunları ele almaktadır, bu çevresel etmenler; düşük sosyoekonomik düzey, ihmal edilme, istismara uğrama, model alma, olumsuz yaşam olaylarına maruz kalmadır” (Taylor, Taylor 1995; Weiss 1996).

#### **1.3.1. Nörobiyolojik etkenler**

“DEHB semptomlarını açıklarken, frontal lob hasarı olan hastalarla yapılan çalışmalarda tespit edilen “yürütücü işlevler” kavramından da yararlanabiliriz. Frontal lobun sağladığı “yürütücü işlevler” olarak tanımlanan beceriler; strateji kullanma, öncelik belirleme, organize etme, başlama ve devam ettirmedir” (Alpanda,2010). Klinik belirtilerin frontol lob hasarı olan bireylerin DEHB’li bireylerle aynı semptomları gösterdiği bilinmektedir ve bu bulgular biyolojik oluş nedeninin güçlü bir kanıtıdır.

Dopamin (DA) DEHB’in incelenmesinde üstünde durulan önemli nörotransmitterlerdendir ve dopaminden sentezlenen norepinefrin (NA) dikkat ve konsantrasyon gibi durumlarda büyük işleve sahiptir. “Dopamin ve norepinefrinin dikkat döngüsü üzerindeki etkileri bilinmektedir dolayısıyla bu sistemde oluşan değişimler dikkat düzenlemesini etkiler” (Kayaalp, 2008). Günümüzde beyin görüntüleme tekniklerinde yardımıyla lateral prefrontal korteks, dorsal anterior singulat korteks, (Serebral korteksin orta bölümünde korpus kallozumun hemen üstünde bulunur. En önemli görevi duyguların ve duygusal davranışların düzenlenmesidir. Prefrontal korteks, amigdala, talamus gibi çok sayıda merkezi bölge ile iletişim içindedir.) kaudat çekirdek ve putamen incelenebilmekte ve birçok çalışmada DEHB de sağ yarımkürenin baskın olup işlev bozuklukların bu bölgede olduğu ileri sürülmektedir. DEHB gibi heterojen bir rahatsızlıkta beyinde dağınık olarak nöronların birbiriyle etkileşimi görülebilmektedir. Klinik bilgiler doğrultusunda dorsolateral prefrontal korteks ve orbitofrontal kortekste de bu işlev bozukluğunun görüldüğünü söyleyebiliriz.

### 1.3.2. Genetik etkenler

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun kalıtsal olup olmadığını anlayabilmek için çalışmalar yapılmış genetik etkilerin olduğu tespit edilmiştir. Çalışma DEHB olan çocukların kardeşleri ve ebeveynleri üzerinden yürütülmüş bozukluğunun bulunma riski normal kontrol grubuna göre 2-3 kat fazla olduğunu göstermiştir. “DEHB tanımlı bireylerin, ailelerinde DEHB görülme ihtimali %10 ile %35 arasındadır. Kardeşlerde görülme ihtimali %32, ebeveynlerinde DEHB olan çocuklarda DEHB görülme ihtimali %57, ikizler ile yapılan çalışmalarda, tek yumurta ikizlerinde bu ihtimal %50 ile %84 arasında ve çift yumurta ikizlerinde %30 ile %40 arasında olduğu bulunmuştur” (Faraone, Biederman, Keenan, Benjamin, Krifcher, Moore, Buckminster, Ugaglia, Jellinek, Steingard 1992). Yapılan çalışmalar serotoninde genler üzerinde anlamlı bir ilişkisi olduğunu ve dikkat üzerinde de dopamin ve norepinefrin etkili olduğu görülmüştür. “Yapılan moleküler genetik çalışmalar D2, D3, D4 ve D5 reseptörleri ve dopamin taşıyıcıları (DAT) gibi dopamin sistemiyle ilişkili bazı aday genleri işaret etmiştir. Bunlardan en fazla üzerinde durulan ve olumlu bulguların elde edildiği genler DRD4 (D4) ve DAT1 genleridir” (Kayaalp,2008).

### 1.3.3. Çevresel etkenler

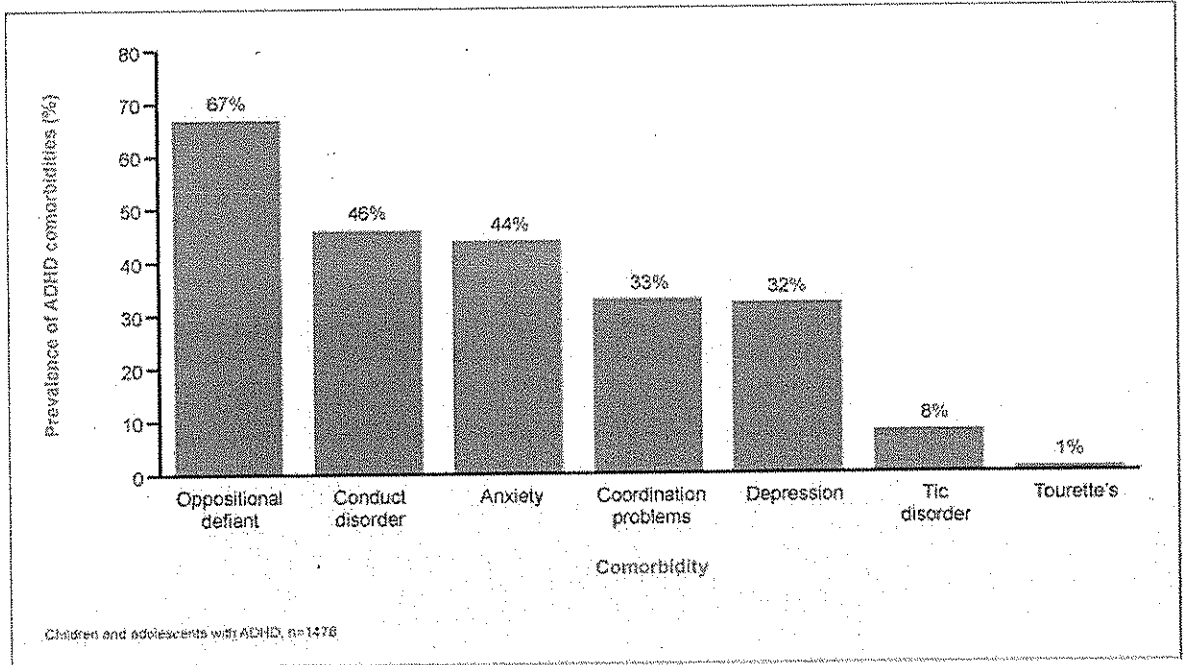
Çevresel etkenlerin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite üzerinde kesin bir etkisi olduğu söylenemez fakat yapılan araştırmalar destekler şeklindedir. Doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası sorunlar, erken doğum, annenin sigara kullanımı, prenatal ve perinatal sorunlar risk faktörleri arasında anılmış ve çalışmalar yapılmıştır. Doğum faktörleri ağır basarken, bazı faktörlerde net istatistiksel verilere ulaşılmamıştır. 2001 yılında Zapitelli ve arkadaşları meta-analiz çalışmasında bazı sonuçlara varabilmişlerdir. “2001 yılına kadar olan 30 yıllık 51 çalışmayı incelemiş ve DEHB olan çocukların prenatal, perinatal ve postnatal strese diğer çocuklardan daha fazla maruz kaldıklarını tespit etmişlerdir” (Zapitelli, Pinto, Grizenko, 2001).

Psikososyal açıdan incelenen DEHB'in çevre üzerindeki etkisini ise; “Uzunlamasına çalışmalarda erken yaşta kayıplar ya da ayrılıklar yaşayan çocukların DEHB belirtileri gösterdikleri görülmüştür” (Arnold ve Jensen 1995). Ayrıca, “DEHB belirtilerinin ortaya çıkmasında anksiyete ve strese sebep olan olumsuz yaşam olaylarının (travmalar) ve aile içinde yaşanan sorunların etkili olduğunu ortaya koyulmuştur (Taylor, Taylor, Rutter, 1995)

#### 1.4. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna Eşlik Eden Bozukluklar

Çocukluk döneminde görülen birçok ruhsal bozukluk çocuğun gelişimi ve psikolojisi üzerine olumsuz etki yaratmakla birlikte, aile ve çocuk üzerinde kalıcı hasarlarda bırakmaktadır. Yıkıcı Davranım Bozuklukları (YDB) arasında yaygınlık gösteren DEHB ile birlikte başka bir bozukluğun görölme olasılığı oldukça yüksektir. Bu anlamda DEHB'e eşlik edebilecek bozuklar arasında; Karşı olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB), Davranım Bozukluğu (DB), Duygudurum Bozuklukları, Anksiyete, Öğrenme Bozuklukları, Majör Depresyon yer almaktadır. DEHB'ye tik bozuklukları, madde kullanım bozuklukları (özellikle geç ergen ve erişkinlikte), özgül konuşma bozuklukları (özellikle kızlarda), gelişimsel koordinasyon bozukluğu ve uyku bozuklukları da eşlik edebilmektedir.

ADORE (Avrupa'da Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Gözlemsel Araştırma) çalışmasında 10 Avrupa ülkesinden 6-18 yaş arası çocukların bulunduğu araştırmada DEHB ile birlikte görülen diğer psikiyatrik bozukluklar incelendiğinde aşığıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.



Şekil 1.1. ADORE comorbidity rates

Kaynak: ADORE, Europe Children Adolescents with ADHD (2006).

### • Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu (KOKGB)

KOKGB; sık sık hiddetlenme, büyüklerle tartışmaya girme, büyüklerin istek ve kurallarına karşı gelme, isteyerek başkasını kızdıran şeyler yapmak ve kendi yaramazlığı için başkalarını suçlama, alınganlık, kolay kızdırılma, kincilik, intikam almak isteme gibi özellikleri taşıyan bir psikopatolojik rahatsızlık olarak tanımlanmaktadır. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocukların yaklaşık üçte birinde karşıt olma-karşı gelme bozukluğu da bulunur.

Biederman ve arkadaşlarının 1998 yılında yaptıkları araştırma sonucunda, DEHB'li çocuklarda bozukluğa eşlik eden rahatsızlıklar arasında Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu (KOKGB) 6-17 yaş sınırlarındaki çocuklarda %46 oranında görülmektedir. Ayrıca, Biliç, Kılıç, Gürkan ve Aysev tarafından 2006 yılında yapılan araştırmada DEHB tanılı 266 çocuk incelenmiş ve bu çocuklarda KOKGB bozukluğu %25,9 oranında çıkmıştır.

Yapılan başka bir araştırmada DEHB tanılı çocuklarla, DEHB+KOKGB tanılı çocuklar karşılaştırıldığında; DEHB ve DEHB+KOKGB tanılı çocukların akademik başarıları kontrol grubundaki çocuklardan daha düşük olduğu ve yine DEHB ve DEHB+KOKGB tanılı çocukların akran ilişkilerinde kontrol grubuna göre daha fazla problem yaşandığı görülmektedir.

### • Davranım Bozukluğu (DB)

İnsan ve hayvanlara karşı saldırganlık, eşyalara zarar verme, dolandırıcılık/ hırsızlık, kuralları ciddi biçimde ihlal etme ile tanımlanan bir patolojidir. Davranım Bozukluğu (DB) çocuklarda %25 görülme oranına sahiptir ve erkeklerde kızlara oranla 2-3 kat daha fazla görülür. DSM V'de Yıkıcı Bozukluklar kategorisinde geçen DB ile yapılan diğer araştırmalarda ise en az %15 oranında DB ve DEHB birlikteliğine rastlandığı ve erkeklerde kızlara oranla daha fazla görüldüğü gözlenmektedir (Erman, 1997; Türkbay, Erman ve Söhmen, 2000).

### • Duygudurum (DB), Depresyon ve Anksiyete (Kaygı) Bozuklukları

Çocuk ve ergenlerde duygudurum bozuklukları başlıca depresif ve bipolar (iki uçlu veya manik-depresif) mizaç bozukluklarını kapsamaktadır. İki uçlu bozukluklar yelpazesinde yer alan Duygudurum Bozukluğu; erişkinler için geçerli olan tanı ölçütlerine uymamakta, belirtiler ve gidiş konusunda farklı özellikler göstermektedir. Çocukluk çağı

Duygudurum Bozukluğu özellikle DEHB ile ayrımı zorluk yaşatmaktadır. Büyükmecilik, coşkunluk, düşünce uçması, artmış cinsel istek ve azalmış uyku gereksinimi varlığı ile iki uçlu bozukluk dikkat eksikliği aşırı hareket bozukluğundan ayrılabilir. (Öztürk O, Uluşahin A, 2011). Yapılan araştırmalarda DEHB tanılı erişkinlerin, DEHB eş tanı grubu olarak en sık görülen hastalık %50 oranında duygudurum bozukları olarak belirlenmiştir. Bunun %22,5' ini bipolar bozukluk, %22,5 majör depresyon ve %5'ini distimik bozukluk oluşturmaktadır. Duygudurum bozukluğunu %22,5 oranı ile yaygın anksiyete bozukluğu, %7,5 oranıyla obsesif kompulsif bozukluk ve %7,5 panik bozukluğun izlediği belirtilmiştir (Ekinci, Öncü, Canat, 2011).

Yoğun ve sürekli mutsuz, huzursuz veya çöküntü hali, sevinç ve ataklığını azaltan bir neşesizlik, huzursuz, sıkıntılı, bitkin, enerjisiz bir ruh hali depresyondaki çocuğun belirtileridir. Depresyonlu çocuk kendini ümitsizlik ve çaresizlik içinde hisseder. Depresyon çocuklarda okul başarısını engeller. Çocuk derslerine odaklanamaz, anne babanın desteği olamadan ödevlerini bitiremez, okul çalışmalarını yapamaz. Çocuklarda yaş ilerledikçe depresyonun yaygınlığı da artmaktadır. Okul öncesi çocuklarında %1'den az, okul çağı çocuklarında %2-3, ergenlerde ise, %7-13 arasında değişmektedir (Balkaya, 2003). Elia J ve arkadaşlarının 2008 yılında yaptıkları araştırmada DEHB'li çocukta major depresif bozukluk görülme sıklığı %21,6 oranında görülmektedir. Lauth ve Naumann'ın 2009 da yaptıkları ve depresyon, korku, sosyal geri çekilme gibi durumları ele aldıkları araştırmada ise, DEHB tanılı çocuklarda %30- 35 oranında bu bozuklukların görüldüğü öne sürülmüştür.

Çocuklukta anksiyete; çarpıntı, kalp hızında artma, yüz kızarması veya solması, kaslarda kasılma ve kramplar, nefes yetmezliği belirtileri, titreme, terleme, el ve ayakların soğuk olması, karın ağrıları, bulantı, kusma, baş ağrısı, baş dönmesi, sık idrara çıkma, bayılma, sinirlilik, huzursuzluk, aşırı uyanıklık, uykusuzluk, utangaçlık, anneye bağımlılık, içe dönüklük, sosyal ortamlarda huzursuzluk, aşırı risk alma ya da riskten tamamen kaçınma gibi bulgular ile kendini göstermektedir. Bu belirtilerin yanı sıra Kaygı Bozukluklarının olası nedenleri arasında; ana babada kaygı ya da depresyon olması, erken dönem ana baba çocuk iletişimde sorunlar, sık sık bakıcı değiştirme, olumsuz yaşam olayları, beklenmedik kayıplar, bireyin kişilik özellikleri gibi etkenlere de rastlanmaktadır. DEHB ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu ilişkisi incelendiğinde; YAB %15,2 ve herhangi bir anksiyete bozukluğu %32,2 oranında eşlik ettiği görülmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise 12-18 yaş grubunda ilk defa tanı almış ergen grubunda, 6-10 yaş grubuna

kıyasla eş tanı olarak anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluklar daha sık görülmüştür (Üneri & Vatandaş & Atay, 2009). Erişkinler üzerinde yapılan araştırmalarda ise yaygın anksiyete bozukluğu, %7,5 gibi bir orana sahiptir.

- **Öğrenme Bozuklukları (ÖB) veya Özgül Öğrenme Güçlüğü (ÖÖG)**

Öğrenme Bozuklukları (ÖB) sıklıkla DEHB'e eşlik etmektedir. Özgül Öğrenme Güçlüğü ABD Ulusal Öğrenme Bozukluğu Kurulu tarafından, konuşma, dinleme, okuma, yazma, matematik ve akıl yürütme yeteneklerinin kazanılmasında ve kullanılmasında önemli derecede güçlüklerle kendini gösteren heterojen bir grup bozukluk olarak tanımlamıştır. Öğrenme Bozuklukları (%15-40) oranında görülmektedir. Ülkemizde Biliç, Kılıç, Gürkan ve Aysev (2006) tarafından yapılan araştırmada ise bu oran %21,7'dir. Lauth ve Naumann(2009), yaptığı bir araştırmada DEHB tanılı 9 çocuklarda özel öğrenme güçlüğü'nün %35 oranında, okuma güçlüğü'nün %8-39 oranında, matematik güçlüğü ve yazma güçlüğü oranının %12-27 oranında olduğu belirtilmiştir (Kaymak Özmen,2010).

### **1.5. Okul ve Sınıf Ortamında Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu**

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu okullarda en sık karşılaşılan problemlerden birisidir. Özellikle günümüzde bu kadar sık duyulmasının sebebi çocuğun okul içinde göstermiş olduğu davranış ve tutumların DEHB'in kriterlerini taşıması, ebeveynlerin ve öğretmenlerinde bu konu hakkında bilgi toplamasına sebep olmuştur.

Okul çağındaki çocuğun bu davranışları sergilemesi bir yana dursun okuldaki akademik başarısını, arkadaşlık ilişkilerini ve sınıf ortamındaki olumsuz etkileri görülebilmektedir. Bu nedenle aile desteğinin yanında öğretmenlerin ve öğrencilerinde DEHB ile baş etmede desteği gerekmektedir.

Günümüzde DEHB'in bu kadar anılması yeni çıktığı anlamına gelmemektedir, geçmişte de olan bu bozukluk yeteri kadar bilgi sahibi olunamadığından anlamlandırılmıyor onun yerine başka durumlara atfettiriliyorken, günümüzde araştırma alanlarının artması DEHB'e olan bilgi açığının yoğunluğu birtakım sonuçlara ulaşarak aydınlanmamızı sağlamıştır. Ailelerin DEHB karşısında kendini yetersiz hissetmelerine karşın, doğrudan ailelere yönelik araştırmalara da yer verilmiş, okul ortamında uygulanabilecek programlarda oluşturulmuştur.

### 1.5.1. Sınıf ortamında DEHB'li öğrenci

Öğretmenlerin, öğrencinin sınıf içindeki davranışını anlayabilmek, dikkatin uzun süre sağlanabilmesi ve olumsuz bir tutumun nasıl karşılanıp geri dönüt verileceği konusunda DEHB ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmaları gerekmektedir. Sınıf ortamını düzenleyip DEHB'li öğrencilere uygun bir hale getirilmesi bu bilgilerin doğru kullanımıyla olmaktadır. En önemli noktalardan biri de öğretmenin DEHB'li öğrenci ile kuracağı doğru iletişimidir. Öğretmen kullandığı dil ile öğrencisini desteklediğini onu anladığını yansıtabilirse tedavi ve uyum sürecine katkısı büyük olacaktır.

“ Sınıf ortamında, DEHB'li öğrenciler, *dikkat toplama yeteneğindeki sınırlılık, dağınıklık, anlatılanları dinlemede güçlükler, düzensizlik, unutkanlık, motor huzursuzluk, yetersiz dürtü kontrolü, aşırı konuşma, sırasını bekleyememe, kurallara uymada güçlük*” gibi davranış problemleri gösterirler. Bu öğrenciler “*bir ya da birkaç uyarana aynı anda dikkat etme konusunda başarısızdırlar, elleri ayakları kıpır kıpırdır, oturmaları beklenen durumlarda sürekli ayaktadırlar ve sınıfta amaçsızca koşuşturup dururlar, bir işi sonuna kadar tamamlayamazlar, sürekli olarak diğer insanların sözünü keser, kendilerine bir soru sorulduğunda, soru tamamlanmadan yanıtını verirler*” (Aktaş, 2000; Jacobs ve Petermann, 2007; Lauth ve Mackowiack, 2004; Lauth, Schlottke ve Naumann, 2007; Nathrath ve Wölfl, 2006; Pfau, 2004; Stark- Städele, 2005).

Öğretmenlerin sınıftaki zarar verici davranışları ön planda tutup olumsuzu görmeye odaklanmaları araştırmacıları harekete geçirmiştir. “ Bu öğrencilerin sınıftaki diğer öğrencilerle karşılaştırıldıklarında hem *aktif zarar verici* (sıra arkadaşıyla sürekli konuşmak, sınıf içerisinde koşuşturmak, ortalıkta komiklik yaparak dolaşmak vb.) hem de *pasif zarar verici* (pencereden bakmak, başka şeylerle meşgul olmak vb.) davranışları daha sık gösterdiklerini saptamışlardır” (Lauth ve Mackowiack, 2004).

Derse katılım söz konusu olduğunda dikkat konusunda, bir çalışmayı sürdürebilme gibi durumlarda sorun yaşadıkları anlaşılmış katılımların az olduğu görülmüştür. DEHB'li öğrencinin ders esnasında dikkatini uzun süre koruyamaması, aynı anda birden başka işle uğraşma isteği, aşırı hareketlilik yerinde duramama durumu, kısa süre içerisinde sıkılganlık gösterme ve diğer arkadaşlarının da dersi dinlemesine engel olan davranışlar sergilemesi öğretmenler tarafından kontrolü zor ve yıpratıcı bir süreçtir. Burada öğretmen DEHB'li çocuğun dikkatini çekip uzun süre korumaya çalışırken, diğerlerinin bu durumdan etkilenmemesini sağlayarak dersi işlemek zaman zaman sağlanmayabilmektedir.



Öğretmenlerin okulda yaşadıkları bu zorlu süreçte aile ve idare iş birliği önem arz etmektedir.

Daha çok okul ortamında fark edebildiğimiz DEHB çocuğa yüklenen yaramaz, hareketli gibi atıflarda bulunulmasına neden oluyor. Fakat hareketli, hiperaktif kelimesiyle ilgili algımız ne kadar doğrudur. Bu bağlamda aşırı hareketli ile normal hareketli arasındaki farkı bilinmesi sınıf ortamını kolaylaştırıcı bir ayırım yapmaya yetebilir. Bu fark aşağıdaki Tablo 1.1.'de belirtilmiştir:

Tablo 1.1. Öğrencilerde normal hareketlilik ile aşırı hareketlilik arasındaki farklar

Normal Hareketlilik	Aşırı Hareketlilik
- Normal hareketlilikte davranış, keyfi uyumlu sürekli ve amaca yöneliktir.	- Aşırı hareketlilikte davranış ve amaçsızdır.
- Ortam sınırlayıcı ve dikkati yoğunlaştırmak gerekiyorsa öğrencinin hareketliliği azalır.	- Ortam sınırlayıcı ve dikkat yoğunlaştırmak gerekiyorsa, öğrencinin hareketliliği artar.
- Normal öğrencilerde stresli durumlarda hareketlilik artar.	- Aşırı hareketli öğrenciler heyecan verici ortamlarda sakinleşirken, normal durumlarda hareketlilik düzeyleri artar.

*Kaynak:* Özdoğan, Ak ve Soytürk (2005).

Tablo 1.1.'de görüldüğü gibi normal hareketlilikte davranış amaca yönelik, aşırı hareketlilik ise amaçsız ve keyfi meydana gelmektedir. Normal davranışta öğretmenin dikkati toplamaya çalıştığı yerde öğrenci hareketliliğini azaltabiliyor, fakat aşırı hareketlilikte bu davranış artış gösteriyor. Stresli durumlarda normal öğrencinin hareketliliği artış gösterirken, aşırı hareketli öğrencilerde tam tersi meydana geliyor normal durumlarda hareketlilik düzeyleri artıyor.

### 1.5.2. DEHB'li çocuğa uygulanabilecek eğitim uygulamaları

Okulda başka evde başka davranış sergileme eğilimde olan DEHB'li çocuk için okul başarısını arttırmak aileler için ön plandadır. Sınıf içerisinde öğretmenin DEHB'li çocuğun dikkatini uzun süre derste tutabilmek büyük bir imtihandır. Dikkati dağınık, hareketli, çok konuşan ya da hayallere dalan çocuğun dikkatini çekmek, dersi anlamasını sağlamak, yapılacak okul çalışmalarına yönlendirmek; aceleci, plansız bir çocuk için oldukça güçtür. "DEHB günümüzde sadece bireysel bir problem olarak görülmemektedir. Ülkelerin sağlık ve okul politikalarını etkileyen bir durum olarak karşımıza çıkan bu bozukluk, çocuğun okuldaki başarısına, sosyal yaşantısına ve gelecekteki eğitim sürecine önemli zararlar verebilmektedir" (Lauth ve Schlottke, 2002).

Yapılan çalışmalar incelendiğinde; bozukluğun kendini yönlendirme eksikliğine sahip olduğu anlaşılmıştır. Bu nedenle uygulanacak çalışmalar çerçevesinde DEHB'li çocukların kendi kendilerini uygun bir şekilde yönlendirmelerini sağlayacak yeterlilikler (örn. kendi kendine yönerge verme yöntemi, kendi kendini kontrol etme, problem çözme eğitimi gibi) üzerinde çalışılmalıdır (Döpfner ve Lehmkuhl, 2005). "DEHB'in belirtilerinin azaltılmasında ve bu davranış problemlerinin geriletmesinde bilişsel davranışçı terapi, ebeveyn eğitimi, ailede ve okulda uygulanacak edimsel koşullanma yöntemleri ve bilişsel yöntemlerin önemi ve etkisi, yapılan deneysel çalışmalarla ortaya koyulmuştur" (Döpfner, 2000; Döpfner ve Lehmkuhl, 2002; Döpfner ve Lehmkuhl, 2005; Frölich, Döpfner ve Lehmkuhl, 2002c; Lauth vd., 2005).

DEHB'nin belirtilerinin azaltılması ve davranış problemlerinin geriletmesinde okul temelli eğitim programları çerçevesinde özellikle bilişsel davranışçı yaklaşımın olumlu etkisinin olduğu yapılan deneysel çalışmalarla ortaya koyulmuştur (Döpfner ve Lehmkuhl, 2002; Döpfner ve Lehmkuhl, 2005; Lauth ve Freese, 2003). Öğretmenlerin DEHB'li çocukların eğitimi hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması durumu, sistemsel bir bilgiye ihtiyaç duyduklarını ortaya koymuştur. Sınıf ortamının düzenlenmesi ve DEHB'li çocuğun derse etkin katılımını sağlamak amaçlanmıştır. "Öğretmen eğitimi çerçevesinde, DEHB'nin temel belirtileri, bu öğrencilerin okuldaki davranış özellikleri, okulda alınabilecek önlemler, pekiştiricilerin etkili bir biçimde kullanılması, simgesel ödül sistemi, problemleri davranışlarla baş edebilme, davranış düzenleme teknikleri ve ebeveynlerle iş birliği gibi konulara yer verilebilir" (Lauth ve Naumann, 2009). DEHB'li öğrenciler için sorun çözme becerisinin de kazandırılması ve geliştirilmesi gerekmektedir. Aslında temelde hedef sınıf ortamındaki iletişimin düzenlenmesine ve kontrolüne yöneliktir.

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı almış öğrencilerin okul ortamı ve öğretmen yaklaşımı kadar velinin de yaklaşımı, tutumu önemlidir. Aileye düşen bazı görevler olduğu gibi bunların takibini sağlama ve izlemede onların sorumluluğuna girmektedir. Yapılan araştırmalarda profesyonel ebeveyn eğitiminin katkısının olduğu kanıtlanmıştır. Ailenin bilgili olması, bütün aşamaları bilip profesyonel desteğe katkıda bulunması, DEHB'li çocuğun gelişim sürecini hızlandıracaktır. Çalışmalarda Lauth ve Heubeck'in ebeveyn eğitim programının işe yaradığı çalışmalarda ele alınmıştır. Burada ebeveynin günlük yaşam koşullarında çocuğuna bulunduğu yaklaşım, çocuğunun sorumluluk ve görevlerinde ona destek olma anlamında, kurallara uyulmasını sağlamakta bir nevi aileye yardımcı olmak ve sorunlarına çözüm aramakta yönlendirici bir program olmuştur. Lauth ve Heubeck (2006) geliştirdiği bu "Ebeveyn Eğitim Programı" farklı otumlardan oluşmakta, amaç ise aile içinde yaratılan stresli durumların azaltılmasına ve çözümlenmesine yöneliktir.

## **1.6. Klinik Özellikler**

### **1.6.1. DSM – 5'e göre DEHB tanı ölçütleri**

DEHB DSM-5'de 1) Dikkatsizlik ve 2) Aşırı Hareketlilik-Dürtüsellik örüntüsü içinde ele almıştır. Bu tanının konulabilmesi için 6 ya da daha çok belirtinin olması, gelişim düzeyine uygun olmayan günlük yaşamı kapsayan etkinlikleri olumsuz etkileyen (okul/iş), işlevselliği ya da gelişimi bozan belirtilerin en az altı aydır sürüyor olması gerekmektedir. DSM – 5 Tanı Kriterleri tablo 1.2. ve 1.3.'de gösterilmiştir:

Tablo 1.2. Dikkat eksikliği

<b><i>Dikkat Eksikliği</i></b>
1. Çoğu zaman ayrıntılara özen göstermez ya da okul çalışmalarında (derslerde), işte ya da etkinlikler sırasında dikkatsizce yanlışlar yapar (örn. Ayrıntıları gözden geçirir ya da atlar, yaptığı iş yanlıştır).
2. Çoğu zaman aldığı görevlerde ya da oyunlarda dikkatini sürdürmekte güçlük çeker (örn. derslerde, konuşmalar sırasında ya da uzun yazılar okurken odaklanmakta zorlanır).
3. Çoğu zaman doğrudan kendisine doğru konuşulduğunda dinlemiyormuş gibi görünür (ör. dikkat dağıtıcı unsur olmadığı halde aklı başka bir yerde gibi görünür).
4. Çoğu zaman yönergeleri izlemez ve okul ödevini, ev işlerini ya da işyerindeki görevlerini tamamlayamaz (örn. işe başlar ancak odığı hızlı bir biçimde yitirir ve dikkati dağılır).
5. Çoğu zaman işleri ve etkinlikleri düzene koymakta güçlük çeker (örn. Sırayla yapılması gereken görevleri yönetmekte zorlanır, materyalleri ve eşyaları düzenli tutmakta zorlanır, işleri dağınık ve düzensizdir, zaman yönetimi zayıftır, zaman sınırlamalarına uyamaz).
6. Çoğu zaman yoğun zihinsel çaba gerektiren görevlere katılmaktan kaçınır, hoşlanmaz ve bu aktivitelere karşı isteksizdir (örn. okul çalışmaları ya da ev ödevlerini; yaşı büyük ergenler ve yetişkinlerde rapor hazırlama, form doldurmayı tamamlama, uzun yazıları, makaleleri gözden geçirmek).
7. Çoğu zaman görevler ya da aktiviteler için gerekli eşyalarını kaybeder (örn. okul materyalleri, kalem, kitap, cüzdan, ödev, anahtarlar).
8. Çoğu zaman dış uyaranlarla dikkati kolaylıkla dağılır (yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde ilgisiz düşünceleri kapsayabilir).
9. Çoğu zaman günlük etkinliklerinde unutkanır (örn. sıradan günlük işleri yaparken, getir götür işlerini yaparken; yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde telefonla aramalara geri dönmede, faturaları ödemedede, randevularına uymakta).

Tablo 1.3. Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik

<i>Aşırı Hareketlilik ve Dürtüsellik</i>
1. Çoğu zaman kıpırdanır, elleri ya da ayakları vurur ya da oturduğu yerde kıvrılır.
2. Çoğu zaman oturması beklenen durumlarda yerinden kalkar (örn. sınıfta, ofiste, işyerinde veya oturması gereken durumlarda yerinde oturamaz).
3. Çoğu zaman uygun olmayan ortamlarda ortalıkta koşar ya da bir yerlere tırmanır (yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir).
4. Çoğu zaman boş zaman etkinliklerine sessiz bir şekilde katılamaz ya da sessiz bir biçimde oyun oynayamaz.
5. Çoğu zaman motor takılmışçasına hareket halindedir (ör. uzun bir süre boyunca restoranda veya toplantılarda yerinde rahat bir şekilde duramaz ya da zorlanır; başkaları tarafından huzursuz ve ayak uydurulması zor olarak algılanabilir).
6. Çoğu zaman aşırı konuşur.
7. Çoğu zaman soru cümlesi tamamlanmadan cevap verir (örn. Başkalarının cümlelerini tamamlar, konuşmada sıranın kendisine gelmesini bekleyemez).
8. Çoğu zaman sırasını beklemekte zorlanır. (örn. kuyruk sırasını beklerken)
9. Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da araya girer (örn. dahil olmadığı konuşmaların, oyunların, ya da etkinliklerin arasına girer, başkalarının eşyalarını izin almadan ya da sormadan kullanır, yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde başkalarının yaptığının arasına girer ya da başkalarının yaptığını birden kendi yapmaya başlar).

Yukarıda belirtilen semptomlara ek olarak; Bileşik görünüm, Dikkatsizliğin Baskın olduğu görünüm, Aşırı hareketliliğin/dürtüsellğin baskın olduğu görünüm olarak alt tiplere ayrılmıştır. Buna bağlı varsa alt tiplerin belirtilmesi gerektiği üzerine durulmuştur.

“Belirtiler yalnızca karşıt olmanın, karşı gelmenin, düşmancıl tutumun, verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışı vurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekir. Belirtiler iki ya da daha çok ortamda (okul, ev, işyeri) etkilerini gösterir. Belirtilerin toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevselliği bozduğuna ya da işlevselliğin niteliğini düşürdüğüne dair açık kanıtlar bulunması gerekir. On iki yaşından önce birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi olur” (APA, 2014).

### 1.6.2. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu alt tipleri

DSM-V (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı) DEHB tanı ölçütlerine göre üç alt tip bulunmaktadır. Bunlar, dikkat eksikliğinin baskın olduğu tip, aşırı hareketlilik ve dürtüselliğin baskın olduğu tip ve birleşik tiptir.

DSM-5'e göre DEHB alt tipleri:

#### *Dikkat Eksikliğinin Ön Planda Olduğu Tip*

Okula başlayana kadar fark edilmesi zordur. Kızlarda erkeklere göre daha sık rastlanır. DSM-V kriterlerine göre dikkat eksikliği belirtilerinin en az 6'sının, en az 6 aydır sürdüğü ve aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtilerinin görülmediği ya da 6'sından azının görüldüğü durumlarda tanısı konur.

#### *Aşırı Hareketlilik-Dürtüsellğin Ön Planda Olduğu Tip*

Gelişimsel düzeye dikkat edilerek tanısı konulmalı ve yaşa uygun hareketlilik davranışları göz önünde bulundurulmalıdır. Erkek çocuklarda kız çocuklarına göre daha sık görülür. DSM-V kriterlerine göre aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtilerinin en az 6'sının, en az 6 aydır devam ediyor olması ve dikkat eksikliği belirtilerinin 6'dan az olması gerekir.

#### *Birleşik Tip*

DEHB olan çocuk ve ergenlerin çoğunluğu bu alt tipte yer almaktadır. İki cinsiyette de en sık görülen alt tiptir. DSM-V kriterlerine 3 alt başlığın belirtilerinin en az 6'sının, en az 6 aydır aynı anda görüldüğü durumlarda tanısı konur. Bu belirtiler kişilerin sosyal, ev ve okul yaşantısında ciddi zorluklar yaşamasına sebep olur.

### 1.6.3. Komorbidite ve ayırıcı tanı

Genelde tek başına görülmeyip eşlik eden bir bozukluğu barındıran DEHB çoğunlukla Karşıt Olma Karşı Gelme (KOKGB), Duygu Durum Bozuklukları (DDB), Uyum Bozuklukları (UB), Öğrenme Bozuklukları (ÖB), Metal Retardasyon, Davranım Bozuklukları (DB), madde kullanımları ve yeme bozuklukları ile beraber görülebileceği gibi benzer semptomlara sahip olmaları sebebi ile DEHB ile karıştırılabilmektedir. Bu bozukluklar komorbidite gösterme ihtimalinde göz önünde bulundurularak tanıları üzerinde önemle durulmalıdır. Genelde DEHB'i diğer bozukluklardan ayıran temel özellik başlangıç yaşıdır.

Mental Retardasyon ile DEHB çoğunlukla birlikte görülmektedir. Mental Retardasyon beyin yapıları düzgün gelişmeyen ya da normalin altında çalışan çocuklar için kullanılan bir zihinsel engel kavramıdır. Bu kavrama bağlı beyinde meydana gelen bu bozukluğun DEHB de görülen dikkat eksikliği ve hiperaktivite davranışlarıyla örtüştüğü araştırmacılar tarafında gözlenmektedir. Öğrenme Bozukluklarında (ÖB) görülen okuma, yazma ve matematikte görülen güçlükler DEHB’de de dikkat eksikliğinden kaynaklı bir bozukluk olarak birbirine benzemekte, bu yüzden ayrımı gerek tanı kriterleri gerek nöropsikolojik ölçeklerle tanımlanmalıdır. DDB ve UB ise yaşa bağlı kriterlerden ön görmek mümkündür, bu iki bozukluk genellikle ergenlik ve yetişkinlik döneminde başlar, DEHB ise okul öncesi dönemde kendini gösterir. KOKGB ve DB ise çoğunlukla DEHB ile görülür fakat hafif bir düzeyde kendini gösterebilir. KOKGB tek başına da görülebilmektedir bu gibi durumlarda ayırıcı tanı yapmak gerekir. “DEHB sebep olduğu akademik, sosyal ve davranışsal problemler, aile ve arkadaş ilişkilerinde yaşanan sorunlar dolayısıyla bireyde depresyon veya anksiyete bozukluğuna neden olabilir” (APA, 2013). Ayrıca Manik-depresif bozukluk da dönemsel olarak değişen duygu durumları, anksiyete ve depresyonda ayırıcı tanı göz ardı edilmemelidir.

#### 1.6.4. Sağaltım

“Günümüzde kabul edilen sağaltım yaklaşımı, ilaç sağaltımı yanı sıra çocuk, aile ve öğretmenleri kapsayacak biçimde planlanmış psikososyal girişimler ve destekleyici tutumları içermektedir. Kanıtlanmış etkileri ve görece az yan etkileri ile uyarıcılar sağaltımda ilk seçenektirler. Trisiklik antidepresanlar, alfa 2 agonistleri, venlafaksin, bupropion ve atomoksetin de kullanılabilir ilaç seçeneklerindedir” (Öztürk, Uluşahin, 2011).

Tedavi için kapsamlı bir sonuç almak isteyen araştırmacıların da ortak görüşü ilaç tedavisinin yanı sıra psikoterapi ve psikososyal tedavileri de barındıran sistemli bir yöntem izlenmesi yönündedir. Fakat ilaç kullanımı ile ilgili bağımlılık yaptığı yönündeki endişeler meta-analitik çalışmaların önünü açmış bu çalışmanın sonucunda ise çocuklukta uyarıcı sağaltımının madde ve alkol kötüye kullanımı riskini azalttığını göstermiştir.

Ayrıca şu an Türkiye’de bulunabilen kırmızı reçeteye verilen Metilfenidat (MPH) DEHB tedavisinde sık kullanılan stimulan ilaçlar arasındadır. Kullanım onay yaşı altı olarak geçmekte olan bu ilaç %75 oranında etki göstermektedir.

#### 1.6.4.1. Psikoterapi ve psikososyal tedavi

İlaç kullanımıyla başlayan tedaviye ek olarak alınan psikoterapi ve psikososyal destek, DEHB'li bireyin yaşadığı bazı psikolojik sorunlar ve etkilenen günlük yaşamın toparlanabilmesi için önem arz etmektedir. Psikoterapi ve psikososyal tedavide amaç bireyin hayatını olumlu yönde değiştirmek, bireyde davranış ve tutum değişiklikleri ve öz farkındalık sağlamaktır.

Çocuklarda görülen DEHB'de ebeveynlerinde psikoeğitim alması, çocuğunu anlamaya yönelik destekleyici tutum sergilemesi, ailenin bu bağlamda kuracağı olumlu iletişim semptomların azalmasına katkı sağlamaktadır. DEHB'de okul hayatı da çocuğun yaşamında ailenin tutumu kadar önemlidir. Bu tedavi sürecinde öğretmenin desteği, DEHB'li bireye göre yapılan sınıf içi düzenlemeler ve arkadaşlarının tutumu büyük etki sağlayabilecek destek unsurlarındandır.

DEHB'li çocukların okulda yaşadıkları sorunlar karşısında uygulanabilecek bir takım tedavi süreçleri de vardır. Genelde okul temelli eğitim programı adı altında "Bilişsel Davranışçı Yaklaşım" kullanılır. Burada amaç belirtilerin azaltılması, problemleri durdurabilip geriye atmaya yöneliktir. Böyle bir yaklaşımı uygulamak konusunda öğretmen yetersiz kalabilmektedir o yüzden uzman kişi tarafından öğretmene yeterli bilginin verilip, iş birliği ile hareket etmek daha doğru bir tutum olacaktır. Bu süreç başarılı bir şekilde ilerlese öğretmen DEHB'li öğrenciyi derse katma, sınıf düzenini koruma ve gerekli yönlendirmeyi yapma konusunda başarılı olacaktır.

### 1.7. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna İlişkin Kuramsal Modeller

#### 1.7.1. Yönetici işlevler

Yönetici işlevler basit anlamıyla günlük hayatımıza etki eden bir işi nasıl yapabileceğimizi planlamak, önceliklerimizi sıralamak, hedef koymak, başladığımız işi bitirebilmek, zaman yönetimini sağlamak için kullanmış olduğumuz bilişsel becerilerimizdir. DEHB'li çocuklarda görülen başladığı işi bitirememek, ödev yapmakta zorluk çekmek vb. zihinsel süreçleri barındıran işlemleri yerine getirememesi yönetici işlevlerle doğrudan örtüşmektedir. Bu zihinsel süreçleri barındıran işlevler, karmaşık dikkate dayanarak yönetici ya da yürütücü işlevler olarak adlandırılır.

Yönetici işlevleri inceleyecek olursak; dikkatini sürdürülmesini temel alan, karmaşık



dikkate dayanan, bilgileri düzenleme, düşünme, esnek düşünme, planlama, strateji üretme, bellekte ilgili bilginin kodlanması ve işlenmesi organize olma, karar verme, problem çözme, akıl yürütme, tahmin etme, yorumlama, soyutlama, davranışları düzenleme, amaca yönelik davranışın gerçekleştirilmesi, çevreye uyum sağlama, duyguları kontrol etme, amaca ulaşma, amacı hatırlama gibi detaylandırılabilir.

Yapılan araştırmalarda yönetici işlevler ve zeka arasındaki ilişki incelenmiş, bir çok etken ile birlikte yönetici işlevlerinde etkisine rastlanmıştır. Yönetici işlevlerin ve üst düzey yeteneklerin zekayı tanımlamada kullanılabilirdiği gözlenmiştir. Zeka düşüncede çeşitlilik, esneklik, yaratıcılık ise doğru tahminlerde bulunabilme doğru olan yeni analogiler kurma, doğru çözüm bilinmediğinde akıl yürütme yeteneğini içeren bir zihinsel süreç olarak betimlenmektedir ve bu yetenekler göz önüne alındığında, yönetici işlevlerle zekâ arasında yakın bir ilişki vardır, denebilmektedir. (Karakaş 2000; Kiriş, 2004). Ayrıca yapılan araştırmalarda zekanın farklı yönleriyle yönetici işlevlerin bazı öğeleri arasında benzerliklere de rastlanmıştır.

Yönetici işlevlerin temel görevi beyin alanlarından gelen bilgileri bütünleştirmek ve değerlendirmektir. Yönetici işlevler beynin prefrontal lobunun işlevlerini tanımlamak için kullanılır. "Frontal korteks ve onun striatal bağlantıları yönetici işlevler için en önemli nöroanatomik yapılar olarak kabul edilmektedir" (Stuss ve Benson 1986, Duncan 1986, Petrides 1994). "Yönetici işlevlerde prefrontal korteks, bazal gangliyonlar ve serebellumun görev aldığı ve bu devrelerde özellikle dopamin olmak üzere monoamin transmitterlerin modülasyonu sağladığını belirtmektedir" (Castellano, 1997). DEHB ile frontal lob arasında araştırmalar sonucu nedensellik ilişkisi kurulmuş ve "gelişmiş beyin görüntüleme teknikleri ve araştırma yöntemlerinin kullanılmasıyla elde edilen bulguların gözden geçirildiği bir çalışmada da DEHB'nin etiolojisinde prefrontal-stri-yatal-talamo-kortikal döngünün rolü vurgulanmıştır" (Ercan ve Turgay 1999). Bu hasarlı frontal loblarda görülen hiperaktif ve dürtüsel davranışlara bağlı olarak ortaya atılmıştır. Bu işlev bozukluğundan bahsetmek için "frontal metefor" kavramı kullanılmaktadır. Ayrıca, dorsolateral frontal hasarlarda ya da genel olarak frontal lob hasarlarında özellikle Wechsler zekâ ölçeği gibi zeka ölçümlerinde bir değişiklik saptanmamıştır. Bu araştırmalar, zekâ testlerinin frontal lob hasarlarına (yönetici işlev bozukluklarına) duyarlı olmadıklarını göstermektedir. (Ardila, 2000; Karakaş, 2004; Leana, 2009)

Bazı araştırmalar DEHB'in basit bir dikkat dağınıklığı değil de yönetici işlevlere bağlı bir bozukluk olduğunu dile getirmektedir. DEHB'de bir çok süreç etkili olmakla birlikte en baskın durumun yönetici işlevler olduğu incelemelerde görülmektedir.

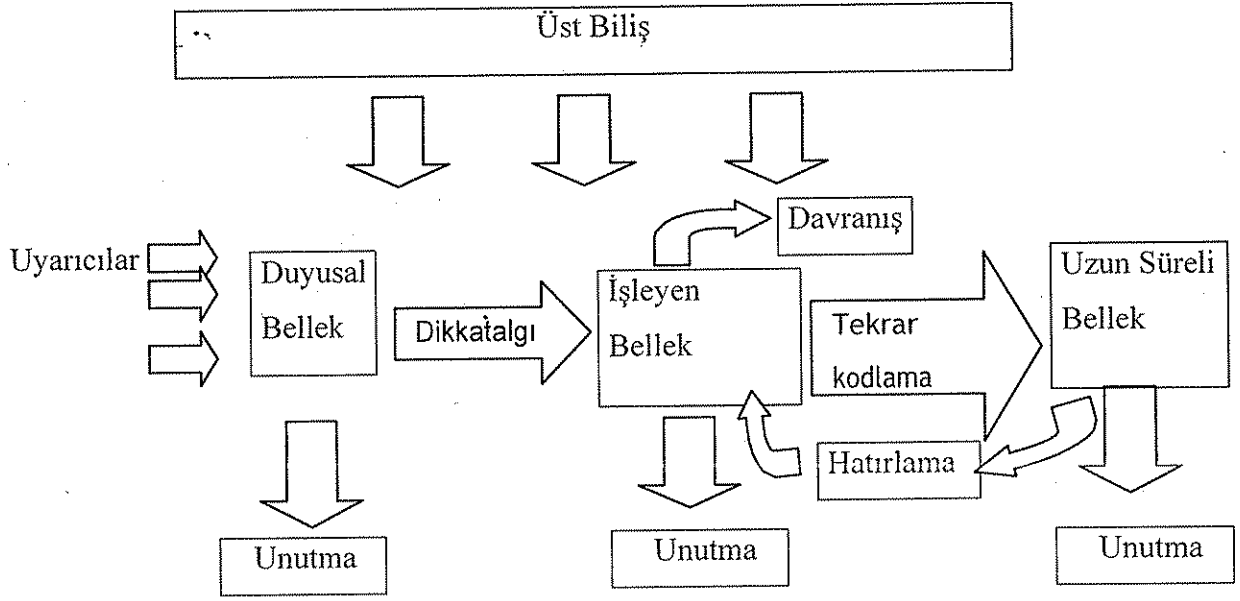
DEHB'li çocuklarda yapılan araştırmalar sonucu kız çocuklarında yönetici işlevlerin büyük bir etkisi olmadığı gözlenmiştir. "Zeka katsayılarındaki düşüklüğe karşı DEHB'li kızlarda saptanan görece sağlam yönetici işlevselliğın daha önce erkek DEHB'li çocuklarda yönetici işlevlere ilişkin olarak bildirilen düşük başarıyla karşılaştırıldığında farklılık gösterdiği belirtilmektedir" (Seidman ve ark. 1997). Farklı çalışma kapsamında yönetici işlevler alt görevlerinde kızlarla ilgili anlamlı ve anlamsız farkları barındıran araştırmalar yapılmış kızlarda da erkekler gibi yönetici işlevlerin bozuk olduğu görülmüştür. "DEHB'de her iki cinsiyet için, yaygınlık farkına karşı benzer fizyopatolojinin varlığını desteklemiştir" (Castellanos ve ark. 2000). Yönetici işlevler kendi aralarında DEHB temel bozukluklarının daha iyi anlaşılması ve adlandırılabilmesi için sınıflara ayırmıştır. Bunlar;

*Tepki Ketleme Bozukluğu*; harekete geçmeden davranışlarının sonucunu düşünebilmek, dürtü kontrolünü sağlamak anlamına gelen tepki ketleme başarılı olmadığı sürece bozukluk kapsamında yer alır. "Tepki ketlemenin bir davranışsal fenotip olmakla birlikte altta yatan genetik duyarlılıkla ilişkili bilişsel bir endofenotip olarak düşünülebileceği de ileri sürülmüştür" (Slaats-Willemsen ve ark. 2003).

*İşlem Belleği Bozukluğu*; işlem belleği motor becerilerin edinilmesi, beceriler ve alışkanlıklar olarak açıklanmaktadır. DEHB de büyük rolü olduğu düşünülen işlem belleği yapılan araştırmalarda "İB görevlerinde, DEHB'lilerin normallerden daha düşük başarı sergilediği saptanmıştır. Fakat aynı görevlerde KGB ve DB gruplarının başarısı da normal gruptan düşük bulunmuştur" (Sergeant ve ark. 2002).

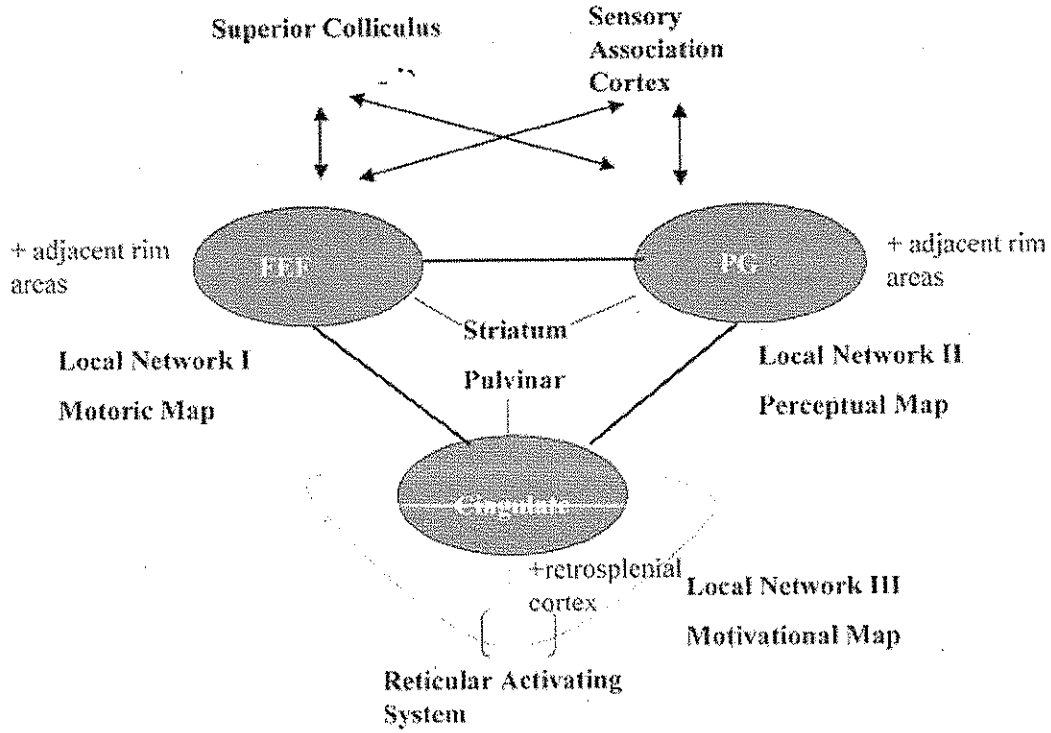
### 1.7.2. Mesulam'ın dikkat modeli

Mesulam belleği açıklamada sağlam bir kuramsal model oluşturmuş farklı kortikal bölgelerin birbirini etkilediğini savunmuştur. İnsan beynini beş ayrı şebekeye ayırmış bu ayrımı arkitektonik farklılaşma ve işlevsel özelleşmeye göre sıralamıştır. Modelin temeli Klasik bilgi işleme modeline dayanmaktadır, bu temel modeli hatırlamak adına (Şekil 1.2.).



Şekil 1.2. Bilgi işlem modeli

Mesulam, Bilgi İşlem Modeli'nin duyusal bellek, dikkat algı, işleyen bellek depolaması, uzun süreli depolama ve geri getirme aşamalarındaki süreçleri, nöral bağlantıları kendi modeli ile açıklamaya çalışmaktadır. Modele göre sağ yarım kürenin baskın olduğu üç kortikal odaklı bir ağla açıklanmaktadır. Bu üç davranışsal bileşen duyu, motor ve güdüdür Mesulam Dikkat Modeline göre ise bu nöral ağ "posterior pariyetal korteksi (ortasında PG alanının bulunduğu), singulat korteksi ve frontal korteksi (merkezinde FEF'in bulunduğu) içermekte olup tamamı retiküler aktive edici sistem tarafından modüle edilmektedir"(Güneş,2004) .(Şekil 1.3.).



Şekil 1.3. Mesulam'ın dikkat modeli

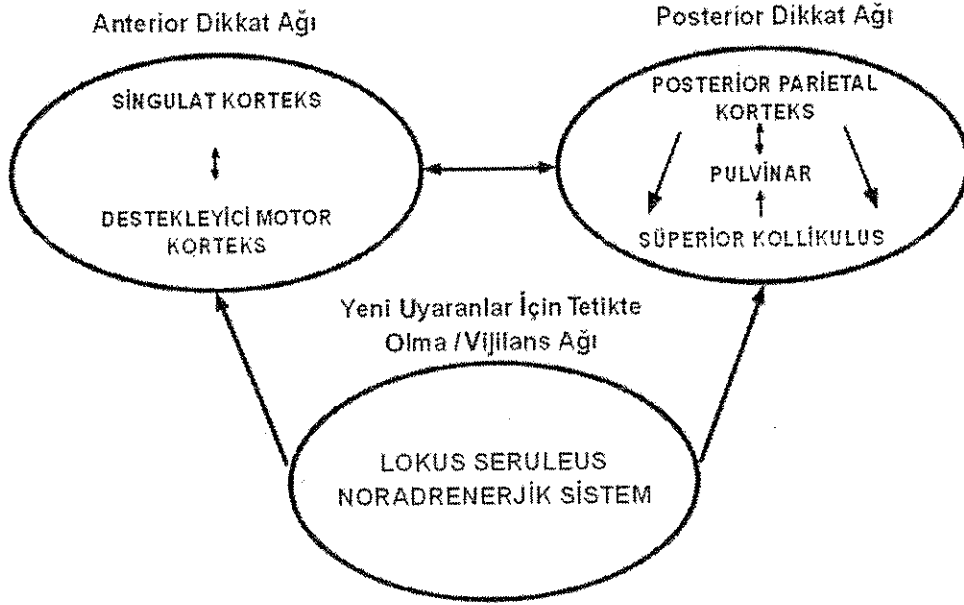
Kaynak: Mesulam (1990).

Modelde FEF ile kavramı Frontal göz alanı, PG kavramı ise Posterior Parietal Kortekse anlamlarındadır. Modele göre dikkatin duyuşsal bileşeni (sensory component) dış mekânın iç temsilini sağlamaktadır, sağ parietal lob dikkatin duyuşsal bileşeninden sorumludur. Frontal göz alanları dikkatin bileşenini temsil eder ve bu bileşen mekandaki uyarıcının taranması ve bulunması davranışlarını düzenler. Singulat Girus ise dikkatin güdüsel bileşenini temsil eder mekandaki uyarıcılara ilişkin ilgilerin ve beklentilerin oluşmasını sağlar. "Bu bileşenlerden birinde veya ara bağlantılarındaki zedelenme karşı tarafta görsel uzaysal ihmal (visuospatial neglect) sendromuyla sonuçlanabilmektedir" (Weintraub ve Mesulam 1987, Mesulam 1988).

### 1.7.3. Posner'in dikkat modeli

Bu modele göre iki dikkat sistemi söz konusudur, bunlar ön ve arka dikkat olarak sistemleştirilmiştir. Arka dikkat sisteminde; *Arka pariyetal korteks* dikkatin önceki hedefin bulunduğu yerden ayrılmasında, *Üst kollikulus* dikkatin hedefe kaydırılmasında, *Pulvinar*

ise dikkatin hedefte tutulmasında yer alır. Ön Dikkat Sistemi; uyarının saptanmasında amaca yönelik davranışın denetiminde etkilidir bunlar *Ön singulat girus* ile *Orta hat frontal lob*dur. Bu bileşenler ayrı nöral ağlar olarak oluşmuştur. ( Şekil 1.4. ).



Şekil 1.4. Posner'in dikkat modeli

Kaynak: Posner (2000).

Anterior Dikkat Ağı uyarının saptanmasında, amaca yönelik davranışın denetiminde etkilidir, singulat korteks ve orta hat frontal lob yapılarında yer alır. Poaterior Dikkat Ağı ise yönelim süreciyle alakalıdır, arka paryetal korteks ve talamik pulvinar çekirdeğini içerir. Posner'in modelinde dikkat belli bir odaktan ayrılması posterior parietal korteks işlevi ile ilişkilendirilirken, Mesulam modelinde multimodal duyuşal temsillerin rolüyle ilişkili olduğu bilinmektedir.

Posner'in bu modeli DEHB ile ilgili soru işaretlerinde, saptanılan bazı eksikliklerde sağ yarım kürenin yardımıyla açıklık kazanacağı üzerine durulmuştur. Bazı araştırmacılar bu modelden yola çıkarak Antrior ve Poaterior dikkat ağlarının DEHB ile ilgili bozukluklarla doğrudan ilişkilendirmişlerdir. Tabi bu davranışsal ketleme ve durum düzenleme olgularında oluşabilecek herhangi bir bozukluğun dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunu karşılaması gerekmektedir.

#### 1.7.4. Mirsky'nin dikkat modeli

Mirsky bu modeli Mesulam ve Posner'den sonra 1996 yılında başka bir boyuta taşımış dikkat işlevlerini şu şekilde sınıflara ayırmıştır. (Tablo 1.4.)

Tablo 1.4. Mirsky'nin dikkat işlevleri

<i>Odaklanma</i> ( <i>focus</i> )	Geliştirilmiş işlem dizininden hedef bir bilgiyi seçme yeteneği.
<i>Süürdürmek</i> ( <i>sustain</i> )	Zamana bağlı odaklanmak ve devam ettirebilme yeteneği.
<i>Kaydırma</i> ( <i>shift</i> )	Dikkatli odaklanmayı esnek ve uyarlanabilir şekilde değiştirme yeteneği
<i>Kodlama</i> ( <i>encode</i> )	Sayısal verileri sıralı olarak kaydetme, geri çağırma ve zihinsel olarak manipüle etme yeteneği.
<i>Sabitleme</i> ( <i>stability</i> )	Zihnin tek bir noktaya odaklanarak esneklikten uzak bir durağanlık yakalamasıdır.

Mirsky'nin modelinde yer alan bu dikkat işlevleri çok sayıda kişi üzerinde nöropsikolojik testlerle ölçülmüş, veriler sonucunda bu beş kavram ortaya atılmıştır ve bu beş işlev üzerinden "Dikkat Bataryası" oluşturulmuştur. "Bu model temel alınarak DEHB'li çocuklar değerlendirilmiş, bataryada yer alan birçok testte DEHB'li çocukların, normal kontrol grubuna göre düşük başarı gösterdiği saptanmıştır" (Mirsky ve ark. 1999).

#### 1.7.5. Bilişsel-Davranışçı DEHB modeli

Bilişsel işlevlerin ön planda olduğu klinik olarak kişinin kendisi, çevresi, yaşantıları ve geleceğe yönelik algı ve anlamlandırmalardır. Kişi bu olgulara dayandırdığı algılama biçimini anlamlandırmayla birlikte bu düşünceleri değer süzgecinden de geçirmelidir.

Bilişsel kuramda duygu, algı ve bilişsel dayalı bir döngü söz konusudur. Birey bir olayı algılamasıyla birlikte akıl süzgecinden geçirip değerlendirmesi arasındaki bağlantıları öngörmesiyle oluşan bilişsel bir süreçtir ve kişi süreçten geçerek çevresiyle uyumu yakalar. Bilişsel Davranışçı modelde amaç sorunlu davranışı düzeltmektir. Önce düzeltilmek istenen davranış saptanır, varsayım ve stratejiler belirlenir, bilişsel davranışçı

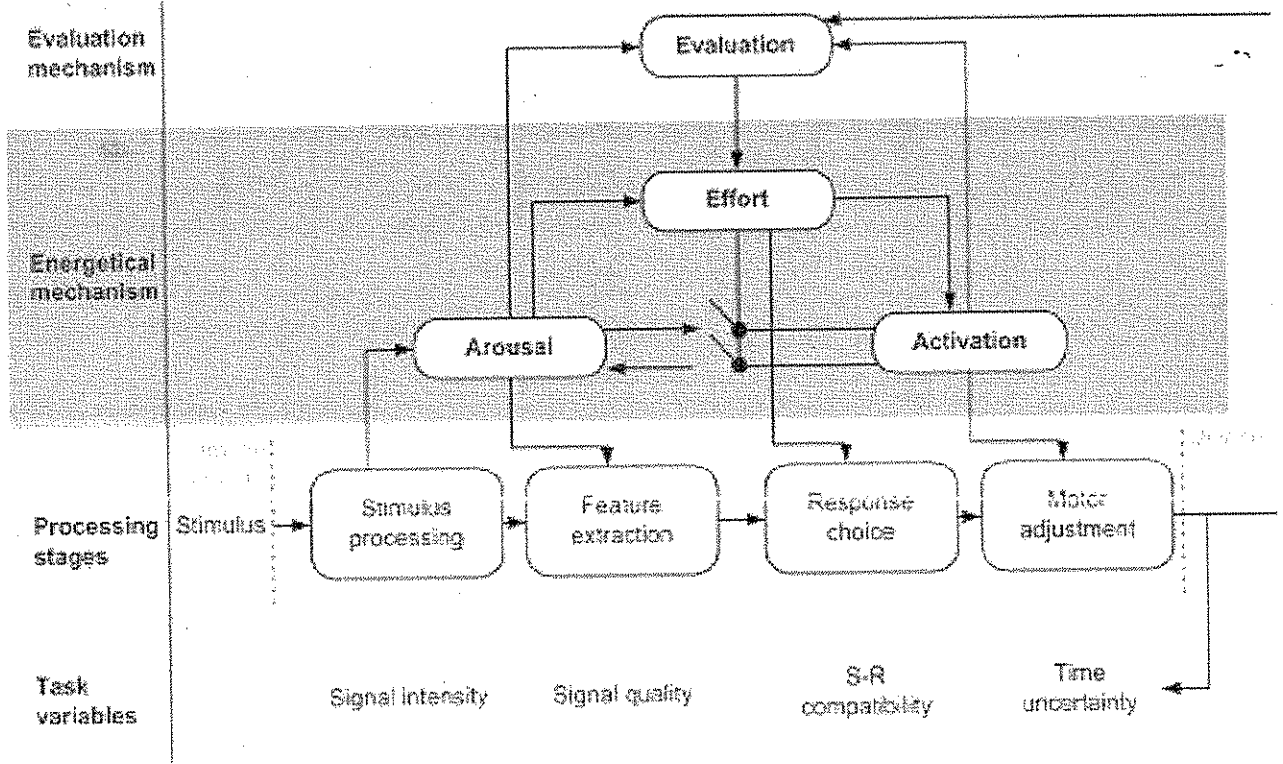
uygulamalarla olumsuz davranış yok edilip olumlu davranışın ortaya çıkması sağlanır.

DEHB'li çocuğun bilişsel davranışçı yöntemle olumlu davranış cesaretlendirilip hayatının bir parçası haline getirebilmesi amaçlanır. Bu modele göre bozukluğun iki farklı alt tipi vardır. "Birincisinde, kortikal denetim merkezleriyle (örn. PFK) bağlantısı olan mezokortikal dopamin sistemiyle ilişkili ketleme bozukluğu bulunmaktadır. Diğerinde ise, ödül döngüleriyle (örn.nuc.accumbens) ilgili mezolimbik dopamin sistemiyle ilişkilendirilen güdülenimle bağlantılı bir tarz egemendir" (Kılıç, 2005).

#### **1.7.6. Durum düzenleme kuramı (state-regulation theory)-bilişsel-enerjik DEHB modeli**

DEHB'de yapısal bilgi işleme süreçlerinden farklı olarak, dikkat denetiminde uyarılmışlık (arousal), aktivasyon ve çabayı (effort) esas alan enerjik mekanizmaların açıklayıcı olabileceği ileri sürülmüştür (van der Meere ve ark. 1999, Kuntsi ve ark 2001, Börger ve van der Meere 2000). Bu modele göre temelde bilişsel aşamaların enerji dağılımı vardır. İlk aşamada uyaran kodlaması, hafıza araması, ikili karar ve motor hazırlığı bulunmaktadır ve bunlar arasındaki süreç yapısal olarak; uyaran (stimulus) ve tepki (response) süreçleri olarak adlandırılır. Ayrıca Papez Halkasının (hipokampus-hipotalamus-singulatgirus-hipokampus) ve ön talamik çekirdeğin bu tip bir dengeleyici denetimde etkisinin olduğu yapılan çalışmalarla desteklenmektedir.

Burada uyarılma sistemi, seçici dikkat görevleriyle ilgili birçok bilgiyi barındırır. Kısacası, uyarılma sistemi "nedir?" reaksiyonuna işaret eder. Ayrıca, uyarılma sistemi duygusal reaktivite ile ilgilidir. (Jaap van der Meere. 2000). Araştırmalar, bu uyarılmışlık sisteminde birincil nörotransmitter olarak noradrenalin ve serotonin'den bahsederken, aktivasyon sistemi içinse dopamin ve asetilkolinin etkin olduğu bildirilmiştir. Kişiyi görevin gerektirdiği uygun uyarılmışlık ve aktivasyon durumuna yönlendirme üçüncü enerjik sistem olan 'çaba' ile sağlanmakta ve bu yönlendirme 'durum düzenleme' (state regulation) terimiyle açıklanmaktadır (B, KILIÇ. 2002). Temel bilgi işleme kapasitesine dayanarak enerjiye 'çaba' açıklamasını getirmişler fakat bu bilgi işlem sürecinin duruma bağlı bilişsel yeteneğinin kullanımında hata ortaya çıkmıştır. DEHB olan çocuklarla yap-yapma (Go/No-Go) görevinin yavaş ve hızlı sunum hızında uygulandığı bir çalışmada kalbe ilişkin tepkiler değerlendirilmiş ve sonuçta DEHB'de enerjik kuramı (Cognitive Energetic Theory) destekler tarzda durumsal düzenlemenin bozuk olduğu saptanmıştır (Börger ve van der Meere 2000).



Şekil 1.5. Bilişsel enerjik model  
The cognitive energetic model (Jaap van der Meere, 2000).

### 1.7.7. Ertelemeye katlanamama durumu (delay aversion) ve DEHB

Ödül mekanizmaları üzerinden yapılan deneysel çalışmalar sonucunda elde edilen bulgular üzerinden ödül mekanizmasının güdülenmeyi destekleyici sonuçlarına ulaşılmıştır. Sonuga-Barke ve arkadaşları (1992) DEHB’de yönetici işlev veya tepki ketleme bozukluğunun güdülenimle bağlantısı olduğunu bildirmiştir.

DEHB oluşumu davranış engelleme modeliyle açıklanmaya çalışılırken Çifte Yolak Modeli kullanılmış daha sonra Basit Motivasyonel Model olarak alternatif model oluşturulmuştur. Delay Aversion ise literatürde “Gecikme İticiliği” olarak Basit Motivasyonel modelin geliştirilmiş hali şeklinde yer almıştır. Bu model ödülün gecikmesi ve beklenmesi durumunda olumsuz bir duygusal tepki oluşumunu anlatmaktadır. Gecikme iticiliği modeli; dürtüsel bir çocuğun, ödül alma gecikmelerinin, zengin bir şekilde bulunduğu bir ortama uyum gösterememesi şeklinde tanımlanır (Sonuga-Barke EJ, 2000). Yapılan araştırmalar ‘Delay Aversion’ modelinin geçerliliğinin yüksek olduğunu göstermiştir.



## 1.8. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Kullanılan Ölçekler

Genellikle okul çağındaki çocuklarda fark edilmeye başlanılan DEHB’de önemli olan doğru bir ölçek yaklaşımıdır. Kullanılan ölçeğin kalitesi, geçerlilik ve güvenilirliğinin vereceği sonuçlar teşhisin konulmasında yardımcıdır. Uzmanlar tarafından uygulanan bu ölçekler izlenilebilecek tedavi yaklaşımları açısından da aydınlatıcı olmaktadır. DEHB’in sıklığı, yaygınlığı, teşhisi ve komorbid tanılarının yapılabilmesi için gerekli olan bu ölçeklerin bazıları aşağıda yer almaktadır.

### 1.8.1. WISC-R

“Wechsler tarafından 1949 yılında geliştirilen Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği’nin (WISC) gözden geçirilmiş şekli olan WISC-R” (Wechsler 1974). WISC-R 6-16 yaş gruplarına bireysel olarak uygulanması gereken, çocuğun zihinsel performansını belirlemek amacıyla kullanılan bir zeka testidir. Toplamda iki bölümden oluşmakta sözel ve performans olarak ayrılmaktadır. Her bir bölümde bir yedek, beş ana test olmak üzere 6 toplamda 12 alt test bulunmaktadır. Sözel bölüm; genel bilgi, benzerlikler, aritmetik, sözcük dağarcığı, yargılama ve sayı dizinlerini kapsamaktadır. Fakat WISC-R’in değerlendirmesi aşamasında sayı dizisi ve labirent alt testleri dışarıda bırakılıp yorumlama 10 alt test kapsamından yapılmakta, geriye kalan bu iki alt test ise diğer alt testler karşılanmadığı durumlarda verilmektedir. Bu test sonucunda çocuğa yönelik sözel, performans ve genel olmak üzere üç zeka bölümüne ulaşılır.

#### 1.8.1.1. Sözel bölüm

*Genel Bilgi;* Çocuğun doğal çevre, okul çevresi ve kültürel ortamından ne kadar bilgi aldığıyla ilgili ve bilgi düzeyini gösteren bir alt testtir.

*Benzerlikler;* Çocuğun iki şey arasında benzerlik kurarken soyutlama ve genelleme yapıp yapamadığını, ayrıca bunu doğru ifade edip edemediğini gösteren bir alt testtir.

*Aritmetik;* Dikkati bir probleme yönlendirebilme ve öğrenme yeteneğini gösteren, zaman sınırlaması olan bir alt testtir.

*Sözcük Dağarcığı;* Çocuğun bildiği sözcük sayısını ve ifade becerisini gösteren bir alt testtir.

*Yargılama;* Muhakeme, akıl yürütme, duygusal ve mantıksal olgunluk düzeyini gösteren bir alt testtir.

*Sayı Dizisi*; Çocuğun işitsel uyarıları anımsama gücünü gösteren bir alt testtir.

### 1.8.1.2. Performans

*Resim Tamamlama*; Dikkati görsel uyarılara yoğunlaştırabilmeyle ilgili bir alt testtir. Çocuktan resimde eksik olan detayları ayırt etmesi istenir.

*Resim Düzenleme*; Olaylar dizisini algılama, neden- sonuç ilişkisi kurabilme, muhakeme gücüyle ilgili bir alt testtir.

*Küplerle Desen*; Görsel-hareketsel-mekansal koordinasyonla, parçalar arası ilişkide bütüne giderken ön tahmin yeteneğiyle ilgili bir alt testtir.

*Parça Birleştirme*; Görsel-hareketsel koordinasyonla, parça-bütün ilişkisini kavramayla ilgilidir.

*Şifre*; Çalışma hızı, görsel hareketsel koordinasyon, sıraya koyma, psikomotor hız, görsel uyarıları anımsama ve konsantrasyon yeteneği ile ilgili bir alt testtir.

*Labirentler*; El-göz koordinasyonu, figür-zemin algısıyla ilgili bir alt testtir.

\*Sayılar ve labirentler alt testleri yardımcı ek testlerdir.

WISC-R, DEHB'in değerlendirilmesinde geniş bir bilişsel faaliyetler alanını içermesi nedeniyle en yaygın kullanılan psikometrik bir ölçüm aracıdır. "WISC-R'in kullanıldığı çalışmaların pek çoğunda DEHB olan çocukların performans zeka puanlarının sözel zeka puanlarından daha düşük olduğu bulunmuş ve bu durum DEHB tanısını destekleyen, önemli bir ölçüt olarak ele alınmıştır" (Bhatia ve ark. 1991, Ehlers ve ark. 1997, Whalen 1989).

### 1.8.2. WISC-IV (Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği-IV)

Zeka testlerinin evrim sürecine bağlı kalınarak; Spearman (1904) zekayı tekil bir nicelik olarak ifade etmiş ve zekanın ölçme ve değerlendirmesi sürecine katkıda bulunmuştur. Bunu göz önüne alarak Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği'de kendi evrimini gerçekleştirmiş ve dördüncü sürümünü WISC-IV ortaya çıkarmıştır. Öncesinde kullanılan WISC-R ile aralarında yapı ve yorum farkı bulunmakla birlikte birçok açıdan iyileştirilmeye gidilmiştir. Sonuç olarak, WISC-R'la karşılaştırıldığında temel ve ek alt

testlerin içeriğinin büyük ölçüde değiştiği, WISC-R'da 12 olan alt test sayısının 15'e yükseltildiği; testin görgül olarak desteklenen kuramsal bir zemine yaklaştırıldığı ve materyalin daha az zaman alankullanıcı dostu bir yapıya sokulduğu görülmektedir (Öktem ve ark. 2011).

WISC-IV; Küplerle Desen, Benzerlikler, Sayı Dizisi, Resim Kavramları, Şife, Sözcük Dağarcığı, Harf-Rakam Dizisi, Mantık Yürütme Kareleri, Kavrama, Simge Arama, Resim Tamamlama, Çiz Çıkar, Genel Bilgi Aritmetik ve Sözcük Bulma olarak 15 alt testte ayrılmaktadır. WISC-IV ile birlikte beş dönüştürülmüş puan [Tüm Ölçek Zekâ Puanı (TÖZP), Sözel Kavrama Dönüştürülmüş Puanı (SKDP), 106 Algısal Akıl Yürütme Dönüştürülmüş Puanı (AADP), Çalışma Belleği Dönüştürülmüş Puanı (ÇBDP) ve İşleme Hızı Dönüştürülmüş Puanı (İHDP)] hesaplanmaktadır. WÇZÖIV'ün DEHB konusuna getirdiği en dikkat çekici özellik, Çalışma Belleği ve İşleme Hızı dönüştürülmüş puanlarının hesaplanmasıdır (Çelik C, 2015). DEHB alanında çocukların bilişsel profillerini belirlemeye yardımcı olan bu ölçek standardizasyon anlamında yaygın kullanıma sahiptir.

### 1.8.3. Connors ölçeği

Bu ölçeğin temel amacı dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olduğundan şüphelenilen öğrencilerin davranışlarının ebeveyn ve öğretmen tarafından değerlendirilmesidir. Uzman tarafından verilen formun öğretmen ve ebeveyn tarafından doldurulup uzmana tekrar ulaştırılması ve değerlendirilmesi uzman kişi tarafından yapılması gerekmektedir.

#### *Connors Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği (CED ÖY:U)*

Connors Ebeveyn Derecelendirme Ölçeğinin Yenilenmiş/Uzun formu (CED ÖY:U) toplamda 14 alt ölçek ve 80 maddeden oluşan dört basamaklı likert tipi kullanılmış bir ölçektir. "Karşı Gelme" alt ölçeği 10 madde, "Bilişsel Problemler/Dikkatsizlik" alt ölçeği 12 madde, "Hiperaktivite" alt ölçeği 9 madde, "Kaygı-Utangaçlık" alt ölçeği 8 madde, "Mükemmeliyetçilik" alt ölçeği 7 madde, "Sosyal Problemler" alt ölçeği 5 madde, "Psikosomatik" alt ölçeği 6 madde, "DEHB İndeksi" alt ölçeği 12 madde, "Connors Global İndeks-Huzursuzluk İmpulsivite" alt ölçeği 7 madde, "Connors Global İndeks-Duygusal Değişkenlik" alt ölçeği 3 madde, "Connors Global İndeks-Toplam" alt ölçeği 10 madde, "DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Dikkatsizlik" alt ölçeği 9 madde, "DSM-IV

Semptomları Alt Ölçeği: Hiperaktivite-Dürtüsellik” alt ölçeği 9 madde, “DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Toplam” alt ölçeği 18 maddeden oluşmaktadır.

Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği uzun formun yanı sıra kısa formu da bulunmaktadır. Kısa form ise toplamda 48 maddeden oluşmaktadır. Conners ebeveyn derecelendirme ölçeği özellikle komorbid bozuklukları belirlemede yaygın olarak kullanılmaktadır.

#### *Conners Öğretmen Değerlendirme Ölçeği (CÖD ÖY:U)*

Conners ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu form 58 madde, 14 alt ölçekten oluşmakta ve ölçekte 4'lü likert tipi kullanılmaktadır. “Karşı Gelme” alt ölçeği 6 madde, “Bilişsel Problemler/Dikkatsizlik” alt ölçeği 9 madde, “Hiperaktivite” alt ölçeği 6 madde, “Kaygı-Utangaçlık” alt ölçeği 6 madde, “Mükemmeliyetçilik” alt ölçeği 6 madde, “Sosyal Problemler” alt ölçeği 6 madde, “DEHB İndeksi-Dikkatsizlik” alt ölçeği 6 madde, “DEHB İndeksi-Hiperaktivite” alt ölçeği 5 madde, “Conners Global İndeks-Huzursuzluk-İmpulsivite” alt ölçeği 5 madde, “Conners Global İndeks-Duygusal Değişkenlik” alt ölçeği 5 madde, “Conners Global İndeks- Toplam” alt ölçeği 10 madde, “DSM-IV Semptomları Dikkatsizlik” alt boyutu 9 madde, “DSM-IV Semptomları Hiperaktivite-Dürtüsellik” alt boyutu 9 madde, “DSM-IV Semptomları - Toplam” alt ölçeği 18 maddeden oluşmaktadır. “Conners'ın Öğretmen Dereceleme Ölçeği, 1960'lardan beri yapılan empirik çalışmaların sonucunda oluşturulmuştur” (Conners ve ark. 1997; McLaughlin, Cordes, 2004).

#### **1.8.4. Burdon dikkat testi**

Burdon Dikkat Testi; 1895 yılında Benjamin Bourdon tarafından geliştirilen bireysel ya da toplu olarak uygulanabilen bir testtir. Dikkati, yorgunluğu, hareketliliğin hızını, çalışma temposunu, sürekli konsantrasyonun ve dikkatin yüksek seviyede olduğu monoton çalışma sürecinde dayanıklılığı ve çalışma performansını ölçen standart bir testtir (Brunner, 2006, 15-16). 10 ile 20 yaş arasındaki tüm bireylere uygulanabilir. Tıpta, klinik ve deneysel psikolojide, nörolojide vb. alanlarda kullanılmaktadır.

Burdon dikkat testi 3 kümeden oluşmakta ve öğrencilerden 3 dakika içerisinde karışık şekilde verilmiş kümelerden a,b,d ve g harflerini bulmaları istenmektedir. Testin

değerlendirmesi boş bırakılan ve yanlış işaretlenen her harfin hata kabul edilmesiyle hesaplanır. 0–40 arası hata puanlarıdır, hata sayısı yüksek öğrenciler dikkat düzeyi düşük, hata sayısı düşük öğrenciler dikkat düzeyi yüksek öğrenciler olarak kabul edilerek değerlendirmeye alınır.

#### 1.8.5. Barratt dürtüsellik ölçeği kısa formu (BIS-11-KF)

Barratt Dürtüsellik Ölçeği (Barratt Impulsivity Scale 11- BIS-11) dürtüsellik yapısının değerlendirilmesinde hem normal hem de klinik örneklemelerde en sık kullanılan ölçeklerden birisidir. BIS-11 dürtüsellik ölçek için geliştirilmiş bir kendini değerlendirme ölçeğidir, yapılan araştırmalarda ölçeğin sadece klinik parametrelerle değil aynı zamanda biyolojik parametrelerle de ilişkili olduğunu göstermiştir (Spinella, 2007). BIS 1959 yılında Barratt tarafından geliştirilmiş ve uzun formda 30 maddeden oluşmaktadır. Fakat geçen yıllar içerisinde çok sayıda revizyona uğramıştır. En son formu olan BIS-11 1995 yılında geliştirilmiştir (Patton, Stanford, Barratt, 1995).

Basitlik ve hızlı uygulanabilir olması nedeni ile depresyon, bipolar bozukluk, alkol ve madde kullanım bozuklukları, dürtü kontrol bozuklukları, yeme bozuklukları ve kişilik bozuklukları gibi hasta gruplarıyla yapılan çalışmalarda yaygın şekilde uygulanmıştır (Spinella, 2007). 2008 yılında ise Güleç ve arkadaşları Türkçede geçerlik güvenilirlik çalışması yapmıştır.

#### 1.8.6. DIVA 2

DIVA 2 yetişkinlere uygulanan DEHB tanısına yardımcı bir görüşme envanteridir. DIVA Sandra Kooij tarafından geliştirilmiş DSM-IV semptomlarına yöneliktir. Hem çocukluk hem de erişkinlik dönemine ait DEHB tanısı üzerine soruları barındırmaktadır. Tanı için en temel ölçüt, DEHB belirtilerinin çocukluk döneminde başlaması ve ardından güncel değerlendirme anına kadar temel özelliklerin yaşam boyu kalıcılık göstermesidir (Kooij, 2007).

Envanter çocukluk ve erişkinlik dönemlerine ait sorular sorarken, bu soruları alt örneklerle destekleyerek somutlaştırmış ve kişi gerçek hayatta yaşadığı durumları belirtmiş olur. Çocukluk dönemi sorularını birey kendi cevaplamakla birlikte anne ve babanın bilgilerine de danışılabilmektedir. Elde edilen belirtilerin kişinin iki ya da daha fazla yaşam alanına etki etmesi önemlidir.

### **1.8.7. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanı ölçeği-okul derecelendirme ölçeği**

Ryser ve McConnell'in 2002 yılında geliştirdikleri Scales for Diagnosing Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder okul ve ev formu olan bir derecelendirme ölçeğidir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması 2005 yılında Ebru Aksu, Figen Turan tarafından yapılmıştır.

Çocuğun ev ve okul ortamlarında çalışma yeteneğine etki edip etmeyeceği konusunda en iyi şekilde bilgi sahibi olmak istenmiş, bu nedenle SCALES izole klinik muayenelerden elde edilen davranışsal veriler yerine, iki formu kullanarak hem ebeveynlerden hem de öğretmenlerden derinlemesine bilgi toplamayı amaçlamaktadır.

### **1.8.8. Turgay yıkıcı davranım bozuklukları tarama ölçeği (Turgay, 1995)**

Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (DEYDB DSM-IV Değerlendirme Ölçeği) Atilla Turgay tarafından 1994 yılında DSM-IV ölçütlerine göre geliştirilmiştir. DEHB olduğu düşünülen çocukların anne, baba ve öğretmenleri tarafından doldurulan bu form, DSM-IV ölçütlerinin soru şekline dönüştürülmesi şeklinde geliştirilmiştir. Formda dikkat eksikliğini sorgulayan 9, aşırı hareketliliği sorgulayan 6, dürtüsellik sorgulayan 3, KOB'u sorgulayan 8 ve DB'yi sorgulayan 15 olmak üzere toplamda 41 maddeden oluşmaktadır.

### **1.8.9. RSPM (Raven Standart Progresif Matris)**

"Raven Standart Progresif Matrisler Testi (Raven Standard Progressive Matrices: RSPM) Raven, Court ve Raven tarafından ilk olarak 1938'de kullanıma sunulmuş, 1947 ve 1956 yıllarında testte bazı ufak değişiklikler yapılmıştır" (Raven, Court ve Raven, 1992). RSPM bir yetenek testi olarak görsel-mekansal algılama, görselleştirme, kategori değiştirebilme, çalışma belleği, irdeleme ve genel yeteneği ölçmektedir. Bu görsel-mekansal algımla testinde beynin sağ serebral hemisfer ve parietal lobun hasarlarına duyarlıdır.

"RSPM testi diğer iki alt testten farklı olarak erken çocukluk döneminden yaşlılığa kadar olan geniş yaş aralığı içindeki bireylere uygulanabilmektedir" (Raven 2000). RSPM gittikçe zorlaşan 60 maddeyi içeren beş setten oluşmaktadır. Test maddeleri anlamsız şekillerden oluşur ve denekten bu şekilleri kavrayıp, verilen ilişkiler sistemini

tamamlayacak şeklin özelliklerini belirlemesi buna bağlı olarak sistematik bir yaklaşım geliştirmesi beklenmektedir. Burada bireyden istenilen deneğin yeni bir düşünme biçimlerinin oluşturması ve yeni çalışma yaklaşımlarını benimseyebilmesi, düzenli düşünme ve irdeleme yeteneği, zihinsel beceri ve zihinsel faaliyet hızını ölçmeyi amaçlanmaktadır. RSPM ile düzenli ve doğru çalışma yeteneği değerlendirilmek istendiğinde zaman sınırlaması olmaksızın uygulanmalı herhangi bir müdahalede bulunulmamalıdır. Bunun yanı sıra RSPM bir hız testi olarak kullanılabilmesi gibi özellikle mesleğe yöneltme veya personel seçimi söz konusu olduğu durumlarda bu amaçla kişinin zihinsel faaliyetlerinin hızı ölçülebilmektedir.

#### **1.8.10. Vanderbilt dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu öğretmen değerlendirme ölçeği**

Wolraich, Freurer, Hannah, Baumgaertel ve Pinnock tarafından 1998 yılında geliştirilen Vanderbilt Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Öğretmen Değerlendirme Ölçeği'nin (V-DEHB-ÖDÖ) APA tarafından da kullanımı desteklenmiştir. Çeşitli çalışmalarda kullanımıyla birlikte Pelham, Gregory ve Massetti'nin 2005 yılında DEHB değerlendirmelerini inceledikleri bir çalışmada V-DEHB-ÖDÖ'nün geçerlilik ve güvenilirliğinin yeterli olduğunu belirtmiştir.

#### **1.8.11. Vanderbilt dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu aile değerlendirme ölçeği**

Vanderbilt DEHB ADÖ, DEHB ve DEHB'e eşlik edebilecek olan karşıt gelme karşıt olma, davranım bozukluğu ve depresyon / anksiyete bozukluğunun değerlendirilmesinde kullanılan ailelere yöneltilen soruları kapsayan bir ölçektir. Türkçe uyarlama çalışması Tüba Küçük Doğaroğlu tarafından 2013 yılında yapılmıştır.

Vanderbilt DEHB ADÖ' de yer alan 18 madde DSM- IV DEHB tanı kriterlerinde yer alan özellikleri içermektedir (Wolraich ve Doffing, 2003). Ölçekte bu maddelere ek olarak karşıt gelme bozukluğu (oppositional defiant disorder- ODD) ile ilgili 8 madde, davranış bozukluğu (conduct disorder-CD) ile ilgili 12 madde ve Pediatrik Davranış Ölçeği (Pediatric Behavior Scale, Lindgren ve Koepl, 1987)' nden kaygı ve depresyonu ölçen 7

madde yer almaktadır. Sonuç olarak ölçek toplam 45 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte her madde için toplam 4 puan türü yer almaktadır. Davranışın ortaya çıkma sıklığına göre her madde; asla (0), ara sıra (1), sık sık (2) ve çok sık (3) şeklinde puanlandırılmaktadır (Doğaroğlu, 2013).



## İKİNCİ BÖLÜM

### YÖNTEM

#### 2. YÖNTEM

Araştırmada amaç ölçek geliştirmeye yöneliktir ve bu nedenle öncelikle; dikkat, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik ölçmeye yönelik soru havuzu oluşturuldu. Daha sonra maddelerin işleyip, işlemediğini anlamak için 250 öğrenci üzerinde uygulanan 40 soruluk ölçek "Açımlayıcı Faktör Analizi" ile kontrol edilmiş 24 maddenin kullanımı geçerli kılınmıştır.

Çalışmada uç verilerin hesaplanması Mahalanobis yöntemi kullanılmıştır. Daha sonra Varimax döndürme yöntemi ile faktör analizi yapıp alt boyutlar belirlenmiş, ölçeğin güvenilirliği için Yarıya Bölme (Split-Half Method) ve Cronbach Alfa iç tutarlılık kat sayılarının hesaplanmasıyla incelenmiştir. Ölçekten alınan puanlarla sosyo-demografik veriler t testi ve varyans analizi yöntemleriyle yapılmıştır.

Verilerin analize uygunluğunu bulmak amacıyla KMO örneklem uygunluk ve Barlett Küresellik Testi testleri yapılmış daha sonra ölçeğin boyutlarının değerlendirilmesi için Açımlayıcı Faktör Analizi yapılmıştır. Faktöriyel yapının belirlenmesinden sonra boyutlar arasındaki ilişki Pearson Çarpımlar Moment Korelasyon Analizi ile incelenmiştir. Maddelerin ayırt ediciliğinin belirlenmesi için ise toplam korelasyon yönteminden yararlanılmıştır.

#### 2.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma 10-14 yaş grubu çocuklarda DEHB öz bildirim farkındalığının ölçülmesi amacıyla yapılmıştır.

#### 2.2. Araştırma Evreni ve Örneklemi

Araştırmada hedef evren Türkiye'de ortaokul öğrenci olarak okumakta olan çocuklardır. Çalışma evreni ise 3 aşamalı uygulama ve analizleri barındıran 10-14 yaş grubu 500 öğrenci, DEHB tanısı almış, farklı bir psikiyatrik tanı almış ve herhangi bir tanı almamış 47 öğrenci üzerinden örneklem gruplarını kapsamaktadır.

Tablo 2.1. Aşamalara göre katılımcıların cinsiyet ve sınıf frekans dağılımları

1. Aşama			1. Aşama			1. Aşama		
Cinsiyet		N	Cinsiyet		N	Cinsiyet		N
	Kız öğrenci	97		Kız öğrenci	95		Kız öğrenci	25
	Erkek öğrenci	153		Erkek öğrenci	155		Erkek öğrenci	22
	Toplam	250		Toplam	250		Toplam	47
Sınıf	5. Sınıf	71	Sınıf	5. Sınıf	75	Sınıf	Dehb tanısı	17
	6. Sınıf	48		6. Sınıf	59		Farklı tanı	16
	7. Sınıf	67		7. Sınıf	60		Tanı almamış	14
	8. Sınıf	64		8. Sınıf	56		Toplam	47
	Toplam	250		Toplam	250			

## 2.3. Veri Toplama Araçları

### 2.3.1. Demografik bilgi formu

Çalışmada, özellikle klinik ortamda uygulanan ölçek için çocuğun ad, soyad, yaş, cinsiyet bilgilerinin girilmesi ve varsa çocuğun psikiyatrinden tanı aldığı bir hastalığın bulunup bulunmadığı sorulmuş, varsa belirtilmesi istenmiştir. (Ek-1)

### 2.3.2. Conners ana baba derecelendirme ölçeği (CADÖ-48)

Conners ve arkadaşları tarafından anne-babanın çocuğun okul dışı ortamlardaki davranışlarına dair gözlemlerini değerlendirmek için geliştirilmiştir (Conners, Sitarenios, Parker ve ark. 1998). CADÖ-48 yenilenmiş kısa form Türkiye geçerlilik çalışması Çiğdem Dereboy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.

Toplamda 48 maddeden oluşmakta olan kısa form ebeveyn değerlendirme ölçeği olarak kullanılmaktadır. Hiç doğru değil (Hiçbir zaman, nadiren)- 0 puan; Biraz doğru (Bazen)- 1 puan; Oldukça doğru (Çoğu kez, Sık sık) - 2 puan; Çok doğru (pek çok kez, çok sık)- 3 puan. Bir alt ölçekten alınan puan arttıkça, bu durum, bireyin alt ölçek ile tanımlanan probleme sahip olma düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Davranım sorunu, Ataklık/Hiperaktivite, Öğrenme sorunu, Kaygı ve Psikosomatik içerikli maddeleri barındırarak 5 alt boyutu ölçmektedir.

CADÖ-48 geliştirilmeye çalışılan ölçeğin güvenilirliği için klinik ortamda 10-14 yaş grubu arasında DEHB tanısı almış; farklı bir tanı almış ve tanı almamış gruplar üzerinden anne-babalara uygulanmıştır.

### 2.3.3. Burdon dikkat testi

1895 yılında Benjamin Bourdon tarafından geliştirilen Burdon Dikkat testi bireysel ya da toplu olarak uygulanabilen bir testtir. Dikkati, yorgunluğu, hareketliliğin hızını, çalışma temposunu, sürekli konsantrasyonun ve dikkatin yüksek seviyede olduğu monoton çalışma sürecinde dayanıklılığı ve çalışma performansını ölçen standart bir testtir (Brunner, 2006, 15-16). Testin değerlendirilmesi 0-40 hata puanı esas alınarak yapılmaktadır.

Araştırmanın psikiyatri kliniklerinde yapılan aşamasında 10-14 yaş grubu arasında DEHB tanısı almış, farklı bir tanı almış ve tanı almamış çocuklar üzerinde uygulanmıştır. Çocuklardan 3 küme halinde karışık halde verilen harfler içerisinde a,b,d ve g harflerini bulmaları istenmiş, bu sayede çalışmanın dikkat boyutundaki güvenilirliği test edilmiştir.

### **2.3.4. Barratt dürtüsellik ölçeği kısa formu (BIS-11-KF)**

Barrat dürtüsellik boyutunun değerlendirilmesinde yararlanılan hem normal hem de klinik alanda uygulanabilen bir ölçektir. BIS 1959 yılında Barratt tarafından geliştirilmiş ve uzun formda 30 maddeden oluşmaktadır. En son formu olan BIS-11 1995 yılında geliştirilmiştir (Patton, Stanford, Barratt, 1995). 2008 yılında ise Güleç ve arkadaşları Türkçede geçerlik güvenirlik çalışmasını yapmıştır. Plan yapmama, Motor dürtüsellik ve Dikkat dürtüsellik içerikli maddeleri barındırır ve maddeler 4'lü likert tipi olarak puanlamaya alınır.

Çalışmanın 3. Aşamasında, 250 öğrenci üzerinde 10-14 yaş DEHB kendini değerlendirme ölçeği ve DIVA-2 tanısai görüşme formuyla birlikte okul ortamında çocuklara uygulanmıştır. Geliştirme çalışması yapılan ölçeğin dürtüsellik boyutunu karşılaştırmak için uygun bulunan bir ölçektir.

### **2.3.5. DIVA-2 DEHB için tanısai görüşme formu**

DIVA Sandra Kooij tarafından DSM-IV semptomları esas alınarak geliştirilmiştir. Çocukluk ve yetişkinlik dönemi uygulamalarını barındıran Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite/Dürtüsellik'e yönelik DSM-IV A1 ve A2 ölçütlerini tanısai olarak tespit etmeye çalışan bir görüşme tarama formudur. Uygulamada bireyin kendi görüşlerine yer verildiği kadar çevresindeki (anne-baba, eş) kişilerinde bilgilerine başvurulur.

Çalışmada DIVA-2'nin çocukluk dönemi örneklerinin bulunduğu; Dikkat A1 ölçütlerinin ve Hiperaktivite/Dürtüsellik A2 ölçütlerini kapsayan formdan yararlanılmak istenmiş 250 ortaokul öğrencisine uygulanmıştır.

### **2.3.6. Çocuklar için (10-14 Yaş Grubu) dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu kendini değerlendirme ölçeği**

Güvenirlik ve geçerliliği test edilmeye çalışılan bu ölçek Mersin İl Milli Eğitim onaylı ilk hali 40 maddeden oluşturulmuştur. Uzman görüşü ve 250 öğrenci üzerinde yapılan ilk çalışmada çalışan maddeler tespit edilmiş, 24 maddeden oluşan son halini almıştır. Ölçek üzerinde yer alan cinsiyet, doğum tarihi, sınıfı, okulu ve sana göre okul başarın nasıl? sorularıyla öğrenciyle ilgili demografik bilgilere ulaşılmak amaçlanmıştır.

Ölçeğin son 24 maddelik çocuklarda dikkat, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik

boyutlarını kapsayan bu hali yine Mersin İl Milli Eğitim onayını alarak, DIVA-2 Çocukluk Dönemi Örnekleri Formu ve Barrat Dürtüsellik Ölçekleriyle birlikte 250 öğrenci üzerinde tekrar uygulamaya dahil edilmiştir. Ayrıca Klinik ortamda 10-14 yaş grubu arasında DEHB tanısı almış, farklı bir tanı almış ve tanı almamış çocuklar üzerinde de uygulanmıştır.

#### **2.4. Ölçeğin Geliştirilmesi**

Ölçeğin Geliştirilmesi sürecinde uzman görüşleri ve konu ile ilgili literatür taraması yapılarak 40 soruluk bir madde havuzu oluşturulmuştur. Maddeler 4'lü likert ile derecelendirme (1- Hiçbir zaman, 2-Bazen 3- Sıklıkla ve 4-Çok sık) şeklinde belirlenmiştir. Bu maddelerden 17 tanesi dürtüsellik, 11 tanesi dikkat eksikliği ve 12 madde ise aşırı hareketlilik ile ilgili yazılmıştır. Ölçeğin faktöriyel yapısının belirlenmesinden önce 20 kişilik bir grup ile ön deneme çalışması yapılmıştır. Bu çalışma sonrasında ölçekteki eksiklikler giderilmiş ve son halini almıştır.

#### **2.5. Verilerin Analizi**

Çalışmada toplanan veriler analiz için SPSS 21 istatistik programına yüklenmiştir. Veri setindeki boş maddeler o maddenin ortalaması ile doldurulmuştur. Sonraki aşamada uç verilerin belirlenmesi amacıyla Mahalanobis uzaklığı hesaplanmış ve verilerde uç veri olmadığı görülmüştür. Mevcut çalışmada öncelikle katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin ortalaması ve yüzdeler dilimleri hesaplanmıştır. Daha sonra geliştirilen ölçeğin faktöriyel yapısının belirlenmesi için varimax döndürme yöntemi ile temel bileşenler faktör analizi yapılarak, alt boyutlar belirlenmiştir. Boyutlar belirlendikten sonra ölçeğin güvenilirlik analizleri olarak yarıya bölme ve Cronbach alfa iç tutarlık katsayısının hesaplanması yöntemleri kullanılmıştır. Daha sonra ölçeğin toplam puanı ve boyutları arasındaki ilişki korelasyon analizleri ile incelenmiştir. Ölçekten alınan puanların sosyo-demografik verilere göre karşılaştırılması bağımsız gruplar t testi ve tek yönlü varyans analizi yöntemleri ile yapılmıştır.

2. aşamada ölçeğin yapı geçerliğinin belirlenmesi amacıyla yapılan doğrulayıcı faktör analizi R 3.3.1 programında yer alan "lavaan" versiyon 0.5-22 (Rosseel, 2012) kütüphanesinde yer alan cfa fonksiyonu ile gerçekleştirilmiştir. Modelin veriye uygunluğu, Chi-square (Hu ve Bentler, 1999), Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index)

(CFI) (Byrne, 1998; Kline 2011), Trucker- Lewis İndeksi (Trucker- Lewis Index) (TLI), kök ortalama kare yaklaşım hatası (Root Mean Square Error of Approximation) (RMSEA) (Byrne, 1998) Standart Kök Ortalama Kare Kalan (Standardized Root Mean Square Residual) (SRMR) (Kline, 2011) uyumluluk istatistikleri değerlendirilerek belirlenmiştir. Lance (2006) indeks değerleri için RMSEA ve SRMR için .10'dan küçük olması, CFI ve TLI'nın .80'den büyük olması ve son olarak Ki kare değerinin serbestlik derecesine oranının ( $\chi^2/sd$ ) 5'den büyük olmamasının iyi uyum değerlerine işaret ettiğini ifade etmektedir.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR

### 3. BULGULAR

#### 3.1. Aşama 1

Tablo 3.1. Katılımcıların cinsiyet, sınıf ve okul başarılarına dair frekans ve yüzdeler:

		N	%
Cinsiyet	Kız öğrenci	97	38.8
	Erkek öğrenci	153	61.2
	Toplam	250	100
Sınıf	5. Sınıf	71	28.4
	6. Sınıf	48	19.2
	7. Sınıf	67	26.8
	8. Sınıf	64	25.6
	Toplam	250	100
Okul Başarısı	İyi	150	60
	Orta	90	36
	Kötü	10	4
	Toplam	250	100

Tablo 3.1. incelendiğinde katılımcıların 97'sinin (%38.8) kız öğrenci ve 153'ünün (%61.2) erkek öğrenci olduğu görülmektedir. Katılımcıların sınıf düzeyi incelendiğinde, 71 öğrencinin (%28.4) 5. Sınıf, 48 öğrencinin (%19.2) 6. Sınıf, 67 öğrencinin (%26.8) 7. Sınıf ve 64 (%25.6) öğrencinin ise 8 sınıfa devam ettiği görülmektedir. Katılımcıların okul başarıları incelendiğinde, 150 öğrencinin (%60) iyi düzeyde olduğu, 90 öğrencinin (%36) orta ve 10 öğrencinin (%4) ise kötü düzeyde olduğu görülmektedir.

Ölçeğin boyutlarının belirlenmesi amacıyla açımlayıcı faktör analizi yöntemi kullanılmıştır. Faktör analizi çok sayıda değişkenin bu değişkenlerin birlikte açıklayabildikleri az sayıda yapıya ulaşmayı hedeflemektedir (Büyüköztürk, 2002). Açımlayıcı faktör analizi yönteminde uygunluğu sımanan bir maddenin bir boyutta (faktörde) yer alması o boyut ile olan ilişkisini gösteren yük değeri ile ilişkilidir.

Maddelerin bir faktörde olmasının temel koşulu, 0.30 ve üzeri faktör yük değerine sahip olması olarak belirlenmiştir. (Kline, 1994).

Açımlayıcı faktör analizinden önce verilerin analize uygunluğunun belirlenmesi amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem uygunluk ve Bartlett Küresellik Testi testleri yapılmıştır. Verilerin faktör analizi için uygun olması için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) .60'dan yüksek ve Barlett Testi'nin hesaplanan ki-kare değerinin istatistiksel olarak anlamlı çıkması gerekmektedir (Büyüköztürk, 2004). Bu çalışmada yapılan analiz sonucunda KMO değeri .87 ve Bartlett Küresellik Testi  $\chi^2$  değeri ise 2032,611 ( $p < .000$ ).

Varimaks döndürme yöntemi ile yapılan Temel bileşenler Faktör analizi sonucunda bazı maddelerin .30'dan düşük faktör değeri gösterdiği; bazı maddelerin faktör değerinin ise birden fazla faktörde yüksek olduğu görülmüştür. Bu maddeler çıkartılarak yapılan analiz sonucunda öz değeri 1'den büyük (4.02, 3.59 ve 3.56) olan 3 faktörlü bir yapının varyansın %44.7'sini açıkladığı görülmektedir.

11 maddeden oluşan ve faktör yükleri .76 ile .58 arasında olan bu faktör toplam varyansın 16.10'unu açıklamaktadır. Bu faktör çocuğun dürtülerini kontrol edememesi ile ilgili maddeleri kapsadığı için "Dürtüsellik" olarak isimlendirilmiştir (örnek madde: Sorulan sorulara bitmeden yanıt veririm). 6 maddeden oluşan ve faktör yükleri .72 ile .51 arasında olan bu boyut toplam varyansın 14.36'sını açıklamaktadır. Bu boyut, çocuğun gereğinden fazla hareketli olması ile ilgili maddeleri kapsadığı için "Aşırı Hareketlilik" olarak isimlendirilmiştir (örnek madde: Sürekli hareket etmek isterim ellerim ayaklarım kıpır kıpırdır). Son olarak 7 maddeden oluşan ve faktör yükleri .76 ile .45 arasında değişen bu boyut toplam varyansın 14.25'ini açıklamaktadır. Bu boyut çocuğun dikkatini yeterince toparlayamaması ile ilgili maddeleri kapsadığı için "Dikkat Eksikliği" olarak tanımlanmıştır (örnek madde: Ders esnasında anlatılan konuyu dinlemekte zorlanırım).



Tablo 3.2. 10-14 yaş dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu öz bildirim ölçeği  
açımlayıcı faktörü analizi sonuçları:

<b>Faktör 1 Dürtüsellik</b>	Faktör Yükü	Madde Toplam Korelasyonu
37. Arkadaşlarımla tartışırım	.76	.57
32. Davranışlarımı engellemekte zorluk çekerim.	.70	.46
35. Arkadaşlarımla sorun yaşarım.	.60	.44
27. Kendimi kontrol etmekte zorlanırım.	.58	.57
31. Derste parmak kaldırmadan konuştuğum olur.	.57	.49
25. Başkaları konuşurken istemeden bölerek araya girerim.	.57	.57
34. Arkadaşlarımdan biri beni kızdırdığı zaman ben de onu incitirim.	.54	.59
28. İstemeden hatalar yaptığım olur.	.53	.49
33. Sorulan sorulara bitmeden yanıt veriririm.	.61	.51
26. Arkadaşlarımla oyun oynarken sıramı beklemekte zorluk çekerim.	.58	.54
38. İsteyerek arkadaşlarımı kızdırırım.	.52	.39
1. Faktör: Açıklanan varyans: 16.102, öz değer: 4.02, Cronbach alfa: .84		
<b>Faktör 2 Aşırı Hareketlilik</b>		
2. Sürekli hareket etmek isterim ellerim ayaklarım kıpır kıpırdır.	.72	.58
5. Oturmayı sevmem, koştururum.	.71	.54
8. Oturduğum yerde bir şeylerle uğraşıp hareket halinde olmak isterim.	.65	.58
1. Oturmam gereken durumlarda uzun süre oturamam ve yerimden kalkarım	.59	.39
4. Katıldığım oyun ve etkinliklerde sabırsız olabilirim.	.52	.51
7. Aceleci ve sabırsızımdır.	.51	.55
2. Faktör: Açıklanan varyans: 14.364, öz değer: 3.59, Cronbach alfa: .78		
<b>Faktör 3 Dikkat Eksikliği</b>		
20. Ödevlerimi bitirmekte zorlanırım.	.76	.66
21. Ders esnasında anlatılan konuyu dinlemekte zorlanırım.	.71	.58

15. Anlatılanları, konuşulanları akılda tutamakta zorlanırım.	.70	.55
17. Dikkat gerektiren karmaşık dersleri (örneğin; matematik, dil bilgisi vb.) yapmaktan kaçınırım.	.62	.50
16. Ödevlerime başlamakta zorlanırım.	.61	.55
18. Unutkanımdır.	.54	.45
23. Ders çalışırken, sınava hazırlanırken neyi hangi sırada yapacağımı (hangi sırayla çalışacağımı) bilemem.	.45	.42

3. Faktör: Açıklanan varyans: 14.250, öz değer: 3.56, Cronbach alfa: .79

Maddelerin ayırt ediciliğinin belirlenmesinde madde toplam korelasyon yönteminden yararlanılmıştır. Tablo 3.2'de görüldüğü üzere maddelerin madde toplam korelasyonu .66 ile .39 aralığındadır. Büyüköztürk (2002) madde toplam korelasyonunun yorumunda .30 ve daha yüksek değerlerin ölçülmek istenen özelliği ayırt etme açısından yeterli olacağını ifade etmektedir. Bu bilgi doğrultusunda maddelerin iyi düzeyde ayırt edicilik gösterdiği, diğer bir ifade ile maddelerin oluşturulan ölçme aracının bütünü ile ölçülmek istenen özelliği iyi bir şekilde ölçen maddeler oldukları söylenebilir.

### 3.1.1. Güvenirlilik sonuçları

Ölçeğin güvenirliliğinin belirlenmesi amacıyla Cronbach alfa iç tutarlık katsayıları hesaplanmıştır. Sonuçlar incelendiğinde Cronbach alfa iç tutarlık katsayıları Dürtüsellik boyutu için .84, Aşırı Hareketlilik boyutu için .78 ve Dikkat eksikliği boyutu için ise .79 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin tamamı için hesaplanan Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı ise .89 olarak belirlenmiştir.

Yarıya Bölme (Split-Half Method) formu iki eş parçaya bölerek, iki yarının deneklere aynı anda uygulanması sonrası, deneklerin yarılarından aldıkları puanlar arasındaki korelasyon ile güvenirlilik tahmini yapılmasına olanak sağlayan bir yöntemdir (Turgut, 1993). Ölçeğin Toplam puanı için .69, Dürtüsellik için .70, Aşırı hareketlilik için .52 ve Dikkat eksikliği boyutu için .63 olduğu görülmektedir.

Tablo 3.3. Ölçeğin toplam puanına ve alt boyutlarına ait betimsel istatistikler:

Faktörler	Madde Sayısı	En Düşük Puan	En Yüksek Puan	X	SS	Çarpıklık	Basıklık
Dürtüsellik	11	11	44	18.60	5.37	1.056	1.216
Aşırı Hareketlilik	6	6	24	11.07	3.64	.918	.382
Dikkat Eksikliği	7	7	28	10.65	3.48	1.452	1.922
Toplam Puan	24	24	96	40.19	10.27	.939	.711

Tablo 3.3. incelendiğinde 10-14 yaş dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu öz bildirim ölçeği toplam puanı ve boyutlarına ilişkin betimsel istatistikler görülmektedir. Buna göre 1. faktörün (Dürtüsellik) ortalaması 18.60 (SS=5.37), 2. faktörün (Aşırı Hareketlilik) ortalaması 11.07 (SS=3.64) ve 3. faktörün (Dikkat Eksikliği) ortalaması 10.65 (SS=3.48) olduğu görülmektedir. Ölçekten alınan toplam puanın ortalaması ise 40.29'dir (SS=10.27).

Ölçekten alınan toplam puan ve boyutların normal dağılım gösterip göstermedikleri ile ilgili olarak çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerleri incelenmiştir. Sonuçlar incelendiğinde Dürtüsellik (1.056, 1.216), Aşırı Hareketlilik (.918, .382) ve Dikkat Eksikliği (.1452, 1.922) boyutları ile ölçeğin toplam puanının (.939, .711) basıklık ve çarpıklık değerlerinin +2 ile -2 arasında olduğu görülmektedir. Pallant (2001) bu katsayıların +2, -2 aralığında olması durumunda puanların normal dağılım gösterdiğini belirtmiştir. Bu bilgi ışığında verilerin normal dağılım ölçütünü de karşıladığı söylenebilir.

Tablo 3.4. Ölçeğin toplam puanın ve boyutları arasındaki ilişkiyi gösteren korelasyon analizi sonuçları:

	1	2	3	4
1. Dürtüsellik	-	.530**	.531**	.887**
2. Aşırı Hareketlilik	-	-	.451**	.783**
3. Dikkat Eksikliği	-	-	-	.774**
4. Toplam Puan	-	-	-	-

\*\* Korelasyon .01 Düzeyinde anlamlı

Ölçeğin faktöriyel yapısı belirlendikten sonra elde edilen son halinin toplam ve boyutları arasındaki ilişki Pearson Çarpımlar Moment Korelasyon Analizi ile incelenmiştir. Analiz sonucunda Dürtüsellik Boyutunun Aşırı Hareketlilik ( $r=.530$ ,  $p<.01$ ) ve Dikkat Eksikliği ( $r=.530$ ,  $p<.01$ ) Boyutları ile aralarında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Buna ek olarak Aşırı Hareketlilik Boyutu ile Dikkat Eksikliği Boyutu arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu ( $r=.451$ ,  $pz.01$ ) görülürken; ölçeğin toplam puanının tüm boyutlar ile pozitif yönde ve anlamlı bir ilişkisi olduğu görülmektedir.

Tablo 3.5. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu öz bildirim ölçeğinden alınan puanların cinsiyet değişkeni açısından karşılaştırıldığı bağımsız t testi sonuçları

	Cinsiyet	N	X	SS	t	Sd	P																																
Dürtüsellik	Kız	97	17.51	5.07	-2.55	248	.176																																
	Erkek	153	19.26	5.40				Aşırı Hareketlilik	Kız	97	9.97	2.95	-3.62	248	.002*	Erkek	153	11.65	3.89	Dikkat eksikliği	Kız	97	10.55	3.62	-.285	248	.284	Erkek	153	10.68	3.41	Toplam Puan	Kız	97	30.05	10.19	-2.69	248	.844
Aşırı Hareketlilik	Kız	97	9.97	2.95	-3.62	248	.002*																																
	Erkek	153	11.65	3.89				Dikkat eksikliği	Kız	97	10.55	3.62	-.285	248	.284	Erkek	153	10.68	3.41	Toplam Puan	Kız	97	30.05	10.19	-2.69	248	.844	Erkek	153	41.60	10.14								
Dikkat eksikliği	Kız	97	10.55	3.62	-.285	248	.284																																
	Erkek	153	10.68	3.41				Toplam Puan	Kız	97	30.05	10.19	-2.69	248	.844	Erkek	153	41.60	10.14																				
Toplam Puan	Kız	97	30.05	10.19	-2.69	248	.844																																
	Erkek	153	41.60	10.14																																			

\*  $p<.05$

Tablo 3.5’de Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu öz bildirim ölçeğinden alınan puanların katılımcıların cinsiyeti açısından farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesi amacıyla yapılan bağımsız gruplar t testi analiz sonuçları görülmektedir. Analiz sonucunda katılımcıların Aşırı Hareketlilik boyutundan aldıkları puanların cinsiyet açısından farklılaştığı görülmektedir. ( $t=1.15$ ,  $p<.05$ ). Bu sonuca göre erkek öğrenciler ( $X=11.65$ ,  $SS=3.89$ ) kız öğrencilere göre ( $X=9.97$ ,  $SS=2.95$ ) Aşırı Hareketlilik boyutundan istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek puanlar almışlardır. Tablodaki diğer sonuçlar Dürtüsellik ( $t=-2.55$ ,  $p>.05$ ), Dikkat Eksikliği ( $t=-.285$ ,  $p>.05$ ) ve ölçeğin toplam puanından alınan puanlar ( $t=-2.69$ ,  $p>.05$ ) katılımcıların cinsiyetine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği gözlenmiştir.

Tablo 3.6. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu öz bildirim ölçeğinden alınan puanların sınıf açısından karşılaştırıldığı tek yönlü varyans analizi sonuçları

	Sınıf	N	Ort	SS	Sd	F	P
<b>Dürtüsellik</b>	5. Sınıf	71	20	5.90			
	6. Sınıf	48	17.16	4.76	3	2.98	.06
	7. Sınıf	67	18.47	5.32			
	8. Sınıf	64	18.20	4.83			
<b>Aşırı Hareketlilik</b>	5. Sınıf	71	11.66	4.02			
	6. Sınıf	48	10.60	3.32	3	1.28	.279
	7. Sınıf	67	10.56	3.81			
	8. Sınıf	64	11.03	3.19			
<b>Dikkat Eksikliği</b>	5. Sınıf	71	11.07	3.68			
	6. Sınıf	48	9.91	2.84	3	1.05	.371
	7. Sınıf	67	10.65	3.23			
	8. Sınıf	64	10.67	3.92			
<b>Toplam Puan</b>	5. Sınıf	71	42.73	11.56			
	6. Sınıf	48	37.68	9.19	3	2.50	.611
	7. Sınıf	67	39.79	9.89			
	8. Sınıf	64	39.90	9.59			

Tablo 3.6’da Ölçekten alınan puanların sınıf değişkenine göre değişiklik gösterip göstermediğinin belirlenmesi amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları görülmektedir. Analiz sonucunda alınan puanların sınıf değişkeni açısından anlamlı bir fark göstermediği görülmektedir.

### 3.2. Aşama 2

Ölçeğin 2. aşamasında faktöriyel yapının belirlenmesi amacıyla 250 kişilik örneklem grubuna uygulama yapılmıştır. Bu aşamanın sonunda ölçeğin boyutları ve bu boyutlardaki maddeler istatistiksel olarak incelenmiş ve ölçeğin son hali verilmiştir. Sonraki aşamada oluşturulan ölçeğin psikometrik özelliklerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. İlk olarak 50 kişilik bir gruba 3 hafta ara ile test tekrar test işlemi yapılmıştır. Son olarak 250 kişilik farklı bir örneklem grubuna oluşturulan ölçeği ile Diva ve Barrat Dürtüsellik ölçeği uygulanmıştır.

### 3.2.1. Katılımcıların betimsel istatistikleri

Tablo 3.7. Katılımcıların yaş, cinsiyet, sınıf ve okul başarılarına dair frekans ve yüzdeler:

	N	%	
Yaş	10,00	18,8	
	11,00	24,8	
	12,00	20,4	
	13,00	21,2	
	14,00	14,8	
	Total	250	100
Cinsiyet	Kız öğrenci	95	38,0
	Erkek öğrenci	155	62,0
	Toplam	250	100
Sınıf	5. Sınıf	75	30,0
	6. Sınıf	59	23,6
	7. Sınıf	60	24,0
	8. Sınıf	56	22,4
	Toplam	250	100
Okul Başarısı	İyi	157	62,8
	Orta	84	33,6
	Kötü	9	3,6
	Toplam	250	100

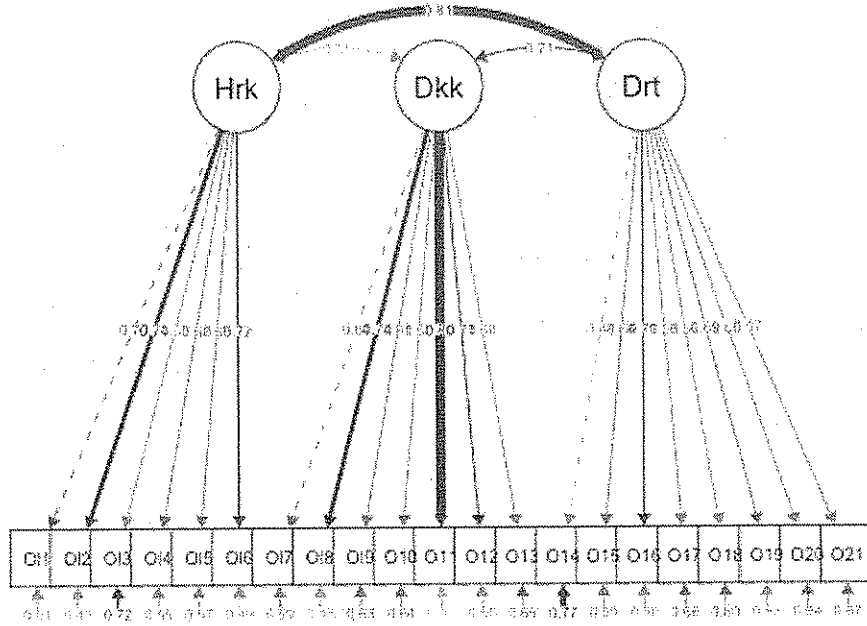
Tablo 3.7. incelendiğinde katılımcıların yaş grupları incelendiğinde, 47'sinin (%18,8) 10 yaş, 62'sinin (%24,8) 11 yaş, 51'inin (%20,4) 12 yaş, 53'ünün (%21,2) 13 yaş, 37'sinin (%14,8) 14 yaş olduğu görülmektedir. Katılımcıların 95'inin (%38) kız öğrenci ve 155'ünün (%62) erkek öğrenci olduğu görülmektedir. Katılımcıların sınıf düzeyi incelendiğinde, 75 öğrencinin (%30) 5. Sınıf, 59 öğrencinin (%23,6) 6. Sınıf, 60 öğrencinin (%24) 7. Sınıf ve 56 (%22,4) öğrencinin ise 8 sınıfa devam ettiği görülmektedir. Katılımcıların okul başarıları incelendiğinde, 157 öğrencinin (%62,8) iyi düzeyde olduğu, 84 öğrencinin (%33,6) orta ve 9 öğrencinin (%3,6) ise kötü düzeyde olduğu görülmektedir.

## 3.2.2. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik analizleri

### 3.2.1.1. Güvenirlik analizleri

Ölçeğin yapı geçerliğinin belirlenmesi amacıyla yapılan doğrulayıcı faktör analizi R 3.3.1 programında yer alan “lavaan” versiyon 0.5-22 (Rosseel, 2012) kütüphanesinde yer alan cfa fonksiyonu ile gerçekleştirilmiştir. Modelin veriye uygunluğu, Chi-square (Hu ve Bentler, 1999), Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index) (CFI) (Byrne, 1998; Kline 2011), Trucker- Lewis İndeksi (Trucker- Lewis Index) (TLI), kök ortalama kare yaklaşım hatası (Root Mean Square Error of Approximation) (RMSEA) (Byrne, 1998) Standart Kök Ortalama Kare Kalan (Standardized Root Mean Square Residual) (SRMR) (Kline, 2011) uyumluluk istatistikleri değerlendirilerek belirlenmiştir. Lance (2006) indeks değerleri için RMSEA ve SRMR için .10'dan küçük olması, CFI ve TLI'nın .80'den büyük olması ve son olarak Ki kare değerinin serbestlik derecesine oranının ( $\chi^2/sd$ ) 5'den büyük olmamasının iyi uyum değerlerine işaret ettiğini ifade etmektedir.

Ölçeğin 3 faktörlü yapısını doğrulamak amacıyla yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonucu incelendiğinde elde edilen indekslerin kabul edilebilir düzeyde olduğu görülmektedir ( $\chi^2(186, N = 250) = 463.799, p < .001$ ; CFI = .87, TLI = .85, SRMR = .072 ve RMSEA = .078) Elde edilen bu sonuçlar, verilerin 3 faktörlü çözümlerle tanımlanabileceğini göstermektedir (Şekil 3.1.).



Şekil 3.1. Ölçeğin doğrulayıcı faktör analizi sonuçları

Tablo 3.8. Değişkenler arasındaki ilişkiyi gösteren pearson korelasyon analizi sonuçları:

	1	2	3	4	5	6	7
1. Aşırı Hareketlilik	-	.478**	.699**	.368**	.494**	.679**	.824**
2. Dikkat Eksikliği	-	-	.611**	.426**	.584**	.501**	.813**
3. Dürtüsellik	-	-	-	.436**	.563**	.653**	.807**
4. Barrat	-	-	-	-	.322**	.382**	.477**
5. Diva Dikkat	-	-	-	-	-	.703**	.628**
6. Diva Dürtü	-	-	-	-	-	-	.703**
7. Toplam Puan	-	-	-	-	-	-	-

\*\* Korelasyon .01 Düzeyinde anlamlı

Ölçeğin ölçüt bağımlı geçerliğinin belirlenmesi amacıyla Diva ölçeği ve Barrat Dürtüsellik Ölçeği ile olan ilişkisi incelenmiştir. Analiz sonuçları incelendiğinde Aşırı hareketlilik alt boyutunun Barrat Dürtüsellik Ölçeğinden alınan puanlar ( $r=.368$ ,  $p<.001$ ), Diva Dikkat alt ölçeği ile ( $r=.494$ ,  $p<.001$ ) ve Diva Dürtü alt ölçeği ile ( $r=.679$ ,  $p<.001$ ) pozitif yönde ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki içinde olduğu görülmektedir. Dikkat eksikliği alt boyutu incelendiğinde Barrat Dürtüsellik Ölçeğinden alınan puanlar ( $r=.426$ ,  $p<.001$ ), Diva Dikkat alt ölçeği ( $r=.584$ ,  $p<.001$ ) ve Diva Dürtü alt ölçeği ile ( $r=.501$ ,  $p<.001$ ) pozitif yönde ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki içinde olduğu görülmektedir. Ölçeğin son alt boyutu olan Dürtüsellik boyutu incelendiğinde Barrat Dürtüsellik Ölçeğinden alınan puanlar ( $r=.436$ ,  $p<.001$ ), Diva Dikkat alt ölçeği ( $r=.563$ ,  $p<.001$ ) ve Diva Dürtü alt ölçeği ile ( $r=.653$ ,  $p<.001$ ) diğer boyutlara benzer şekilde pozitif yönden ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki içinde olduğu görülmektedir.

Ölçekle beraber uygulanan diğer bir ölçek olan Diva-II Dürtüsellik ve Dikkat boyutlarında Cronbach Alfa değerleri hesaplanmış Diva-II'nin ölçek içerisindeki güvenilirliğine bakılmıştır.



Tablo 3.9. Diva-II dürtüsellik ve dikkat alt boyutlarının cronbach alfa güvenilirlik analiz sonuçları:

	Cronbach's Alpha
Dürtü	,826
Dikkat	,79

Divi-II Dürtüsellik ve Dikkat alt boyutlarının ölçek içerisindeki güvenilirlikleri incelendiğinde Cronbach Alfa değerlerinin Dürtüsellik için .82 ve Dikkat için .79 olduğu görülmektedir.

### 3.2.2.2. Geçerlik analizleri

Ölçeğin geçerlik analizleri Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısının hesaplanması ve test tekrar test yöntemi ile hesaplanmıştır. 50 kişi ile 3 hafta yapılan test tekrar test analizlerin göre Dürtüsellik alt boyutunun test tekrar test puanı .67, Aşırı Hareketlilik için .77, Dikkat Eksikliği alt boyutu için ise .65 olarak hesaplanmıştır.

Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlık katsayıları incelendiğinde Aşırı Hareketlilik için .83, Dikkat Eksikliği için .85 ve Dürtüsellik için ise .84 olduğu görülmektedir. Ölçeğin toplam puanın İç tutarlık katsayısı ise .92 olarak hesaplanmıştır.

### 3.2.2.3. Ölçeğin madde analizleri

Tablo 3.10. Ölçeğin maddelerinin ortalaması, madde toplam korelasyonu ve maddenin silindiğinde oluşacak cronbach alfa katsayılarını gösteren tablo

Madde	Düzeltilmiş Madde toplam Korelasyonu	Madde silindiğinde Cronbach Alfa	Maddenin Ortalaması
Madde 1	.595	.801	1.50
Madde 2	.688	.779	1.81
Madde 3	.452	.826	1.83
Madde 4	.605	.797	1.69
Madde 5	.592	.800	1.93
Madde 6	.655	.786	1.92

Madde 7	.595	.825	1.64
Madde 8	.626	.818	1.71
Madde 9	.546	.833	1.53
Madde 10	.549	.832	1.85
Madde 11	.724	.806	1.53
Madde 12	.646	.821	1.51
Madde 13	.542	.831	1.69
Madde 14	.449	.837	1.53
Madde 15	.55	.829	1.48
Madde 16	.610	.824	1.50
Madde 17	.483	.835	2.16
Madde 18	.531	.831	1.78
Madde 19	.601	.826	1.37
Madde 20	.547	.830	1.46
Madde 21	.548	.830	1.83
Madde 22	.521	.832	1.59
Madde 23	.544	.830	1.60
Madde 24	.418	.841	1.43

Tablo 3.10. incelendiğinde ölçekteki maddelerin analizleri görülmektedir. Ölçekteki 24 maddenin ortalamasının 1.37 ile 2.16 arasında olduğu görülmektedir. Maddelerin silindiğinde oluşacak cronbach alfa katsayıları .779 ile .841 arasında ve maddelerin madde toplam korelasyonu ise 418 ile .688 arasında olduğu görülmektedir.

**3.2.2.4. Ölçeğin alt boyutlarının normallik dağılımları, ortalama puanları ve standart sapmaları**

Tablo 3.11. Ölçeğin alt boyutlarının normallik dağılımları, ortalama puanları ve standart sapmaları:

	En Düşük Puan	En Yüksek Puan	X	SS	Çarpıklık	Basıklık
1. Dürtüsellik	11	44	15.17	4.10	1.47	2.61
2. Aşırı Hareketlilik	6	24	10.71	3.88	1.089	.973
3. Dikkat Eksikliği	7	28	11.52	4.15	1.38	2.53
4. Toplam Puan	24	96	40.05	11.42	1.28	2.67

**3.3. Aşama 3**

Tablo 3.12. Katılımcıların sosyo-demografik bilgileri :

	n	%
Katılımcıların Yaşı	10	19.1
	11	21.3
	12	19.1
	13	25.5
	14	14.9
	Toplam	47
Katılımcıların Cinsiyeti	Erkek	46.8
	Kız	53.2
	Toplam	100
Katılımcıların Tanısı	DEHB tanısı	36.2
	Farklı Tanı	34
	Tanı Almamış	29.8
	Toplam	100

Tablo 3.12'de katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ile ilgili bilgiler görülmektedir. Tablo incelendiğinde 9 katılımcının (%19.1) 10 yaşında olduğu, 10

katılımcının (%21.3) 11 yaşında, 9 katılımcının (%19.1) 12 yaşında, 12 katılımcının (%25.5) 13 yaşında olduğu ve 7 katılımcının (%14.9) ise 14 yaşında olduğu görülmektedir. Katılımcıların cinsiyeti ile ilgili tablo incelendiğinde 22 katılımcının (%46.8) erkek ve 25 katılımcının (%53.2) kadın olduğu görülmektedir. Son olarak katılımcıların aldıkları tanı ile ilgili tablo incelendiğinde 17 katılımcının (%36.2) DEHB tanısı aldığı, 16 katılımcının DEHB tanısından farklı tanıları aldıkları ve 14 katılımcının ise herhangi bir tanı almaya grup olduğu görülmektedir.

Tablo 3.13. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış grup ile farklı tanı almış gruptaki katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanların karşılaştırılması:

		N	X	SS	t	p
Aşırı	DEHB tanısı	17	8.70	4.08	1.848	.032*
Hareketlilik	Farklı Tanı	16	6.06	4.12		
Dikkat	DEHB tanısı	17	8.23	4.13	2.348	.074
Eksikliği	Farklı Tanı	16	8.18	4.32		
Dürtüsellik	DEHB tanısı	17	10.35	5.63	.535	.386
	Farklı Tanı	16	8.5	6.46		
Toplam Puan	DEHB tanısı	17	27.29	9.48	1.179	.047*
	Farklı Tanı	16	22.5	12.53		

\*p<.05

Tablo 3.13'de DEHB tanısı almış grup ile farklı tanıları almış gruptaki katılımcıların ölçekten aldıkları puanların karşılaştırıldığı bağımsız gruplar t testi analizleri görülmektedir. Analiz sonuçları incelendiğinde Ölçeğin aşırı hareketlilik alt boyutundan alınan puanların iki grup açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir (t=1.848, p<.05). Bu sonuca göre DEHB tanısı almış katılımcılar (X=8.70, SS=4.08) ölçeğin aşırı hareketlilik boyutundan Farklı tanı almış gruptaki katılımcılara (X=6.06, SS=4.12) göre daha yüksek puan almışlardır. Tablodaki bir diğer anlamlı sonuç ise Ölçeğin toplam puanı ile ilişkilidir. Benzer şekilde DEHB tanısı almış grup (X=27.29, p<.05) farklı tanı almış (X=22.5, p<.05) gruba göre istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde

daha yüksek puan almıştır. Ölçeğin Dikkat eksikliği ve Dürtüsellik alt boyutlarından alınan puanlar ise gruplar açısından anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Tablo 3.14. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış grup ile sağlıklı gruptaki katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanların karşılaştırılması:

		N	X	SS	t	p
Aşırı	DEHB tanısı	17	8.70	4.08	2.316	.028*
Hareketlilik	Sağlıklı Grup	14	5.21	4.28		
Dikkat	DEHB tanısı	17	8.23	4.13	1.860	.001*
Eksikliği	Sağlıklı Grup	14	5.57	3.75		
Dürtüsellik	DEHB tanısı	17	10.35	5.63	1.361	.851
	Sağlıklı Grup	14	7.71	5.02		
Toplam Puan	DEHB tanısı	17	27.29	9.48	2.635	.013*
	Sağlıklı Grup	14	18.5	8.94		

\*p<.05

Tablo 3.14’de DEHB tanısı almış grup ile herhangi bir tanı almamış sağlıklı gruptaki katılımcıların ölçekten aldıkları puanların karşılaştırıldığı bağımsız gruplar t testi analizleri görülmektedir. Analiz sonuçları incelendiğinde Ölçeğin aşırı hareketlilik alt boyutundan alınan puanların iki grup açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir (t=2.316, p<.05). Bu sonuca göre DEHB tanısı almış katılımcılar (X=8.70, SS=4.08) ölçeğin aşırı hareketlilik boyutundan tanı almamış gruptaki katılımcılara (X=5.21, SS=4.28) göre daha yüksek puan almışlardır. Tablodaki bir diğer sonuç ise Dikkat eksikliği alt boyutundan alınan puanların iki grup açısından anlamlı bir farklılık gösterdiği analiz sonucudur (t=1.860, p<.05) Bu sonuca göre DEHB tanısı almış katılımcılar (X=8.23, p<.05) herhangi bir tanı almamış katılımcılara (X=5.57, p<.05) göre daha yüksek puan almışlardır. Son olarak ölçeğin toplam puanı ile ilgili analiz sonuçları incelendiğinde bu sonuçlara göre anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir (t=2.635, p<.05). Bu sonuca göre DEHB tanısı almış grup (X=27.29, p<.05) herhangi bir tanı almamış (X=22.5, p<.05) gruba göre istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde daha yüksek puan almıştır.

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### TARTIŞMA, YORUM, SONUÇ VE ÖNERİLER

#### TARTIŞMA, YORUM, SONUÇ VE ÖNERİLER

##### Tartışma ve Yorum

Bu bölümde 10-14 yaş arası çocuklarda DEHB Kendini Değerlendirme Ölçeğinin geliştirilmesi aşamasında yapılan çalışmalara değinilmiş, elde edilen bulgulara ilişkin tartışma ve yorumlara yer verilmiştir.

Araştırmada 10-14 yaş öğrencilerinde karşılaşılan Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluklarına karşın çocukların farkındalık düzeylerini anlamaya ve ön tarama aracı olarak kolay uygulanabilirlik anlamında katkı sağlayabileceği düşünülen ölçek geliştirme çalışması yürütülmüştür. Ölçeğin geliştirme sürecine ilişkin karşılaştırmalar halihazırda var olan benzer kriterleri karşılayan diğer psikolojik ölçme araçlarıyla gerçekleştirilmiştir.

Ölçek için maddelerin oluşturulması sürecinde DSM-V tanı kriterlerinden yararlanılırken, diğer ölçekler ve uzman görüşü alınarak da desteklenmiş soruların titizlikle hazırlanmasına önem verilmiştir. Ayrıca, ölçeğin sosyo-demografik bilgiler kısmında cinsiyet, yaş, sınıf, okul ve "Sana göre okul başarın nasıl?" soruları yöneltilmiştir.

Ölçekte yer alan maddelerin kapsam geçerliliğini saptamak için, Aşırı Hareketlilik, Dikkat Eksikliği ve Dürtüsellik olarak 3 boyutu kapsayan madde havuzu oluşturulmuştur. Alanında uzman Profesör, Doçent, Dr. Öğretim Üyesi unvanına sahip öğretim üyeleri, Öğretim Elemanları olmak üzere 13 uzman tarafından incelenerek, onların görüşleri doğrultusunda 40 maddelik ilk aşma oluşturulmuştur. Bu aşamada oluşturulan 40 madde üzerinden önce 20 kişi daha sonrasında ise 250 öğrenciden oluşan bir çalışma grubu oluşturularak uygulama yapılmıştır.

Verilerin analize uygunluğunun belirlenmesi amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem uygunluk ve Bartlett Küresellik Testi testleri yapılmıştır. Verilerin faktör analizi için uygun olması için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) .60'dan yüksek ve Bartlett Testi'nin hesaplanan ki-kare değerinin istatistiksel olarak anlamlı çıkması gerekmektedir (Büyüköztürk, 2004). Bu çalışmada yapılan analiz sonucunda KMO değeri .87 ve Bartlett Küresellik Testi  $\chi^2$  değeri ise 2032,611 ( $p < .000$ ).

40 maddelik ölçek üzerinden yapılan 250 öğrenci uygulaması kapsamında ilk olarak Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) yapılarak Dürtüsellikten 11 madde, Aşırı Hareketlilikten

6 madde ve Dikkat Eksikliğinden 7 maddenin ayırt edicilik özelliğini gösterdiği ortaya çıkmıştır ve 24 maddelik asıl ölçek oluşturulmuştur.

24 madde ve 3 boyuttan oluşan bu ölçeğe "10-14 yaş DEHB Kendini Değerlendirme Ölçeği" adı verilmiştir.

Elde edilen 24 maddenin korelasyon değerlerinin .66 ile .39 aralığında olduğu tespit edildikten ve elde edilen maddenin iyi düzeyde ayırt edicilik gösterdiği anlaşıldıktan sonra güvenilirlik için Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları hesaplanmış ölçeğin tamamı için .89 bulunmuştur. Boyutlar arası Cronbach alpha değerleri ise; Dürtüsellik boyutu için .84, Aşırı Hareketlilik boyutu için .78 ve Dikkat eksikliği boyutu için ise .79 olarak hesaplanmıştır. Cronbach's Alpha değerinin eğitim bilimlerinde ve sosyal bilimlerde yapılan araştırmalarda .80 ve üzeri bulunması güvenilirlik ve iç tutarlılık için yeterli bir değer aralığı olarak kabul edilebilir (Erkuş, 2012). Daha sonra güvenilirlik tahmininde bulunabilmek için Split-Half Method uygulanmış toplam puan için .69 bulunmuştur. Ölçekten alınan toplam puan ve boyutların normal dağılım gösterip göstermedikleri ile ilgili olarak çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerleri incelenmiş, basıklık ve çarpıklık değerlerinin +2 ile -2 arasında olduğu görülmektedir. Pallant'a göre bu katsayıların +2, -2 aralığında olması durumunda puanlar normal dağılım göstermektedir.

Faktöriyel yapısı belirlenen 10-14 yaş DEHB Kendini Değerlendirme ölçeğinin son hali üzerinde boyutlar arasındaki ilişki incelenmek istenmiş ve Pearson Çarpımlar Moment Korelasyon Analizi yapılmış ölçeğin toplam puanının boyutlar arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişkisi olduğu tespit edilmiştir.

Ölçeğin puan ve boyutlar arasında cinsiyet üzerinden farklılık olup olmadığını belirlemek için ise bağımsız gruplar t testi yapılmış ve erkek öğrencilerin Aşırı Hareketlilik boyutunda kız öğrencilere göre daha yüksek puanlar aldıkları ortaya çıkmıştır. Diğer boyutlarda ise cinsiyet açısından bir farklılık gözlenmemiştir.

İlk aşamada ölçeğin boyutlarının ve maddelerinin istatistiksel olarak inceleyip son halini kazandırdıktan sonra psikometrik özellikler üzerinde durularak 50 kişilik grup üzerinden 3 hafta ara ile test tekrar test yöntemi yapılmış daha sonrasında ise 250 kişiden oluşan 10-14 yaş grubu öğrencilerine oluşturulan ölçek ile Diva-II ve Barrat Dürtüsellik ölçeği uygulanmıştır.

Ölçeğin 2. aşaması diye adlandırılan bölümde ise; ilk aşamaya dayanan uygulamalarla ölçek tekrar kontrol edilmiş uç verileri belirlemek için Mahalanobis uzaklığı hesaplanmış uç veriye rastlanmamıştır. Daha sonra faktöriyel yapının belirlenmesi için varimaks döndürme yöntemi ile boyutlar incelenmiş; belirlenen boyutlar üzerinden

güvenirlilik analizleri için Split Half Method ve Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları hesaplanmıştır. Daha sonra ölçeğin toplam puanı ve boyutları arasındaki ilişki korelasyon analizler ile incelenmiştir. Ölçekten alınan puanların sosyo-demografik verilere göre karşılaştırılması bağımsız gruplar t testi ve tek yönlü varyans analizi yöntemleri ile yapılmış, sonraki aşamada ölçeğin doğrulayıcı faktör analizi R studio ile lavaan paketi kullanılarak incelenmiştir.

Aşama 2’de güvenirlik analizine değinildiğinde yapı geçerliliğinin belirlenmesi için Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapılmış maddenin veriye uygunluğu incelenmiştir. Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index ) ( CFI), Trucker- Lewis İndeksi (Trucker- Lewis Index) (TLI) , kök ortalama kare yaklaşım hatası (Root Mean Square Error of Approximation) (RMSEA), Standart Kök Ortalama Kare Kalan (Standardized Root Mean Square Residual) (SRMR) değerlendirmelerinin iyi uyum değerlendirmelere işaret ettiği anlaşılmıştır. Ölçeğin 3 faktörlü yapısını doğrulamak amacıyla yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonucu incelendiğinde elde edilen indekslerin kabul edilebilir düzeyde olduğu görülmektedir.

Ölçeğin ölçüt bağıntılı geçerliliğinin belirlenmesi için değişkenler arasındaki ilişki DIVA-II ve Barrat Dürtüsellik ölçeği dahilinde incelenmiş ve 3 alt boyut karşılaştırıldığında boyutlar arasında pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür.

Ölçeğin geçerlilik analizi içi ise Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayı hesaplaması ve test tekrar test yöntemi ile hesaplaması yapılmış, toplam puan iç tutarlılık katsayısı .92 çıkmıştır.

Ölçeğin madde analizleri üzerinde durulduğunda ise madde düzeltilip ya da silindiğinde oluşabilecek Cronbach Alpha değeri hesaplanmıştır. Bunlara ek olarak ölçeğin alt boyutlarının normallik dağılımları, ortalama puanları ve standart sapmaları da hesaplanmıştır.

Son aşmada ise yapılan klinik incelemede; Conner’s Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği, Burdon Dikkat testi ve 10-14 yaş DEHB kendini değerlendirme Ölçeği uygulamasında kontrol grubu, tanı almış grup ve farklı tanı grubuna mensup 10-14 yaş arası çocuklar üzerinde yapılan analiz sonuçlarında; DEHB tanısı almış grup ile farklı tanı almış gruptaki katılımcıların ölçekten aldıkları puanların karşılaştırılıp, bağımsız gruplar t testi yapıldığında, ölçeğin aşırı hareketlilik alt boyutundan alınan puanların iki grup açısından istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir. DEHB tanısı almış katılımcılar ölçeğin aşırı hareketlilik boyutundan farklı tanı almış gruptaki katılımcılara



göre daha yüksek puan almışlardır. Ayrıca DEHB tanısı almış grup, farklı tanı almış gruba göre istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde daha yüksek puan almıştır. Ölçeğin Dikkat eksikliği ve Dürtüsellik alt boyutlarından alınan puanlar ise gruplar açısından anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

DEHB tanısı almış grup ile herhangi bir tanı almamış sağlıklı gruptaki katılımcıların ölçekten aldıkları puanların karşılaştırıldığı bağımsız gruplar t testi analizleri sonuçları incelendiğinde; ölçeğin aşırı hareketlilik alt boyutundan alınan puanların iki grup açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir. Bu sonuca göre DEHB tanısı almış katılımcılar ölçeğin aşırı hareketlilik boyutundan tanı almamış gruptaki katılımcılara göre daha yüksek puan almışlardır. Dikkat eksikliği alt boyutundan alınan puanların ise iki grup açısından anlamlı bir farklılık gösterdiği sonucuna varılmıştır. Bu sonuca göre DEHB tanısı almış katılımcılar, herhangi bir tanı almamış katılımcılara göre daha yüksek puan almışlardır. Son olarak ölçeğin toplam puanı ile ilgili analiz sonuçları incelendiğinde bu sonuçlara göre anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre DEHB tanısı almış grup herhangi bir tanı almamış gruba göre istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde daha yüksek puan almıştır.

### **Sonuç**

Bu bölümde 10-14 yaş grubu çocuklarda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğuna karşı çocukların kendi öz değerlendirmelerini ölçmek amacıyla geliştirilen ölçeğin bulgularında ortaya çıkan sonuçlar üzerine durulmuş ve bulgular doğrultusunda yer verilmiştir.

Ölçek Mersin ili içerisinde birkaç aşamaya bağlı uygulamalarla okul sınırları içerisinde toplamda 500, okul dışı klinik ortamda ise 40 çocuğa uygulanmış elde edilen veriler doğrultusunda geçerlilik ve güvenilirliği sınanmıştır.

Ölçek bir özel okul içerisinde bulunan 10-14 yaş grubu 5,6,7 ve 8. Sınıf öğrencilerini kapsamaktadır. Ayrıca geliştirilen ölçme aracının yaş, cinsiyet, sınıf ve okul başarısı değişkenleri üzerinden de değerlendirmeleri söz konusu olmuştur.

Bu çalışmaya bağlı olarak 10-14 yaş çocuklarının DEHB konusunda öz bildirim farkındalık düzeylerini belirlemeye yönelik olarak toplamda 3 boyut 24 maddeden oluşan, 4'lü likert tipi bir ölçek geliştirilmiştir. Yapılan açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi sonucu geçerliliği ve güvenilirliği sağlanmış, 10-14 yaş grubu çocukların DEHB 'e

yönelik öz bildirimde bulunabilecekleri, okul ve klinik ortamda kolay uygulanabilecek bir ölçek geliştirilmiştir.

Geliştirilen ölçek sonucunda çeşitli değişkenlere göre yapılan analizlere ait sonuçlar;

- Ölçeğin boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde Dürtüsellik boyutunun, Aşırı Hareketlilik ve Dikkat Eksikliği boyutları ile aralarında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Buna ek olarak AH boyutu ile DE boyutu arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu görülürken; ölçeğin toplam puanının tüm boyutlar ile pozitif yönde ve anlamlı bir ilişkisi olduğu görülmektedir.

- Ölçekten alınan puanların katılımcıların cinsiyeti açısından farklılaşp farklılaşmadığına bakıldığında, katılımcıların AH boyutundan aldıkları puanların cinsiyet açısından farklılaştığı görülmektedir. Analize göre erkek öğrenciler kız öğrencilere göre AH boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek puanlar almışlardır.

- Dürtüsellik, Dikkat Eksikliği ve ölçeğin tamamından alınan toplam puanına bakıldığında katılımcıların cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği gözlenmiştir.

- Ölçekten alınan puanların sınıf değişkenine göre yapılan analiz sonucunda, alınan puanların sınıf değişkeni açısından anlamlı bir fark göstermediği görülmektedir.

- AH alt boyutunun Barratt Dürtüsellik ölçeğinden alınan puanlar, Diva-II dikkat alt ölçeği ve Diva-II dürtü alt ölçeği ile pozitif yönde ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkisi olduğu görülmektedir.

- DE alt boyutu incelendiğinde Barratt Dürtüsellik ölçeğinden alınan puanlar, Diva-II Dikkat alt ölçeği ve Diva-II dürtü alt ölçeği ile pozitif yönde ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki içinde olduğu görülmektedir.

- Ölçeğin dürtüsellik boyutu incelendiğinde Barratt Dürtüsellik ölçeğinden alınan puanlar, Diva-II Dikkat alt ölçeği ve Diva-II Dürtü alt ölçeği ile diğer boyutlara benzer şekilde pozitif yönde ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki içinde olduğu görülmektedir.

## Öneriler

Bu araştırma geliştirilen 10-14 yaş DEHB Kendini Değerlendirme ölçeğinin kullanımına yönelik ve daha sonraki çalışmalarda ele alınabilecek konulara ışık tutmak amacıyla öneriler aşağıda sıralanmıştır.

1- Araştırma Mersin ilinde bir özel okulda gerçekleştirilmiştir. Türkiye genelinde devlet ve özel okullarda daha geniş ve kapsamlı bir katılım ile başka ölçek geliştirilebilir.

2- 10-14 yaş grubuyla sınırlı tutulan ölçek farklı yaş grupları da dahil edilerek geliştirilebilir.

3- Ülkemizdeki okullarda bu tarz uygulamalarda bulunularak risk durumları tespit edilebilir. Tespit edilen risk durumlarına karşı öğrencilerimizi yetiştiren öğretmenlerimize yönelik çalışmalar yapılabilir.

4- Okullarda çalışan öğretmenler ve idareciler DEHB konusunda bilinçlendirilip yapılabilecek çalışmalar konusunda seminerler düzenlenebilir. Velilere yönelik eğitimler verilebilir.

5- Ülkemizde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu konusunda çocukların öz bildirimlerine yönelik hiç çalışma olmadığı görülmüştür. Bu sebeple DEHB alanında yapılacak olan araştırmalara yönelik teşvikler sağlanabilir.

6- Çocukların farkındalıkları ön planda tutularak bu konudan mustarip çocuklara yönelik farklı eğitim-öğretim yöntemleri ve uygulamaları geliştirilebilir.

7- Araştırma kapsamında geliştirilen ölçek çocukların Dehb konusunda öz farkındalık düzeyini ev ve okul ortamında ölçmektedir. Yapılacak diğer çalışmalar farklı alanlarda ve kategorilerde ölçüm yapabilir.

8- Ölçek cinsiyet, sınıf, yaş, başarı düzeyi değişkenleri açısından incelenmiştir. Bu değişkenler artırılarak farklı sosyo-demografik özellikler açısından da ele alınıp incelenebilir.

9- Geliştirilen 10-14 yaş DEHB Kendini Değerlendirme ölçeği Aşırı Hareketlilik, Dikkat Eksikliği ve Dürtüsellik boyutlarını ölçmektedir. Ölçülen bu boyutlar tek tek ele alınıp iyileştirici çalışmalarda bulunulabilir.

10- Geliştirilen ölçek okul rehberlik servisinde ve klinik ortamda ön tarama testi olarak, çocukların öz bildirimlerine başvurmak için kullanılabilir.

11- Okul rehberlik servisi tarafından uygulanan ölçek sonucunda Dehb özellikleri gösteren çocuğun okulda, sınıf ortamında ve arkadaş çevresinde yaşadığı olumsuzlukların anlaşılmasına yardımcı olabilir.

12- Ölçeğin okullarda uygulanması sırasında uygulayıcı gözetiminde yapılması, gerekli açıklamaların yapılıp, çocukların birbirinden etkilenmemesi gerektiği göz ardı edilmemelidir.

## KAYNAKÇA

- Aksu E, Turan F. (2005). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tam Ölçeği-Okul Derecelendirme Ölçeği Türkçe uyarlaması*, Fizyoter Rehabil, 31-40.
- Alpanda, S. (2010). *DEHB ile görsel mekansal işlevler arasındaki ilişkinin incelenmesi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, İstanbul, 72.
- Ankara İl Milli Eğitim Müdürlüğü (2009), *DEHB Veli El Kitabı*, Ankara: Proje Yayın Kurulu,27-28.
- Ayaz vd. (2012). *3-5 yaş grubu kurum bakımındaki çocuklarda ruhsal hastalık sıklığı ve ilişkili etmenler*, Türk Psikiyatri Dergisi, 82-8.
- Aydın, B. (2005). *Çocuk ve Ergen Psikolojisi*, Nobel Yayın Dağıtım, 42.
- Barkley RA (1997). *Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD*, Psychol Bull, 65-94.
- Börekçi, B. (2017). *Okul Öncesi Çocuklarda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Belirtilerinin, Davranışsal, Sosyal Problemler Aile İşlevselliği ve Ebeveyn Tutumları ile İlişkilerinin Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 29.
- Brown, T. (2013). *Dikkat Eksikliği Bozukluğu*. (Çev.: Esra Ç. Sönmez). (4. Baskı). Ankara: ODTÜ.
- Conners CK, Sitarenios G, Parker JD ve ark. (1998). *The revised Conners' Parent rating scale (CPRS-R): Factor structure, reliability, and criterion validity*, J Abnorm Child Psychol, 26:257-268.
- Çelik C, Erden G , Özmen S, Tural Hesapçioğlu S. (2017). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nda Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği'nin İki Sürümünün Karşılaştırılması ve Okuma Becerilerinin Değerlendirilmesi*. Türk Psikiyatri Dergisi 2017;28(2):104-16
- Çelik C. (2014). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Değerlendirilmesinde Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeklerinin Kullanımı*. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi: 21 (1) 2014
- Dereboy Ç, Şenol S, Şener Ş, Dereboy F, (2007). *Conners Kısa Form Öğretmen ve Ana Baba Derecelendirme Ölçeklerinin Geçerliği*, Türk Psikiyatri Dergisi 2007; 18(1):48-58
- Doğangün, B. Yavuz, M. (2011). *Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu*, Türk Pediatri Arşivi Dergisi, 25-8.

- Ercan, E. S. ve Aydın, C. (2013). *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (4. Baskı)*, İstanbul: Pupa Yayınları, 6
- Ercan, E. (2015). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu*. İstanbul, 185-93.
- Erdoğan E, Soysal Ş, Kiriş N, Şahin A, Karakaş S. (2005). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Değerlendirilmesinde Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği Geliştirilmiş Formunun Yeri*, Klinik Psikiyatri Dergisi, 5-17.
- Erdoğan E, Karakaş S (2002). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda frontal ve parietal bölge disfonksiyonları*, Klinik Psikiyatri Dergisi, 5-17.
- Erica D. Palmer, Stanley Finger (2003). *DEHB'nin Erken Bir Tanımı (Dikkatsiz Alt Tip): Dr Alexander Crichton ve 'Zihinsel Huzursuzluk' Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Derneği*, Psikiyatri 109/146.
- Elia J, Ambrosini P, Berrettini W. (2008). *ADHD characteristics: I. Concurrent comorbidity patterns in children and adolescents*, Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2008; 2: 15.
- Farrow, S. J. (2006). *Sir Frederick Still (1868-1941)*. Rheumatology Oxford Journals, 45(6), 777-778.
- Karabekiroğlu K, Pazvantoğlu O, Aker AA, Akbaş S. (2012) - *Journal of the International Neuropsychological Society*, 18/5, 819-826
- Karabekiroğlu, K. (2012). *Aman dikkat: Dikkat ve öğrenme sorunları*. İstanbul: Say Yayınları.
- Karakaş S, Yalın A, Irak M ve ark. (2002). *Digit span changes from puberty to old age for different levels of education*, Developmental Neuropsychology, 66-67.
- Karaman D, Türker T, Kara K, Durukan İ, Fidancı M.K. (2013). *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde depresyon ve anksiyete düzeyleri*, Gülhane Tıp Dergisi 2013; 55: 36-41
- Kayaalp, L. (2008). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu*, Sempozyum Dizisi, İstanbul, 147-152.
- Kaner S, Büyüköztürk Ş, İşeri E ve ark. (2006). *Yenilenmiş Conners Anababa Dereceleme Ölçeği-Uzun Formunun Türkçe uyarlama çalışması*. 16. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi, 20-23 Nisan 2006. Antalya.
- Kılıç B. (2002). *Yönetici İşlevler ve Dikkat Süreçlerine İlişkin Kuramsal Modeller ve Nöroanatomi*, Klinik Psikiyatri Dergisi, 2002;5:105-110.
- Köroğlu, E. (Ed.) (2014). *DSM V*, Ankara: Boylam Psikiyatri Enstitüsü

- Mirsky AF, Anthony BJ, Duncan CC ve ark. (1991). *Analysis of the elements of attention: A neuropsychology approach*. Neuropsychological Reviews, 109-45.
- Öktem F (1995). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu*, Türk Psikiyatri Dergisi, 2-91.
- Özmen Kaymak, S. (2011). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nda Çok Yönlü Eğitim Uygulamalarının Etkisi*, Eğitim ve Bilim, 36-161.
- Pallant, J. (2001). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows (versions 10 and 11): SPSS student version 11.0 for Windows*. Milton Keynes: Open University Press
- Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. (1995). *Factor structure of the Barratt impulsiveness scale*. *J Clin Psychol*, 768-774.
- Pennington BF. (2002) *The Development of Psychopathology: Nature and Nurture*. New York: Guilford Press, 162-76
- Spinella M. (2007) *Normative data and a short form of the Barratt impulsiveness scale*. *Int J Neurosci*, 359-368
- Spinella M (2007). *Normative data and a short form of the Barratt impulsiveness scale*. *Int J Neurosci*, 117:359-368.
- Sonuga-Barke EJ. (2000). *Causal models of attention-deficit/hyperactivity disorder: from common simple deficits to multiple developmental pathways*. *Biol Psychiatry*, 2000; 57:1231-1238.
- Steinhausen HC, Novik TS. ADORE Study Group. (2006). *Co-existing psychiatric problems in ADHD in the ADORE cohort*. *Europe Children Adolescents Psychiatry* 2006; 15: I/25-I/29.
- Swanson JM, Sergeant JA, Taylor E ve ark. (1998) *Attention-deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder*. *Lancet*, 351: 429-433.
- Tamam, L, Güleç H, Karataş G. (2013). *Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu (BIS-11-KF) Türkçe Uyarlama Çalışması*, 130-134
- Tamam L, Güleç H, Karataş G, (2013). *Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu (BIS-11-KF) Türkçe Uyarlama Çalışması*. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 50:130-134.
- Turgut F M. (1993). *Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme Metodları* . 9 baskı. Ankara: Saydam Matbaacılık
- Uluç S, Öktem F, Erden G, Gençöz T, Sezgin N. (2011). *Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği-IV: Klinik Bağlamda Zekanın Değerlendirilmesinde Türkiye için Yeni Bir Dönem*. *Türk Psikoloji Yazıları*, Aralık 2011, 14 (28), 49-57

## İnternet Kaynakları

Uygün S. (2018). Hiperaktivite ve Dikkat Eksikliği (DEHB) Sorunu, Cocukpsikolojisi.net.

<https://www.sadikuygun.com.tr/veli/hiperaktivite-ve-dikkat-eksikligi-dehb-sorunu>

e-Psikiyatri (2019). Hiperaktif Çocuklar ve Dikkat Eksikliği Bozukluğu (DEHB) Nedir?, 0-6 Yaş Gelişimi ve Eğitim, 06 Mayıs 2019.

<https://www.e-psikiyatri.com/hiperaktif-cocuklar-ve-dikkat-eksikligi-bozuklugu-e-psikiyatri-25744>

Playattention, Dikkat ve Odaklanma Sorunları (1996).

<https://playattention.com.tr/Makaleler/Icerik/315-Dikkat-ve-Odaklanma-Sorunlari-Dehb-Ile-Neden-Karistiriliyor>



## EKLER

### EK-1: Demografik Bilgi Formu

#### Demografik Bilgi Formu

1- Öğrencinin Adı Soyadı:

2- Öğrencinin Yaşı (gün/ay/yıl olarak belirtiniz): ...../...../.....

3- Cinsiyet: ( )Kız ( )Erkek

4- Çocuğunuzun psikiyatristten (ruh sağlığı uzmanı) tanı aldığı bir hastalığı var mı?

(Örn: dikkat eksikliği, hiperaktivite, davranım bozukluğu, otizm, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu)

( ) Evet var

( ) Hayır yok

Varsa lütfen belirtiniz: .....

**EK-2: 10-14 Yaş DEHB Kendini Değerlendirme Ölçeği**

**10-14 Yaş DEHB  
Kendini Değerlendirme Ölçeği**

Tarih: ...../...../.....

Cinsiyetiniz:	Kız ( )	Erkek ( )	
Doğum Tarihiniz:			
Sınıfınız:			
Okulunuz:			
Sana göre okul başarın nasıl?	İyi ( )	Orta ( )	Kötü ( )

Aşağıda bazı cümleler ve yanlarında bazı seçenekler verilmiştir. Her cümleyi okuduktan sonra size en uygun gelen seçeneği işaretleyin.

	Hemen hiç	Bazen	Sıklıkla	Çok sık
1. Oturmam gereken durumlarda uzun süre oturamam ve yerimden kalkarım.				
2. Sürekli hareket etmek isterim ellerim ayaklarım kıpır kıpırdır.				
3. Katıldığım oyun ve etkinliklerde sabırsız olabilirim.				

4. Oturmayı sevmem, koştururum.				
5. Aceleci ve sabırsızımdır.				
6. Oturduğum yerde bir şeylerle uğraşıp hareket halinde olmak isterim.				
7. Anlatılanları, konuşulanları akıldatutamakta zorlanırım.				
8. Ödevlerime başlamakta zorlanırım.				
9. Dikkat gerektiren karmaşık dersleri (örneğin; matematik, dil bilgisi vb.) yapmaktan kaçınırım.				
10. Unutkanımdır.				
11. Ödevlerimi bitirmekte zorlanırım.				
12. Ders esnasında anlatılan konuyu dinlemekte zorlanırım.				
13. Ders çalışırken, sınava hazırlanırken neyi hangi sırada yapacağımı (hangi sırayla çalışacağımı) bilemem.				
14. Başkaları konuşurken istemeden bölerek araya girerim.				
15. Arkadaşlarımla oyun oynarken sıramı beklemekte zorluk çekerim.				
16. Kendimi kontrol etmekte zorlanırım.				

17. İstmeden hatalar yaptığım olur.				
18. Derste parmak kaldırmadan konuştuğum olur.				
19. Davranışlarımı engellemekte zorluk çekerim.				
20. Sorulan sorulara bitmeden yanıt veririm.				
21. Arkadaşımdan biribenikızdırdığı zaman ben de onu incitirim.				
22. Arkadaşımla sorun yaşarım.				
23. Arkadaşımla tartışırım.				
24. İsteyerek arkadaşlarımı kızdırırım.				

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

Soyadı; Adı : Aylin KANAT  
Uyruğu : TC  
Doğum Tarihi ve Yeri : 31.10.1990 / Gaziantep  
Medeni Hali : Bekar  
Telefon : 05535970549  
e- mail : aylin.kanat@hotmail.com.tr

Eğitim Derecesi	Eğitim Birimi	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Toros Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Tezli Yüksek Lisans	2019
Lisans	Toros Üniversitesi- İ.İ.S.B Fakültesi, Psikoloji Bölümü	2015
Lise	Bayraktar Lisesi / Gaziantep	2009

### İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2015	Merdiven Nöroterapi Merkezi / Mersin	Psikolog
2016	Özel Toros Koleji / Mersin	Psikolog

### Yabancı Dili

İngilizce



T.C.  
TOROS ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 64046081-302.14/E.286  
Konu : Tez Başlığı Değişikliği

01/08/2019

**Psikoloji Ana Bilim Dalı Başkanlığına**

Ana bilim dalınız yüksek lisans öğrencisinin tez başlığı değişikliği, aşağıdaki yönetim kurulumuzun 01.08.2019 tarih ve 17/122 sayılı kararı ile uygun görülmüştür.  
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

*e-imzalıdır*

Prof. Dr. Haluk  
KORKMAZYÜREK Müdür

Enstitümüz Psikoloji Ana Bilim Dalı Başkanlığının 29.07.2019 tarihli ve 58 sayılı Aylin KANAT'ın tez başlığı değişikliği konulu yazısı görüşüldü.

Enstitümüz Psikoloji Ana Bilim Dalı Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı 159040006 numaralı öğrencisi Aylin KANAT'ın, 22.07.2019 tarihinde yapılan tez savunma sınavında, tez başlığının savunma sınavı jüri üyelerinin önerisi üzerine **"Çocuklar İçin (10-14 Yaş Grubu) Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendini Değerlendirme Ölçeği Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması"** olarak değiştirilmesine, danışmanına duyurulmak üzere konunun Ana Bilim Dalı Başkanlığına ve adı geçen öğrencinin e-posta adresine bildirilmesine oy birliğiyle karar verildi.

Paraf : Eda KILIÇKAYA(SBEM,Memur), Nazmiye GÖKÇEL(SBEM,Enstitü Sekreteri)

Bahçelievler Mahallesi 1839 Sk. No: 15, 33140 Yenişehir / MERSİN  
Telefon: 0324 325 33 00 – Dahili: 4508 FCT: 0530 290 96 95 – 0530 290 96 99 Fax: 0324 325 33 01  
E-posta: [nazmiye.gokcel@toros.edu.tr](mailto:nazmiye.gokcel@toros.edu.tr) Elektronik Ağ: [www.toros.edu.tr](http://www.toros.edu.tr)



2418739586

Bu belge 5070 sayılı kanuna göre elektronik imzalıdır. Belgeyi doğrulamak istiyorsanız ebys@toros.edu.tr adresine e-posta gönderebilirsiniz.(This document has been signed electronically.)



**T.C.**  
**TOROS ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**İNTİHAL PROGRAMI RAPORU**

PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Tarih: 08/08/2019

Tez Başlığı:  
Çocuklar İçin (10-14 Yaş Grubu) Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendini Değerlendirme Ölçeği Güvenirlilik ve Geçerlilik Çalışması

Yukarıda başlığı gösterilen tez çalışmamın;

- a) Giriş,
- b) Ana bölümler ve
- c) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 96 sayfalık kısmına ilişkin, 08/08/2019 tarihinde enstitü tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 16'dır.

Uygulanan filtrelemeler:



- 1- Kaynakça hariç
- 2- Alıntılar hariç
- 3- Benzer kelime sayısı 10 adet

yapıldığında en fazla %10,



- 1- Kaynakça hariç
  - 2- Alıntılar dahil
  - 3- Benzer kelime sayısı 10 adet
- yapıldığında en fazla %30'u geçmemelidir.

Tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Yukarıda belirtilen başlıkta danışmanımla birlikte tamamlamış olduğum tezimin fikir/araştırma sorusu, yöntem, bulgular ve tartışma kısımları özgün olup kısmen veya tamamen diğer çalışmalardan alınan kısımlar olduğu durumlarda kaynak belirtilmesine dikkat edilmiştir. Tezimin, tez yazım kurallarına uygun olarak ve intihal olmaksızın hazırladığımı taahhüt eder; intihal olması durumunda tez çalışmamın başarısız sayılacağı ve mezuniyetimin iptalini kabul ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı

: Aylin KANAT

İmzası

: ..... Tarih: 08/08/2019

Yukarıda kişisel ve tez bilgileri verilen öğrencimin belirtilen başlıkta birlikte tamamlamış olduğumuz tez çalışması Turnitin intihal yazılım programında kontrol edilmiş ve etik bir ihlale rastlanmamıştır. İntihal yazılım programının rapor çıktısı ektedir. Ayrıca tezin fikir/araştırma sorusu, yöntem, bulgular ve tartışma kısımları özgün olup kısmen veya tamamen diğer çalışmalardan alınan kısımlar olduğu durumlarda kaynak belirtilmesine dikkat edilmiştir.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Danışmanın Unvanı-Adı-Soyadı: Dr.Öğr.Üyesi Fatma Sema GÜRKAN

İmzası

: ..... Tarih: 08/08/2019

Ek: İntihal yazılım programının rapor çıktısı (2 sayfa)

ÇOCUKLAR İÇİN (10-14 YAŞ  
GRUBU) DEHB KENDİNİ  
DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ  
GÜVENİRLİK VE GEÇERLİLİK  
ÇALIŞMASI

*Yazar Ayli n Kanat*

Gönderim Tarihi: 01- Tem- 2019 09:09AM (UTC+0300)

Gönderim Numarası: 1148347907

Dosya adı: (441.84K)

Kelime sayısı: 18923

Karakter sayısı: 131229



# ÇOCUKLAR İÇİN (10-14 YAŞ GRUBU) DEHB KENDİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ GÜVENİRLİK VE GEÇERLİLİK ÇALIŞMASI

ORIJINALLIK RAPORU

% **16**

BENZERLİK ENDEKSİ

% **17**

İNTERNET KAYNAKLARI

% **7**

YAYINLAR

% **4**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

**1**

[acikerisim.isikun.edu.tr:8080](http://acikerisim.isikun.edu.tr:8080)

İnternet Kaynağı

% **9**

**2**

[issuu.com](http://issuu.com)

İnternet Kaynağı

% **2**

**3**

[dergipark.ulakbim.gov.tr](http://dergipark.ulakbim.gov.tr)

İnternet Kaynağı

% **1**

**4**

[jss.gantep.edu.tr](http://jss.gantep.edu.tr)

İnternet Kaynağı

% **1**

**5**

[acikerisim.ticaret.edu.tr](http://acikerisim.ticaret.edu.tr)

İnternet Kaynağı

% **1**

**6**

[www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080](http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080)

İnternet Kaynağı

% **1**

**7**

[egitimvebilim.ted.org.tr](http://egitimvebilim.ted.org.tr)

İnternet Kaynağı

% **1**

**8**

[www.gridanismanlik.com](http://www.gridanismanlik.com)

İnternet Kaynağı

% **1**



Alıntıları çıkart

Kapat

Eşleşmeleri çıkar

< %1

Bibliyograf yayı Çıkart

Üzerinde