

Mevcut Semptomlar Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

Ayşe Ayçiçeği Dinn¹

¹Doç.Dr., İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü, Deneysel Psikoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

ÖZET

Amaç: Mevcut Semptomlar Ölçeği'nin 17-24 yaş grubu için normatif verileri, Ayçiçeği ve ark. tarafından 2003 yılında sunulmuştur. Çalışma 1'in amacı; 1) Mevcut Semptomlar Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği ile ilgili daha kapsamlı bilgiler elde etmek, 2) Genişletilmiş Kısa Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme formunda yer alan Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunu ölçen alt ölçeği ile Mevcut Semptomlar Ölçeğini birlikte vererek MSÖ'nün geçerliliğini saptamaktır. Çalışma 2'nin amacı ise, bu testin değişik yaş ve eğitim düzeyleri için normatif verilerini sunmaktır. **Yöntem:** Çalışma 1'de, Mevcut Semptomlar Ölçeği 1000 üniversite öğrencisine uygulanmış ve bu öğrencilerin 151 tanesine test tekrar verilerle test-tekrar test güvenilirliğine bakılmıştır. Genişletilmiş Kısa Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme'nin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu alt ölçeği 1000 öğrencinin 926'sı tarafından doldurulmuştur. Çalışma 2'de ise, normal örneklemede farklı yaş ve eğitim düzeylerinde olan 1903 kişiye Mevcut Semptomlar Ölçeği uygulanmıştır. **Bulgular:** Alfa ve güvenilirlik değerleri anlamlı olup Genişletilmiş Kısa Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme'nin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu alt ölçeği ve Mevcut Semptomlar Ölçeği arasındaki korelasyonlar oldukça yüksektir. Çalışma 1 ve 2'de varimax rotasyonlu temel bileşen faktör analizi sonuçları beklenildiği gibi iki faktörlü yapıyı desteklemiştir. Hiperaktivite alt ölçeğine ait olan 6. ve 8. sorular bu faktöre yüklenmediği için çıkarılmıştır. **Sonuç:** Veriler, Mevcut Semptomlar Ölçeği'nin geçerli ve güvenilir bir test olduğunu göstermektedir.

Anahtar Sözcükler: Mevcut Semptomlar Ölçeği, yetişkin dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu, Türk normları, geçerlik, güvenilirlik.

(*Klinik Psikiyatri 2007;10:201-215*)

SUMMARY

The Current Symptoms Scale: Validity and Reliability Study

Objective: 17-24 age group normative data for the Current Symptoms Scale were presented in Ayçiçeği et al. (2003). The research objectives of the study 1 are: 1) to have more detail information for validity and reliability; 2) to further establish the validity of the Turkish version by comparing the Current Symptoms Scale to an established measure of Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder, the Mini International Neuropsychiatric Interview and of the study 2 is to present norm data for community population. **Method:** In study 1, 1000 university students completed the Current Symptoms Scale. In addition, the Current Symptoms Scale was administered to a subset of students (n = 151) to determine test-retest reliability. Also, we administered the Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder Module of the Mini International Neuropsychiatric Interview and the Current Symptoms Scale to a subset of the original 1000 students (n = 926). In study 2, Current Symptoms Scale was administered to general community subjects (n= 1903) of differing age and educational backgrounds. **Results:** Alpha and reliability values are significant and performance on the Current Symptoms Scale and the Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder module correlated significantly. In addition, in both studies, principal components factor analyses with varimax rotation were carried out. As expected, analyses revealed a two-factor solution; however, questions 6 and 8 did not load on the hyperactivity factor and they were deleted. **Conclusion:** These results suggested that the Current Symptoms Scale is a valid and a reliable measure.

Key Words: Current Symptoms Scale, adult attention-deficit/hyperactivity disorder, Turkish norm, validity, reliability.

GİRİŞ

Mevcut semptomlar ölçeği (MSÖ), DSM-IV kriterine göre (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994) yetişkinlerde dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı verilmek üzere hazırlanmış bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Bu makalede sunulan iki çalışma, MSÖ testinin geçerliliği ve güvenilirliğini tespit etmeye, Türk araştırmacılarının ve klinikçilerinin kullanabileceği hale getirilmesine yöneliktir. DEHB %3 ila %7 oranında okul çağındaki çocukları etkileyen oldukça yaygın bir gelişimsel bozukluk olup (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994, Harpaz-Rotem ve Rosenheck 2004, Mandell ve ark. 2005) DEHB tedavisi için Amerika'da 2000 yılında 31.6 milyar dolar harcanmıştır (Birnbaum ve ark. 2005). Son yıllarda elde edilen veriler, çocuklukta görülen bu semptomların yetişkinlikte de devam ettiğini (Biederman 1991, Mannuzza ve ark. 1993, Mannuzza ve ark. 1991, Weiss ve Hechtman 1993) ve klinisyenlerin yetişkinlere de DEHB teşhisi koyduklarını (Hallowell ve Ratey 1994) göstermektedir. Boylamsal çalışmalar da, çocukluk çağındaki DEHB semptomlarının ergenlik ve erişkinlikte de kalıcı olabildiğini göstermektedir (Barkley 1990, Barkley ve ark. 2002, Mannuzza ve ark. 1993, Weiss ve Hechtman 1993, Weiss ve ark. 1985). Yetişkinlikte DEHB tanısı konulanların bir kısmı, çocukluk dönemlerinde doğru tanı konulmadığı için bu tanıyı ilk defa yetişkinlik döneminde almışlardır.

Erişkinde DEHB tanısı koymak için, öncelikle şimdiki hastalık kriterlerinin çocuklukta geldiğinin kanıtlanması, çocukluk çağı ve şimdiki davranışlarının tam olarak değerlendirilmesini gerekmektedir (Murphy ve Schachar 2000). Barkley ve Biederman (1997) bu bozukluğun başlangıcının ergenlik dönemine kadar devam edebileceğini bildirmektedir.

Yetişkinlerde görülen DEHB'nin nörobilişsel ve klinik özellikleri; dikkatte yetersizlikler, dikkatin çabucak dağılması, dürtüsellik, çalışma belleğinde bozulma, yürütücü işlevlerde yetersizlikler (yani planlamada zorluk ve sonuçların kabul edilmesinde güçlük), dizinhibisyon ve davranışsal kontrolünün olmaması şeklindedir (Dinn ve ark. 2001, Mahone ve ark. 2002, Wender 1995). DEHB'lilerin, frontal bölge işlevlerine duyarlı nöropsikolojik test performanslarını inceleyen çok sayıda meta analizler ve

derlemeler, bu kişilerin kontrollere kıyasla düşük performans sergilediklerini göstermiştir (Corbett ve Stanczak 1999, Dinn ve ark. 2000, Downey ve ark. 1997, Frazier ve ark. 2004, Hendren ve ark. 2000, Hervey ve ark. 2004, Houghton ve ark. 1999, Kovner ve ark. 1998, Lovejoy ve ark. 1999, Lufi ve ark. 1990, Nigg ve ark. 2002, Seidman ve ark. 1998, Tannock 1998, Öncü ve Ölmez 2004).

DEHB'nin erişkinlik döneminde başka bir psikiyatrik bozukluk olmaksızın tek başına görülme oranı %23-40 arasındadır (Biederman ve ark. 1993). DEHB hayatın her döneminde oldukça yüksek oranda diğer psikiyatrik bozukluklarla bir arada görülür. Yetişkinlik döneminde DEHB tanısı almış hastaların %65-89'u duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, madde kullanımı ve kişilik bozuklukları gibi psikiyatrik bozuklukların bir veya daha fazlasını sergilenir (Sobanski 2006). Örneğin, DEHB ve eştanı üzerine yapılan çalışmalar, DEHB olanların erişkin dönemde %34 oranında alkol kullanım bozuklukları, %9-30 oranında madde kullanım bozuklukları (Biederman ve ark. 1993) gösterdiklerini bildirmiştir. Alkoliklerle yapılan çalışmalardan elde edilen verilerde, alkoliklerde hiperaktivite bozukluğu görüldüğünden bahsedilir (DeObaldia ve ark. 1983, Tarter 1982, Wood ve ark. 1983). Bununla birlikte, Barkley ve ark. (1998) DEHB'nin antisosyal kişilik bozukluğu (%12-27) başta olmak üzere, pasif-agresif kişilik bozukluğu (%18), sınır kişilik bozukluğu (%14), histrionik kişilik bozukluğu (%11) ve kaçınan kişilik bozukluğu (%11) ile eştanlı olduğunu bildirmişlerdir. Wender'e göre, çocuklarda karşı gelme bozukluğu tek başına nadiren görülüp genellikle DEHB ile birlikte görülmekte (Wender 1995) ve bu bozukluk yetişkinlikte antisosyal kişilik bozukluğu olarak görülmeye devam etmektedir (Huessy ve ark. 1973, Gittelman ve ark. 1985). DEHB'nin Çoklu-Modal Tedavi Çalışması adlı araştırmada ise çalışmaya katılan grubun %32'sinin sadece DEHB bozukluğu, %29'unun DEHB ve karşı gelme ve/veya davranış bozukluğu, %14'ünün DEHB ve anksiyete veya depresyon, %25'inin ise her üç bozukluğu bir arada taşıdıklarını göstermiştir (Donnelly ve ark. 2006). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, DEHB olanların kendilerinde ve ailelerinde diğer psikiyatrik hastalıkların bulunma oranının kontrollere göre daha fazla olduğu ve DEHB belirtilerinin şiddeti

artıkça eştanının da çoğaldığı bulunmuştur (Biçer 2004).

Kısacası, DEHB olan kişilerde anksiyete ve duygu durum bozukluğu, maddenin kötüye kullanımı gibi Eksen-I'deki psikiyatrik bozukluklar ve antisosyal kişilik bozukluğu gibi Eksen-II'deki kişilik bozuklukları ya da öğrenme güçlüğü ile eştanlılık gösterir (Biederman 1991, Downey ve ark. 1997, Shekim ve ark. 1990, Wender 1995).

Yetişkin DEHB, yukarıda bahsedilen çeşitli bozukluklarla bir arada görüldüğünden ve dikkat, yürütücü işlev ve dürtü kontrolünde zorlukları kapsayan tedaviler bu psikiyatrik semptomların görülmesini azalttığından, psikiyatrik ortamlarda yetişkinlerde DEHB'nin olup olmadığının taranması tedavi açısından yararlı olabilir. Bu nedenle, yetişkinlikte DEHB'nin teşhisine yardımcı olacak tarama ölçüm araçlarının geliştirilmesi oldukça önemlidir. Türkiye'de Erişkin DEHB'sini ölçmeye yönelik Turgay (1995) tarafından geliştirilmiş "Erişkin DEHB Ölçeği" (Günay ve ark. 2006), Öncü ve ark.'nın (2005) Türkçe'ye uyarladığı "Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği" ve Ayçiçeği ve ark.'nın (2003) Türkçe'ye uyarladığı Barkley ve Murphy'nin geliştirdiği (1998) MSÖ bulunmaktadır. Ayçiçeği ve ark. (2003) 181 Türk ve 114 Amerikalı öğrenciye MSÖ'ni uygulayarak cronbach alfa, test tekrar test değerlerini ve alt ölçekler arasındaki korelasyonlarını sunmuş olup her iki populasyonun da benzer değerler aldığını göstermişlerdir. Bu makalede ise MSÖ'nün geçerlilik ve güvenilirliği ile ilgili daha kapsamlı bilgiler verilmesi ve bu testin farklı yaş ve eğitim grupları için normlarının sunulması hedeflenmiştir.

Çalışma 1'in amaçlarından biri, MSÖ'yi daha geniş bir öğrenci grubuna uygulamak ve bu gruptaki öğrencilerden bir kısmına 1 ay arayla bu testi tekrar vererek 2003 yılında ki verileri (Ayçiçeği ve ark. 2003) yineleyip testin güvenilirliği ile ilgili daha detaylı bilgi edinmektir. 2003 yılındaki çalışmadan farklı olarak, Genişletilmiş Kısa Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme (GKUNG) olarak bilinen testin alt ölçeklerden biri olan DEHB'yi ölçen sorulardan hazırlanmış bir testle MSÖ birlikte verilerek ve testin faktör analizi yapılarak MSÖ Türkçe formunun geçerliliği incelenmiştir. Bunun yanı sıra MSÖ, yetişkinlik dönemiyle ilgili bir test olmasına rağmen bu çalışmada GKUNG'nin yetişkinlikte ve

çocukluk dönemindeki DEHB ölçen alt ölçeği öğrencilere verip çocukluk dönemindeki DEHB incelenerek çocukluk ve yetişkinlik DEHB arasındaki bağlantı da irdelenmiştir. Kısacası Çalışma 1 de, bu testin geçerliğini ve güvenilirliğini daha geniş bir örneklem ve yeni bir testle yeniden irdelenmiştir.

Çalışma 2'nin amacı ise, MSÖ'nün geçerliliğini ve güvenilirliğini toplum örneklemeyle test etme ve değişik yaş ve eğitim grupları için bu testin normlarını sunmaktır.

ÇALIŞMA 1

GEREÇ VE YÖNTEM

Katılımcılar

Bu çalışmaya katılanlar, İstanbul'da bulunan çeşitli üniversitelerde okuyan gönüllü öğrencilerden oluşmaktadır. Çalışmaya, 543'ü kadın 457'si erkek olmak üzere toplam 1000 öğrenci katılmıştır. Yaş ranji 17-29 arasında olup ($X+S=19.3+1.7$), katılımcıların eğitim yılı ortalaması 13,3 yıldır ($S=0.7$). Erkek katılımcıların yaşları 17-29 arasındadır ($X+S=19.5+1.9$). Eğitim yılı ortalaması 13.3 yıldır ($S=0.6$, ranj=13-16). Bu ölçeği dolduran kadın katılımcıların yaş ranji 17-29 yıldır ($X+S=19.1+1.5$). Kadın öğrencilerin eğitim yılı ortalaması ise 13.4 yıldır ($S=0.7$, ranj=13-16).

MSÖ, 1000 kişilik öğrenci grubundan 151 öğrenciye (88 Kadın, 63 Erkek) 1 ay arayla verilerek, testin test-tekrar test güvenilirliği incelenmiştir. Bu gruptaki kadınların yaş ortalaması 19.4 ($S=1.5$), erkeklerin ise 19.5'dir ($S=2.2$). Bu öğrencilerin genel yaş ortalaması 19.4 ($S=1.8$) (ranji=17-26), genel eğitim yılı ortalaması ise 13.3'tür ($S=.70$).

Bu çalışmada GKUNG'da yer alan DEHB alt ölçeği, Çalışma 1'deki 1000 öğrencinin 926 tanesine (519 kadın, 407 erkek) MSÖ ile birlikte verilmiştir. Kadın katılımcıların yaş ortalaması 19.1 ($S=1.5$), eğitim yılı ortalaması ise 13.4 yıldır ($S=0.7$). Erkeklerin yaş ortalaması 19.7 ($S=1.9$) olup eğitim ortalaması ise 13.3'tür ($S=0.7$). Öğrencilerin genel yaş ortalaması 19.4 ($S=1.7$) (ranji= 17-29), eğitim düzeyi ise 13.3 yıldır ($S=0.7$).

MSÖ, DSM-IV kriterine göre (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994) yetişkinlerde DEHB tanısı verilmek

üzere hazırlanmış 18 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Bu ölçek, DSM-IV kriterine göre; 1) DEHB hiperaktivite-dürtüsel baskın tip (HD); 2) DEHB dikkat eksikliği baskın tip (DE) ve 3) DEHB bileşik tip (B) tanısı konulmak üzere hazırlanmış bir tarama ölçeğidir. Bu ölçekte, kişilerden son 6 aydaki davranışlarına konsantre olmaları ve 4 şıklı ölçekte (0= Nadir veya hiç; 1=Bazen; 2=Sık sık; 3=Hemen hemen her zaman) davranışlarını en iyi tanımlayan seçeneği işaretlemeleri istenir. Ölçekte, DSM-IV kriterine göre (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994) klinik tanı verilmek istendiğinde, semptomlardan sadece sık sık veya hemen hemen her zaman görüldüğü şıklarını işaretleyenlere 1 puan verilerek üç alt tipte toplam puanlar elde edilmektedir.

Bu çalışmada aynı zamanda, önceden yapılandırılmış ve Türkiye'de kullanılan Örnek ve Keskiner (1998) tarafından Türkçe'ye kazandırılmış olan GKUNG (Genişletilmiş Kısa Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme) içerisinde yer alan Dikkat-Hiperaktivite Eksikliği çocukluk (GKUNG-çocuk) ve yetişkinlik dönemi (GKUNG-erişkin) alt ölçeği görüşme formu, denegın kendi dolduracağı şekle getirilerek katılımcılara verilmiştir. GKUNG, duygu ve anksiyete bozukluklarını içeren temel psikiyatrik hastalıkların DSM-IV ve ICD-10 diagnostik kriterlerini yansıtan yapılandırılmış psikiyatrik bir görüşmedir (Sheehan ve ark. 1998). GKUNG'daki DEHB bozukluğu alt ölçeği, denegın kendinin kolayca doldurabileceği 24 tane ikili likert tipi ölçekli sorudan ibarettir. Bu soruların 10 tanesi çocukluk dönemindeki, 14 tanesi ise yetişkinlikteki dikkat ve hiperaktivite bozukluğunu tespiti yöneliktir. Sorulara verilen evet cevapları 1 puan almakta ve testten çocukluk ve erişkinlik toplam puanları elde edilmektedir.

Uygulama

Bu çalışmada elde edilen veriler, yazarın kendisi ve testi vermek üzere eğitilmiş öğrenciler tarafından yazarın kontrolü altında İstanbul'daki üniversitelerde okuyan öğrencilerden toplanmıştır. Uygulama, bazen grup olarak bazen de sessiz bir yerde öğrencilerin testi doldurması ve anketöre teslim etmesi şeklinde yapılmıştır. MSÖ, bu çalışmadaki 151 öğrenciye 1 ay sonra tekrar uygulan-

mıştır. Bu makalede sunulan veriler 2005-2006 yıllarında toplanmıştır.

İstatistiksel Analiz

MSÖ puanları normal dağılmayıp kayışlı (skewed) dağılım gösterdiği için, Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Geçerlilik çalışması için faktör analizi, ortalama, standart sapma puanları ve korelasyon analizleri yapılmıştır. Elde edilen verilerin güvenilirliğinin tespit edilmesi içinse, MSÖ ve alt ölçeklerinin cronbach alfa katsayıları ve test-tekrar test güvenilirliğinin tespiti için ise Pearson korelasyon katsayıları hesaplanmıştır.

BULGULAR

MSÖ'den elde edilen verilerin cinsiyete bağlı bir farklılaşma gösterip göstermediği incelendiğinde, elde edilen veriler üç alt tipte de cinsiyet farkı olduğunu göstermektedir (DE, $Z = -3.11, p < .002$; HD, $Z = -2.5, p < .01$; B, $Z = -3.6, p < .001$). Bütün alt ölçeklerde, erkeklerin puanları kadınların puanından daha yüksektir.

Geçerlik Çalışması

a) Faktör Geçerliği. Bu ölçeğin maddelerine SPSS programı kullanılarak temel bileşenler analizi uygulanmıştır. Testin orijinalinde alt ölçekler hiperaktivite ve dikkatsizlik gibi farklı özellikleri ölçmek üzere hazırlandığı için faktör analizinde varimaks rotasyonu tercih edilmiştir. Testten elde edilen puanlarla üç alt tipe özgü 3 farklı puan elde edilmesine rağmen B alt tipi DE ve HD alt tiplerinin toplamı olduğu için faktör analizinde 2 faktörlü bir yapının çıkması beklenilmiştir. Faktör sayısının belirlenmesinde kullanılan tekniklerden biri olan öz değerlerin grafik dağılımı da 2 faktör yapısını desteklemiştir. Aiken'e göre (1994) bir maddenin en düşük korelasyon değerinin en az .20 olması gerektiği belirtildiğinden bu çalışmada kesim noktası .20 olarak alınmıştır. Orijinal test ile karşılaştırıldığında sadece 6 ve 8. sorular hiperaktivite alt ölçeğine yüklenmek yerine dikkatsizlik alt ölçeğine yüklenmesinin dışında diğer sorular orijinal ölçekle aynı şekilde yüklenmiştir (Tablo 1). Altıncı ve 8. sorular yüklendiği dikkat eksikliğini ölçmeye yönelik olmadığı için bu alt ölçeğe eklene-meyeceğinden bu sorular testin Türkçe versiyonun-

Tablo 1. Mevcut semptomlar ölçeğinin orijinalindeki bütün sorularının kullanıldığı Çalışma 1 (Öğrenci örnekleme), Çalışma 2 (Toplum örnekleme) ve her çalışmadaki toplam verilerin varimax rotasyonu sonrası faktör örüntüsü

Çalışma 1:		Öğrenci Örnekleme		Çalışma 2: Toplum		Örnekleme		Bütün		Katılımcılar (n=2903)		6. ve 8. itemler çıkarılarak			
Bütün	Dikkat-	6. ve 8. itemler	Dikkat-	Bütün	Dikkat-	6. ve 8. itemler	Dikkat-	Bütün	Orjinal	Dikkat-	Bütün	Dikkat-	6. ve 8. itemler		
Dikkat-	Hiper-	itemlerle	Hiper-	Dikkat-	Hiper-	itemlerle	Hiper-	Orjinal	Testteki	Dikkat-	Orjinal	Dikkat-	itemlerle		
sizlik	aktivite	sizlik	aktivite	sizlik	aktivite	sizlik	aktivite	Testteki	Soru Numaraları	sizlik	Testteki	sizlik	aktivite		
Soru numaraları	Soru numaraları	Soru Numaraları	Soru Numaraları	Soru Numaraları	Soru Numaraları	Soru Numaraları	Soru Numaraları	Soru Numaraları	Soru Numaraları	Soru Numaraları	Soru Numaraları	Soru Numaraları	Soru Numaraları		
Soru1	0.51	0.16	0.55	0.13	0.13	0.38	0.24	0.5	0.12	0.12	Soru1	0.47	0.19	0.55	0.12
Soru2	0.32	0.52	0.3	0.52	0.13	0.33	0.42	0.35	0.37	0.37	Soru2	0.34	0.47	0.33	0.46
Soru3	0.62	0.18	0.66	0.13	0.50	0.50	0.29	0.59	0.19	0.19	Soru3	0.57	0.23	0.64	0.16
Soru4	0.11	0.49	0.1	0.51	0.17	0.36	0.36	0.23	0.32	0.32	Soru4	0.13	0.43	0.13	0.45
Soru5	0.25	0.11	0.25	0.11	0.29	0.29	0.03	0.33	-0.03	-0.03	Soru5	0.25	0.6	0.24	0.74
Soru6	0.50	0.20	0.20	0.13	0.48	0.48	0.23	0.5	-0.06	-0.06	Soru6	0.51	0.2	0.24	0.74
Soru7	0.53	0.14	0.54	0.13	0.44	0.44	0.01	0.5	-0.06	-0.06	Soru7	0.49	0.07	0.51	0.05
Soru8	0.46	-0.20	-0.20	0.13	0.56	0.56	-0.18	0.5	-0.04	-0.04	Soru8	0.5	-0.21	0.51	0.05
Soru9	0.53	-0.07	0.51	-0.05	0.60	0.60	-0.09	0.54	-0.04	-0.04	Soru9	0.57	-0.09	0.52	-0.04
Soru10	-0.13	0.57	-0.13	0.58	0.03	0.03	0.36	0.08	0.34	0.34	Soru10	-0.05	0.49	-0.05	0.51
Soru11	0.45	0.03	0.45	0.03	0.39	0.39	0.10	0.38	0.11	0.11	Soru11	0.4	0.04	0.39	0.06
Soru12	-0.08	0.61	-0.08	0.62	-0.10	-0.10	0.61	-0.11	0.65	0.65	Soru12	-0.06	0.62	-0.06	0.64
Soru13	0.48	0.04	0.51	0.02	0.24	0.24	0.23	0.32	0.18	0.18	Soru13	0.37	0.12	0.42	0.09
Soru14	0.18	0.56	0.2	0.56	0.10	0.10	0.63	0.11	0.66	0.66	Soru14	0.16	0.59	0.17	0.6
Soru15	0.57	0.24	0.59	0.23	0.50	0.50	0.30	0.52	0.28	0.28	Soru15	0.55	0.26	0.58	0.24
Soru16	0.17	0.58	0.18	0.59	0.29	0.29	0.43	0.28	0.46	0.46	Soru16	0.24	0.48	0.24	0.51
Soru17	0.57	0.13	0.6	0.1	0.44	0.44	0.18	0.45	0.15	0.15	Soru17	0.51	0.12	0.56	0.08
Soru18	0.21	0.49	0.24	0.47	-0.01	-0.01	0.58	-0.23	0.61	0.61	Soru18	0.11	0.52	0.12	0.51
Özdeğer	3.05	2.33	2.77	2.25	2.47	2.47	2.13	2.25	2	2	Özdeğer	2.77	2.16	2.5	2.1
Açıklanan	16.94	12.93	17.34	14.06	13.74	13.74	11.90	14.04	12.49	12.49	Açıklanan	15.41	12	15.6	13
varyans					varyans	varyans					varyans				

Tablo 2. Öğrenci grubu için MSÖ ve GKUNG ölçeklerinden elde edilen ortalama puanlar, standart sapma değerleri ve yüzdeleri

Ölçekler ve Alt Tipleri:	GENEL				KADIN				ERKEK			
	Ort.	SS.	1.5 SS	%	Ort.	SS.	1.5 SS	%	Ort.	SS.	1.5 SS	%
MSÖ: (n = 1000)												
Dikkat Eksikliği (DE)												
Baskın Tipi	1.51	1.76	4.0	14.0	1.37	1.71	4.0	13.8	1.67	1.81	4.0	14.2
Hiperaktivite-Dürtüsel												
(HD) Baskın Tipi	1.78	1.66	4.0	15.7	1.69	1.68	4.0	15.3	1.89	1.64	4.0	16.3
Bileşik Tip	3.29	2.81	8.0	13.1	3.06	2.84	7.0	12.8	3.56	2.75	8.0	8.5
GKUNG: (n = 926)												
Çocuk	3.54	2.29	7.0	10.5	3.13	2.14	6.0	13.2	4.05	2.36	8.0	8.1
Erişkin	5.16	3.06	10.0	8.9	4.97	2.99	9.0	12.9	5.40	3.13	10.0	9.6
Toplam	8.69	4.67	16.0	8.9	8.10	4.51	15.0	8.8	9.44	4.76	17.0	7.5

dan çıkarılmıştır. Bu makaledeki bütün istatistiksel işlemler bu maddeler çıkarılmış şekilde yapılmıştır. Sadece Tablo 1'de 6 ve 8. soruları da kapsayan faktör analizi sonuçları bu sorular çıkarılarak yapılan sonuçlarla yan yana sunulmuştur.

b) Hem zaman ya da Eş zamanlı Geçerlilik. Bu çalışmada GKUNG'da yer alan DEHB'yi ölçmeye yönelik alt ölçek, MSÖ ile birlikte Çalışma 1'e katılmış 926 öğrenciye verilerek hem zaman ya da eş zamanlı geçerlilik tespit edilmiştir.

Barkley ve Murphy (1998), ortalama puanlardan 1.5 standart sapma değerlerinin tanı koymada kriter olarak kullanılması gerektiğini söylediğinden sunulan tablolarda MSÖ için 1.5 standart sapma değerleri de verilmiştir. Tablo 2'de öğrenci örnekleminin MSÖ ve GKUNG`dan elde ettiği ortalama puanlar ve standart sapmaları sunulmuştur.

MSÖ, GKUNG değişkenlerinin korelasyonuna bakıldığında, MSÖ ile GKUNG erişkin alt ölçeği arasında genel öğrenci örneklemini ve erkek öğrencilerden elde edilen korelasyon katsayısı .59 olup kadınlardan elde edilen katsayı ise .58'dir. Aynı zamanda GKUNG erişkin ve GKUNG çocuk alt ölçekleri arasındaki korelasyonun toplam örneklemin için .51, kadın katılımcılar için .53, erkekler

içinse .49'dur. GKUNG-erişkin puanları, GKUNG-çocuğa kıyasla, MSÖ-DE, MSÖ-HD ve MSÖ-B ile göreceli olarak daha yüksek korelasyonlar göstermiştir (Tablo 3).

MSÖ'nün alt ölçekleri arasındaki korelasyon incelendiğinde ise, alt tipler arasında .001 düzeyinde anlamlı korelasyon değerleri bulunmuştur (DE ve HD alt ölçeği genel $r=.35$ (kadın, $r=.41$ -erkek, $r=.27$); DEHB-DE ve DEHB-B genel $r=.83$ (kadın $r=.84$ -erkek $r=.82$); DEHB-HD ve DEHB-B genel $r=.81$ (kadın $r=.84$ -erkek $r=.78$) (Tablo 3).

Güvenirlilik Çalışması

a) İç tutarlılık. Öğrenci örnekleminde elde edilen verilerle ölçeğin cronbach alfa değerleri incelendiğinde; sırasıyla, .70, .64 ve .74 (DE, HD, B) olarak bulunmuştur (Tablo 4).

b) Test-tekrar test güvenilirliği. Ölçeğin 1 ay arayla uygulanmasıyla elde edilen test-tekrar test güvenilirlik katsayısı DE için .77, HD için .77, B için ise .83'tür (Tablo 5).

TARTIŞMA

Bu çalışmada, MSÖ'nün geçerliliğinin, güvenilir-

Tablo 3. Türk örnekleme (n = 926): GKUNG ile MSÖ altölçek puanları arasındaki korelasyonlar (kadın örnekleme (n = 519), Erkek Örnekleme (n = 407))

	MSÖ-DE			MSÖ-HD			MSÖ-B			GKUNG Çocuk		
	Genel	Kadın	Erkek	Genel	Kadın	Erkek	Genel	Kadın	Erkek	Genel	Kadın	Erkek
MSÖ-DE	1.00	1.00	1.00									
MSÖ-HD	.35**	.41**	.27**	1.00	1.00	1.00						
MSÖ-B	.83**	.84**	.82**	.81**	.84**	.78**	1.00	1.00	1.00			
GKUNG Çocuk	.34**	.37**	.30**	.38**	.39**	.35**	.44**	.45**	.40**	1.00	1.00	1.00
GKUNG Erişkin	.55**	.56**	.54**	.41**	.41**	.40**	.59**	.58**	.59**	.51**	.53**	.49**

** .001

Tablo 4. Türkiye’de 2003 ve 2005-2006 yıllarında gerçekleştirilen MSÖ ölçeğinin dikkat eksikliği (DE) ve hiperaktivite-dürtüsellik (HD) alt ölçeklerinin ve bileşik ölçeğin cronbach alfa değerleri

	TÜRKİYE			TÜRKİYE	AMERİKA
	Cronbach alfa			Cronbach alfa	
	2005-2006 yılı			2003 yılı	2003 yılı
MSÖ Ölçeği & Alt Tipleri: n= 1000*		n= 1903**	Toplam n=2903	n= 181+	n= 114+
DE	.70	.59	.64	.72	.65
HD	.64	.55	.59	.65	.63
Bileşik	.74	.68	.71	.78	.75

* = Çalışma 1: Üniversite popülasyonu, ** = Çalışma 2: Toplum örnekleme

+ = Bu veriler karşılaştırma yapmak amacıyla Ayçiçeği, Dinn, Harris'in 2003 yılında yayınlanan makalesinden alınan 17-24 yaş grubundan elde edilen verilerdir.

liğin ve değişik yaş ve eğitim düzeyleri için normlarının tespit edilmesi amaçlanmış ve MSÖ'nün güvenilirliğine ilişkin ölçeğin iç tutarlılığı, test-tekrar test güvenilirlik katsayıları hesaplanmıştır. Güvenilirlikle ilgili veriler incelendiğinde, öğrenci örnekleminde 2003 yılında (Ayçiçeği ve ark. 2003) ve bu çalışmadan elde edilen cronbach alfa değerleri ile test-tekrar test sonuçlarının birbirine oldukça yakın olduğu dikkat çekmektedir (Tablo 4 ve Tablo 5). Çalışma 1'deki verilerle Barkley'in (1998) verileri karşılaştırıldığında ise 17-29 yaşta Türkiye ve Amerikan örnekleminin ortalamalarının birbirine oldukça yakın olduğu görülür.

GKUNG erişkin ve GKUNG çocuk alt ölçekleri arasındaki korelasyonların yüksek olması katılımcıların çocuk dönemlerini değerlendirirken bildirdikleri DEHB semptomlarının yetişkinlik dönemlerinde de devam ettiğini göstermesi açısından ilgi çekicidir.

Ayçiçeği ve ark.'nın 2003 yılında 17-24 yaş grubu üzerinde yaptıkları çalışmada cinsiyet farkı görülmemesine rağmen, bu çalışmada sunulan benzer yaş grubunda ise MSÖ'nün alt ölçeklerinde cinsiyet farkı görülmüş, erkeklerin puanlarının kadınların puanlarından daha yüksek olduğu dikkat çekmiştir. Aslında bu fark literatürle uyumludur.

Tablo 5. Türkiye’de 2003 ve 2005-2006 yıllarında gerçekleştirilen MSÖ ölçeğinin dikkat eksikliği (DE), hiperaktivite-dürtüsellik (HD) ve bileşik alt ölçeklerinin test tekrar test değerleri

	Test-tekrar test	
	2005-2006 yılı	2003 yılı
MSÖ Ölçeği ve Alt Tipleri:	n= 151*	n= 96+
DE	.77	.78
HD	.77	.68
Bileşik	.83	.82

*= Çalışma 1: Üniversite Örnekleme

+ = Bu veriler, karşılaştırma yapmak amacıyla Ayçiçeği, Dinn, Harris’in 2003 yılında yayınlanan ve 17-24 yaş grubuna uygulanan çalışmadan alınmıştır.

DSM-IV’e göre DEHB erkeklerde kızlara oranla dört kat daha fazladır (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994). 2003 yılında yapılan çalışma ile bu çalışmadan farklı sonuçlar elde edilmesi birçok nedenden kaynaklanmış olabilir. Bu çalışmada 17-29 yaş grubundaki kadın katılımcıların örneklemin %54.3’ünü, erkek katılımcıların ise % 45.7 oluşturmaları ve bu yüzdelerin 2003 yılındaki çalışmadaki dağılıma (Erkek=%47, Kadın=%53) benzemesi nedeniyle görülen cinsiyet farkı, farklı sayıda erkek ve kadının test edilmesine bağlanamaz. Bu farkın nedeni muhtemelen 2003 yılındaki örneklem sayısının az olmasından (2003 yılı n=181; Bu çalışma n=1000) kaynaklanmış olabilir. Burada üzerinde durulması gereken nokta, istatistiksel olarak çıkan bu farkların tanı koyma açısından düşündüğümüzde önemli olmadığıdır. Yani Tablo 2 incelendiğinde Barkley’in tanı koymada ileri sürdüğü kriter olan 1.5 standart sapma kolonu incelendiğinde bu farkların klinik açıdan önemli farklar olmadığı gözden kaçırılmamalıdır.

Sonuç olarak, Çalışma 1’den elde edilen veriler MSÖ testi Türkçe versiyonunun geçerli ve güvenilir bir test olduğunu göstermiştir. Ayrıca hem bu çalışmadan hem de 2003 yılında yapılan çalışmadan Türkiye’den elde edilen verilerin Amerikan örneklemine benzemesi de kültür ve biyoloji bağlamında psikolojik bozuklukları inceleyen araştırmacıların ilgisini çekeceği umulmaktadır.

ÇALIŞMA 2

Bu çalışmada, MSÖ’nün geçerlilik ve güvenilirliği

toplum örneklemiyle test edilmiş ve değişik yaş ve eğitim gruplarından norm değerleri elde edilmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Katılımcılar

Bu çalışmanın verileri İstanbul’un değişik semtlerinde oturan ve çalışmaya gönüllü olarak katılan kişilerden elde edilmiştir. Katılımcıların bulunmasında kartopu yöntemi uygulanmıştır. Kafa travması geçirme ve/veya herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanma dışlama kriteri olarak kullanılmış ve bu kişilerin verileri çalışmaya dahil edilmemiştir. Bu çalışmada, İstanbul’da yaşayan ve kriterlere uyan 1047’si kadın, 856’sı erkek olmak üzere toplam 1903 kişinin verisi değerlendirilmiştir. Yaş ranji 20-79 arasında olup ($X \pm S = 37.1 \pm 12.2$), katılımcıların eğitim yılı 11.1’dir ($S=4.3$ ranj=5-20). Katılımcılardan 856 tanesi erkek olup yaş ranji 20-79 arasındadır ($X \pm S = 37.0 \pm 12.5$). Eğitim yılı ortalaması ise 11.4’tür ($S=4.3$, ranj=5-20). Katılımcıların 1047 tanesi kadın olup yaş ranji 20-77 yıldır ($X \pm S = 37.1 \pm 12.0$). Eğitim ortalaması, 10.9’dır ($S=4.3$, 5-18). Çalışmada, 5-8 yıl, 10-12 yıl lise ve 13 yıl üstü olmak üzere 3 eğitim düzeyi ele alınmıştır. 5-8 yıllık eğitim içindeki 702 kişinin 472 tanesi (286 kadın, 186 erkek) ilköğretim, 230 (113 kadın, 117 erkek) tanesi ise ortaokul mezunudur. Bu iki grup arasında DEHB semptomları açısından, anlamlı bir farklılaşma bulunmadığı için bu iki grup birleştirilip ilköğretim grubu oluşturulmuştur. Yüksek lisans ve doktora öğrencisi veya bu dere-

Tablo 6. Öğrenci, toplum örnekleme ve bütün katılımcılar için MSÖ'nin her alt ölçeğinin item-total korelasyonları

	Öğrenci Örnekleme (n=1000)				Toplum Örnekleme (n=1903)				Tüm Örnekleme (n=2903)			
	Testin Türkçe Formundaki Numaraları	Düzeltilmiş İtem Total Korelasyonları	Eğer İtem Çıkarılırsa Cronback Alfa Değeri	Testin Türkçe Formundaki Numaraları	Düzeltilmiş İtem Total Korelasyonları	Eğer İtem Çıkarılırsa Cronback Alfa Değeri	Testin Türkçe Formundaki Numaraları	Düzeltilmiş İtem Total Korelasyonları	Eğer İtem Çıkarılırsa Cronback Alfa Değeri			
1	0.37	0.72	0.72	1	0.30	0.67	1	0.34	0.70			
3	0.44	0.71	0.71	3	0.39	0.66	3	0.43	0.69			
5	0.18	0.74	0.74	5	0.16	0.68	5	0.16	0.71			
6	0.36	0.72	0.72	6	0.23	0.67	6	0.30	0.70			
7	0.25	0.73	0.73	7	0.25	0.67	7	0.26	0.70			
9	0.26	0.73	0.73	9	0.25	0.67	9	0.24	0.71			
11	0.29	0.73	0.73	11	0.25	0.67	11	0.27	0.70			
13	0.45	0.71	0.71	13	0.41	0.65	13	0.44	0.68			
15	0.38	0.72	0.72	15	0.29	0.67	15	0.33	0.70			
2	0.43	0.71	0.71	2	0.35	0.66	2	0.40	0.69			
4	0.30	0.73	0.73	4	0.27	0.67	4	0.28	0.70			
8	0.19	0.74	0.74	8	0.19	0.68	8	0.20	0.71			
10	0.25	0.74	0.74	10	0.24	0.67	10	0.26	0.71			
12	0.39	0.72	0.72	12	0.36	0.66	12	0.38	0.69			
14	0.39	0.72	0.72	14	0.36	0.66	14	0.38	0.69			
16	0.36	0.72	0.72	16	0.27	0.67	16	0.30	0.70			

Not: DEHB dikkat eksikliği baskın tip (DE) Soru No: 1, 3, 5, 6, 7, 9, 11, 13, 15.
DEHB hiperaktivite-dürtüsel baskın tip (HD) Soru No: 2, 4, 8, 10, 12, 14, 16.

celeri almış olanlar da, 13 yıl üstü eğitim içerisine konmuş olup bu grubun oranı, genel veri seti içinde %1.6 oranındadır. Çalışmada 5 yaş grubu ele alınmıştır (20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60 ve üstü).

Uygulama

Bu çalışmada, Çalışma 1'de anlatılan MSÖ ölçeği kullanılmıştır. Bu çalışmada elde edilen veriler, yazar ve testi vermek üzere eğitilmiş öğrencilerin İstanbul'un değişik semtlerinde oturan gönüllü kişilerden testi doldurulmasını istenmesiyle elde edilmiştir. Katılımcılar testi, sessiz bir ortamda doldurmuş ve anketörlere teslim etmişlerdir.

İstatistiksel analiz

Bu çalışmada, değişik yaş ve eğitim düzeylerine göre MSÖ'nün normlarının bulunması hedeflendiğinden, çalışmada yaş gruplarına ve eğitim düzeylerine göre ortalama değerler ve standart sapmalar verilmiştir (Tablo 7).

Verilerin analizinde, önce bu örneklem grubu için cronbach alfa değerleri ve MSÖ alt ölçeklerinin Pearson korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Bunun yanı sıra Çalışma 1'de yapıldığı gibi temel bileşenler yöntemi ve Varimax eksen döndürmesi uygulanarak faktör analizi yapılmıştır. Ayrıca, veriler her yaş grubu için üç eğitim düzeyinde normal dağılım eğrisi göstermediği için Kruskal- Wallis H analizi yapılmış ve anlamlı bir fark bulunduğu ise, farkın hangi gruplar arasında olduğunu görmek için Mann-Whitney U analizi yapılmıştır. Elde edilen veriler önce genel olarak, daha sonra ise 5 yaş (20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-üstü) ve 3 eğitim düzeyine (ilköğretim, lise ve üniversite) ayrılarak analiz edilmiştir.

BULGULAR

Değişik yaş ve eğitim düzeylerinden toplum örnekleminden (n=1903) elde edilen verilerin cronbach alfa katsayıları Tablo 4'de, Tablo 6'da ise öğrenci, toplum örnekleme ve bütün katılımcılardan elde edilen verilerin item total korelasyonları sunulmuştur.

Temel bileşenler yöntemi ve Varimax eksen döndürmesi uygulanan faktör analizi sonucunda elde edilen veriler ve özdeğerlerin grafik dağılımı,

Çalışma 1'de olduğu gibi 2'li faktör yapısını desteklemiştir. Çalışma 1'de olduğu gibi, sadece orijinal testte hiperaktivite alt ölçeğinde olan 6 ve 8. sorular dikkatsizlik alt ölçeğine yüklenmesinin dışında diğer sorular orijinal ölçekle aynı şekilde yüklendiğini göstermektedir. Bütün katılımcıların verilerine uygulanan Faktör analizi de aynı sonucu vermiştir (Tablo 1).

Toplum örnekleminden elde edilen Mann-Whitney U sonuçları incelendiğinde, cinsiyete göre bir farklılık görülmemiştir (DE, $Z=-.78$, $p=.44$; HD, $Z=-.92$, $p=.36$; B, $Z=-.80$, $p=.43$). Üç alt tipten elde edilen verilerin yaşa göre farklılaşmış farklılaşmadığını görmek için Kruskal- Wallis H analizi yapılmıştır. Üç alt tipten elde edilen puanların, 5 yaş grubuna (DE, $X^2=18.5$, $sd=4$, $p<.001$; HD, $X^2=34.4$, $sd=4$, $p<.001$; B, $X^2=39.4$, $sd=4$, $p<.001$) göre anlamlı derecede farklılaştığı bulunmuştur.

Farkın hangi yaş grupları arasında olduğunu tespit etmek için Mann-Whitney U testi yapılmış ve 20-29 yaş ile diğer yaş grupları arasındaki fark incelendiğinde 60 ve üstü yaş grubu dışında farkın anlamlı olduğu bulunmuştur (20-29 ve 30-39 yaş grubu arasında: DE, $Z=-3.5$, $p<.001$; HD, -4.2 , $p<.001$, B, $Z=-4.9$, $p<.001$; 20-29 ve 40-49 yaş grubu arasında: DE= $Z=-3.0$, $p<.002$, HD, -5.1 $p<.001$; B, $Z=-5.0$, $p<.001$; 20-29 ve 50-59 yaş grubu arasında: DE, $Z=-2.7$, $p<.006$; HD, -2.6 , $p<.01$; B, $Z=-3.5$, $p<.001$).

30-39 yaş ile diğer yaş grupları arasındaki fark incelendiğinde; yukarıda belirtildiği gibi üç alt ölçekte de 30-39 ile 20-29 yaş grubu arasında fark anlamlı olmasına karşın; 30-39 ve 60 ve üstü yaş grubu arasındaki fark ise HD ve B puanlarda anlamlı düzeye ulaşmıştır (DE, $Z=-1.8$, $p=.08$; HD, -2.2 , $p<.03$; B, $Z=-2.6$, $p<.01$).

40-49 yaş grubu ile diğer yaş grubu arasındaki farklılaşmalar ise, yukarıda da belirtildiği gibi 20-29 yaş grubu arasında üç alt ölçekte ve 60 ve üstü yaş grubu arasında ise HD ve B puanlarında görülmüştür (DE, $Z=-1.5$, $p=.13$, HD, -2.7 , $p<.008$, B, $Z=-2.6$, $p<.01$).

Yaşı dikkate almaksızın üç eğitim düzeyine bağlı olarak MSÖ'nün üç alt ölçeğinden alınan puanlar arasında bir farklılaşma olup olmadığını tespit etmek için Kruskal-Wallis H analizi yapılmıştır

Tablo 7. Yaş gruplarına ve eğitim düzeylerine göre MSÖ'de ortalama değerler ve standart sapmalar

YAŞ/EĞİTİM	DİKKAT EKSİKLİĞİ			HİPERAKTİVİTE-İMPULSİVİTE			BİLEŞİK TİP		
	ORT.	SS	1.5 SS	ORT.	SS	1.5 SS	ORT.	SS	1.5 SS
20 - 29 Yaş Grubu									
İlköğretim (n = 142)	1.58*+ 1.58	1.58	4.00	1.43	1.43	4.00	3.00	2.54	7.00
Lise (n = 234)	1.28*	1.56	4.00	1.65	1.58	4.00	2.93	2.66	7.00
Üniversite (n = 268)	1.08+	1.44	3.00	1.61	1.50	4.00	2.69	2.39	6.00
Toplam (n = 644)	1.26	1.53	4.00	1.59	1.51	4.00	2.85	2.52	7.00
30 - 39 Yaş Grubu									
İlköğretim (n = 170)	1.29*+ 1.43	1.43	3.00	1.35	1.41	3.00	2.64*+2.44		6.00
Lise (n = 150)	0.81*	1.21	3.00	1.13	1.29	3.00	1.94*	2.04	5.00
Üniversite (n = 126)	0.69+	1.29	3.00	1.08	1.07	3.00	1.77+	1.98	5.00
Toplam (n = 446)	0.96	1.34	3.00	1.20	1.28	3.00	2.16	2.22	5.00
40 - 49 Yaş Grubu									
İlköğretim (n = 224)	1.13*	1.31	3.00	1.24*	1.29	3.00	2.37*	2.12	6.00
Lise (n = 134)	0.92+	1.16	3.00	1.19	1.40	3.00	2.10+	2.03	5.00
Üniversite (n = 104)	0.62*+ 0.96	0.96	2.00	0.88*	1.12	3.00	1.50*+1.73		4.00
Toplam (n = 462)	0.95	1.21	3.00	1.15	1.29	3.00	2.10	2.03	5.00
50 - 59 Yaş Grubu									
İlköğretim (n = 132)	1.33*+ 1.51	1.51	4.00	1.54*	1.45	4.00	2.87*+2.47		7.00
Lise (n = 70)	0.79*	1.09	2.00	1.33	1.45	4.00	2.11*	2.21	5.00
Üniversite (n = 87)	0.55+	0.85	2.00	1.00*	1.22	3.00	1.55+	1.78	4.00
Toplam (n = 289)	0.97	1.29	3.00	1.33	1.40	3.00	2.29	2.29	6.00
60 ve Üstü Yaş Grubu									
İlköğretim (n = 34)	1.62	1.60	4.00	1.76	1.39	4.00	3.38	2.40	7.00
Lise (n = 12)	0.75	0.87	2.00	2.17	2.52	6.00	2.92	3.06	8.00
Üniversite (n = 16)	0.75	0.93	2.00	1.06	0.93	2.00	1.81	1.38	4.00
Toplam (n = 62)	1.23	1.38	3.00	1.66	1.60	4.00	2.89	2.39	6.00

Not= + ve * işaretleri scheffe testi sonucunda farkların hangi gruplar arasında olduğunu göstermektedir.

(DE, $X^2=52.5$, $sd=2$, $p<.001$; HD, $X^2=2.5$, $sd=2$, $p=.29$; B, $X^2=25.7$, $sd=2$, $p<.001$). Yaş değişkeninden farklı olarak, eğitim düzeyi ve MSÖ alt ölçekleri arasında doğrusal bir ilişki bulunmuştur. Yani eğitim düzeyi arttıkça özellikle dikkat eksiliği ve bileşik alt tip puanları düşmektedir. Eğitim seviyeleri ve MSÖ puanları incelendiğinde ise; ilköğretim ve lise arasında (DE, $Z=-4.3$, $p<.001$, HD, -0.6 , $p=.54$, B, $Z=-2.8$, $p<.006$) ve ilköğretimli ve üniversiteli grup arasında DE ve B alt tip puanlarda (DE, $Z=-7.1$, $p<.001$, HD, -1.6 , $p=.11$, B, $Z=-5.1$, $p<.001$), üniversite ve lise grupta ise DE ($Z=-2.9$, $p<.004$) ve B alt tip ($Z=-2.2$, $p<.03$) arasında anlamlı bir ilişki görülmüştür. Genel veriler cinsiyete göre farklılık göstermediği için, yaş ve eğitim düzeyine göre norm değerleri verilmiştir (Tablo 7).

Katılımcıların MSÖ puanları 5 yaş grubuna göre analiz edildiğinde eğitim ve yaş arasındaki ilişki şöyledir: 20-29 yaş grubundan Kruskal-Wallis H analizinden elde edilen veriler, eğitim değişkeninde sadece DE alt ölçeğinde anlamlı bir farklılaşma olduğunu (DE, $X^2=13.7$, $sd=2$, $p<.001$, HD, $X^2=1.8$, $sd=2$, $p=.41$, B, $X^2=1.7$, $sd=2$, $p=.43$); Mann-Whitney U testleri ise, DE alt ölçeğindeki bu farklılaşmanın ilköğretimli grupla liseli ($Z=-2.3$, $p<.02$) ve ilköğretimli grupla üniversiteli ($Z=-3.7$, $p<.001$) grup arasında olduğunu göstermektedir.

30-39 yaş grubundan elde edilen Kruskal-Wallis H analizi sonucu ise DE ve B alt ölçeğinde anlamlı bir farklılaşma göstermiştir (DE, $X^2=25.1$, $sd=2$, $p<.001$; HD, $X^2=2.6$, $sd=2$, $p=.27$, B, $X^2=13.8$, $sd=2$, $p<.001$). Mann-Whitney U testleri DE alt ölçeğinde görülen bu farkın ilköğretimlilerle liseli ($Z=-3.4$, $p<.001$) ve ilköğretimlilerle üniversiteli ($Z=-4.7$, $p<.001$) grup arasında olduğunu göstermektedir. Bileşik alt ölçeğinden elde edilen veriler de, yine ilköğretim grubunun lise ve üniversiteli gruptan anlamlı derecede farklılaştığını göstermektedir (lise: $Z=-2.7$, $sd=2$, $p<.006$; üniversite: $Z=-3.5$, $sd=2$, $p<.001$).

40-49 yaş grubundan elde edilen Kruskal-Wallis H analizi sonuçları ise, üç alt ölçekte de anlamlı bir fark bulunduğunu göstermiştir (DE, $X^2=12.4$, $sd=2$, $p<.002$; HD, $X^2=6.3$, $sd=2$, $p<.04$, B, $X^2=13.8$, $sd=2$, $p<.001$). Mann-Whitney U analizi sonucu ise, DE, HD ve B alt ölçeklerdeki farkın ilköğretimli grupla üniversiteli grup (DE, $Z=-3.5$,

$p<.001$; HD, $Z=-2.5$, $p<.01$) ve liseli grupla üniversiteli grup (DE, $Z=-2.2$, $p<.03$; B, $Z=-2.4$, $p<.02$) arasında olduğunu göstermiştir. HD alt ölçeğinde ise ilköğretimli grupla üniversiteli grup arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmuştur (HD, $Z=-2.5$, $p<.01$).

50-59 yaş grubundan elde edilen verilere yapılan Kruskal-Wallis H analizi üç alt ölçekte de fark olduğunu göstermiştir (DE, $X^2=17.6$, $sd=2$, $p<.001$; HD, $X^2=8.4$, $sd=2$, $p<.02$, B, $X^2=19.1$, $sd=2$, $p<.001$). Mann-Whitney U analizleri DE ve B ölçeğindeki farkın ilköğretimlilerle liseliler (DE, $Z=-2.4$, $p<.02$, B, $Z=-2.2$, $p<.03$) ve ilköğretimliler ve üniversiteliler (DE, $Z=-4.0$, $p<.001$; B, $Z=-4.3$, $p<.001$) arasında olduğunu göstermiştir. HD alt ölçeğinde ise fark, sadece ilköğretimli ve üniversiteli grup arasındadır ($Z=-2.9$, $p<.004$).

60 ve üstü grubundan elde edilen verilere Kruskal-Wallis H analizi yapılmış ve alt ölçeklerin hiçbirinde anlamlı bir fark bulunamamıştır (DE, $X^2=4.7$, $sd=2$, $p=.10$, HD, $X^2=2.5$, $sd=2$, $p=.29$; B, $X^2=4.6$, $sd=2$, $p=.10$).

TARTIŞMA

Çalışma 2'de, MSÖ'nün geçerlilik ve güvenilirliği farklı yaş ve eğitim düzeylerindeki geniş bir örneklemle irdelenmiş ve bu değişkenlere göre norm değerleri sunulmuştur.

Değişik yaş ve eğitim düzeylerinde toplum örnekleminden elde edilen verilerin orijinal teste olduğu gibi 2'li faktör yapısını desteklediği ve cronbach alfa katsayıları ile MSÖ'nün alt ölçekleri arasındaki korelasyon değerlerinin oldukça yüksek olduğu görülmüştür.

Çalışma 2'de, Çalışma 1'deki öğrenci örnekleminden farklı olarak DEHB semptomlarının görülmesi açısından cinsiyete bağlı bir farklılaşma görülmezken eğitim ve yaş gruplarına göre farklılaşmalar bulunmuştur. Bu nedenle norm değerleri cinsiyet farkı gözetmeksizin yaş ve eğitime göre Tablo 7'de sunulmuştur.

Çalışma 2'de elde edilen ilginç sonuçlardan biri, eğitimin DEHB'nin özellikle dikkat eksikliğinin derecesiyle ters ilişkili olmasıdır. Yani, katılımcıların eğitim seviyesi arttıkça MSÖ'nün dikkat eksikliği ve bileşik alt ölçeklerinden düşük puanlar

almaktadırlar. Bu sonuç, ya dikkat ve hiperaktivite de problemler olması nedeniyle kişiler eğitimlerine devam edememiş ya da eğitim kişilerde bu tür sorunlarla başa edebilme yeteneğinin artmasında yardımcı olmuş olabilir şeklinde yorumlanabilir (Ayçiçeği-Dinn ve Dinn 2008). Başka bir çalışmada, Frontal Lob Kişilik Ölçeğiyle eğitim değişkeni arasında da aynı ilişki görülmüştür (Ayçiçeği ve ark. 2003a). Yani eğitim değişkeni test performansında önemli bir faktör olarak rol oynamakta olup bu rolün nedeni yukarıda bahsedildiği gibi iki şekilde açıklanabilir.

Sonuç olarak iki çalışmadan elde edilen veriler, MSÖ'nün faktör yapısının ikili olduğu ve faktör analizlerinde de 6. ve 8. soruların hiperaktivite alt ölçeğine yüklenmediğini göstermiştir. Bu sorular dikkatsizlik alt ölçeğine yüklenmesine rağmen dikkatsizliği ölçmeye yönelik olmadığı için MSÖ'nün Türkçe versiyonundan çıkarılmıştır. MSÖ DSM-IV kriterlerine göre hazırlandığından bu testi tanı koymada kullanmak isteyen klinikçilere hiperaktivite alt ölçeğinden 2 madde çıkarıldığı için bu alt tip tanısı koymada dikkatli olmaları önerilir.

Bunun yanı sıra, gerek öğrenci gerekse toplum örnekleminde MSÖ alt ölçekleri arasındaki korelasyon değerlerinin oldukça iyi olduğu görülmüştür.

Toplum örnekleminde elde edilen alfa katsayılarının ise, öğrenci örnekleminde göre daha düşük olmasına rağmen alfa değerlerinin tamamı ve test-tekrar test değerleri incelendiğinde, MSÖ

Türkçe formunun oldukça güvenilir olduğu söylenebilir (Tablo 5).

Kısacası her iki çalışmadan elde edilen veriler, MSÖ'nün, DEHB konusunda çalışmak isteyen araştırmacılar ve klinisyenler için güvenilir ve geçerli bir tarama ölçeği olduğunu göstermiş ve ayrıca DEHB bozukluğu ile yaş ve eğitim düzeyinin ilişkisiyle ilgili bilginizi genişletmiştir. DEHB bozukluğu, diğer birçok bozuklukla birlikte görülebildiğinden ve eşlik ettiği hastalığın tedavi seyrini değiştirebileceği düşünüldüğünden, Türkçe'ye uyarlanmış diğer testlere nazaran (Günay ve ark. 2006, Öncü ve ark. 2005) uygulaması çok kısa süren ve puanlanması kolay olan bu testin klinisyenlere yardımcı olması umulmaktadır. MSÖ, en azından klinisyenlerin tanı koymak için, gözlem ve mülakat yöntemlerinin yanı sıra objektif ve uygulaması çabuk olan bir test aradıklarında kullanabilecekleri bir ölçek olarak yararlı olabilir. Aynı zamanda değişik yaş ve özellikle değişik eğitim düzeyleri için norm verilerinin olması, testin kullanılabilirliğini ve etkinliğini daha da arttırmayı beklenilmektedir.

Yazışma adresi: Dr. Ayşe Ayçiçeği Dinn, İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü, Deneysel Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, aycicegi@istanbul.edu.tr

Bu çalışma, İstanbul Üniversitesi Araştırma Fonu tarafından BYP-494/07102004 nolu proje ile desteklenmiştir.

KAYNAKLAR

- Aiken L R (1994) Psychological Testing and Assessment (8. Baskı). Boston, Allyn and Bacon.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV) (Çev. Ed: E Köroğlu) Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1995.
- Ayçiçeği A, Dinn WM, Harris CL (2003) Assessing Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Turkish Version of the Current Symptoms Scale (Turkish Version). *Psychopathology*, 36:160-167.
- Ayçiçeği A, Dinn WM, Harris CL (2003a) Prefrontal Lob Nöropsikolojik Test Bataryası: Sağlıklı Yetişkinlerden Elde Edilen Test Sonuçları. *Psikoloji Çalışmaları*, 23, 1-27.
- Ayçiçeği-Dinn A, Dinn WM (2008) The Influence of Age and Educational Level on ADHD Symptoms in the General Community. (Yazım aşamasında)
- Barkley RA (1990) Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. New York Guilford Press.
- Barkley RA, Biederman J (1997) Toward a broader definition of the age-of-onset criterion for attention deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36:1204-1210.
- Barkley RA (1998) Diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder: Long-term course, adult outcome and comorbid disorders. NIH, National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement, Nov 16-18, Bethesda, MD
- Barkley RA, Murphy KR (1998) Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Clinical Workbook (2. Baskı). NY. Guilford Press.
- Barkley RA, Fischer M, Smallish L ve ark. (2002) The persistence of attention deficit/ hyperactivity disorder into young

- adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *J Abnorm Psychol*, 111(2): 279-289.
- Biçer D (2004) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan erişkinlerin dikkat eksikliği, hiperaktivite, dürtüsellik belirtileri ile eşit ve psikososyal profili. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi.
- Biederman J (1991) Attention deficit hyperactivity disorder. *Ann Clin Psychiatry*, 3:9-22.
- Biederman J, Faraone SV, Spencer TJ ve ark. (1993) Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *The Am J Psychiatry*, 150:1792-1798.
- Birnbaum HG, Kessler RC, Lowe SW ve ark. (2005) Costs of attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) in the US: Excess costs of persons with ADHD and their family members in 2000. *Curr Med Res Opin*, 21(2):195-205.
- Corbett B, Stanczak DE (1999) Neuropsychological performance of adults evidencing attention-deficit hyperactivity disorder. *Arch. Clin. Neuropsychol*, 14(4):373-387.
- DeObaldia R, Parsons OA, Yohman R (1983) Minimal brain dysfunction symptoms claimed by primary and secondary alcoholics: Relation to cognitive functioning. *Int J Neurosci*, 20:173-182.
- Dinn WM, Robbins NC, Harris CL (2001) Adult attention-deficit/hyperactivity disorder: Neuropsychological correlates and clinical presentation. *Brain Cogn*, 46(1-2):114-121.
- Donnelly CL, Reimherr FW, Young, JL (2006) Differential diagnosis and treatment of adult ADHD and neighboring disorder. *CNS Spectrums*, 11(10 Suppl 11):1-14.
- Downey KK, Stelson FW, Pomerleau OF ve ark. (1997) Adult attention deficit hyperactivity disorder: Psychological test profiles in a clinical population. *J Nerv Ment Dis*, 185: 32-38.
- Frazier TW, Demaree HA, Youngstrom EA (2004) Meta-analysis of intellectual and neuropsychological test performance in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychol*, 18(3):543-55.
- Gittelman R, Mannuzza S, Shenker R ve ark. (1985) Hyperactive boys almost grow up, I. Psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry*, 42: 937-947.
- Günay Ş, Savran C, Aksoy UM ve ark. (2006) Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeğinin (Adult ADD/ADHD DSM IV- Based Diagnostic Screening and Rating Scale) Dilsel Eşdeğerlilik, Geçerlik Güvenirlilik ve Norm Çalışması, *Türkiye'de Psikiyatri*, 8 (2). 98-107.
- Hallowell EM, Ratey JJ (1994) *Driven to Distraction*. New York Pantheon Books.
- Harpaz-Rotem I, Rosenheck RA (2004) Changes in outpatient psychiatric diagnosis in privately insured children and adolescents from 1995 to 2000. *Child Psychiat Hum D*, 34(4):329-340.
- Hendren RL, De Backer I, Pandina GJ (2000) Review of neuroimaging studies of child and adolescent psychiatric disorders from the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39(7): 815-28.
- Hervey AS, Epstein JN, Curry JF (2004) Neuropsychology of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Neuropsychol*, 18(3):485-503.
- Houghton S, Douglas G, West J ve ark. (1999) Differential patterns of executive function in children with attention-deficit hyperactivity disorder according to gender and subtype, *J Child Neurol*, 14(12): 801-805.
- Huessy H, Metoyer M, Townsend, M (1973) Eight-ten year follow-up of children treated in rural Vermont for behavior disorder. *Am J Orthopsychiatry*, 43: 236-238.
- Kovner R, Bumdan C, Frank Y ve ark. (1998) Neuropsychological testing in adult attention deficit hyperactivity disorder: A pilot study. *Int J Neurosci*, 96:225-235.
- Lovejoy DW, Ball JD, Keats M ve ark. (1999) Neuropsychological performance of adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): Diagnostic classification estimates for measures of frontal lobe/executive functioning. *J Int Neuropsychol Soc*, 5: 222-233.
- Lufi D, Cohen A, Parish-Plass J (1990) Identifying attentional deficit hyperactive disorder with the WISC-R and the stroop color and word test. *Psychol Schools*, 27: 28-34.
- Mahone EM, Cirino PT, Cutting LE ve ark. (2002) Validity of the behavior rating inventory of executive function in children with ADHD and/or Tourette syndrome. *Arch Clin Neuropsychol*, 17(7): 643-662.
- Mandell DS, Thompson WW, Weintraub ES ve ark. (2005) Trends in diagnosis rates for autism and ADHD at hospital discharge in the context of other psychiatric diagnoses. *Psychiatr Serv*, 56(1):56-62.
- Mannuzza S, Klein RG, Addalli KA (1991) Young adult mental status of hyperactive boys and their brothers: A prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30:743-751.
- Mannuzza S, Klein RG, Bessler A ve ark. (1993) Adult outcome of hyperactive boys: Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry*, 50(7):565-576.
- Murphy P, Schachar R (2000) Use of self-ratings in the assessment of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in adults. *The Am J Psychiatry*, 157:7.
- Nigg JT, Blaskey LG, Huang-Pollock CL ve ark. (2002) Neuropsychological executive functions and DSM-IV ADHD subtypes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41(1):59-66.
- Öncü B, Ölmez Ş (2004). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Erişkinlerde Nöropsikolojik Bulgular, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(1): 41-46.
- Öncü B, Ölmez Ş, Şentürk V (2005). Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği Türkçe Formunun Erişkin Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu'nda Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Derg*, 16(4): 252-259.
- Örnek T, Keskiner A (1998) Mini International Neuropsychiatric Interview. *J Clin Psychiatry*, 59(20):22-33.
- Seidman L, Biederman J, Weber W ve ark. (1998) Neuropsychological function in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 44(4): 260-268.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH ve ark. (1998) The

Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*, 59(Suppl 20):22-33.

Shekim WO, Asarnow RF, Hess E ve ark. (1990) A clinical and demographic profile of a sample of adults with attention deficit hyperactivity disorder, residual state. *Compr Psychiatry*, 31: 416-425.

Sobanski E (2006) Psychiatric comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(Suppl. 1) i26-i31.

Tannock R (1998) Attention deficit hyperactivity disorder: Advances in cognitive neurobiological and genetic research. *J Child Psychol Psychiatry*, 34(1):65-99.

Tarter RE (1982) Psychosocial history, minimal brain dysfunction and differential drinking patterns of male alcoholics. *J Clin Psychology*, 38:867-873.

tion and differential drinking patterns of male alcoholics. *J Clin Psychology*, 38:867-873.

Weiss G, Hechtman LT, Milroy T ve ark. (1985) Psychiatric status of hyperactives as adults: A controlled prospective 15- year follow-up of 63 hyperactive children. *J Am Acad Child Psychiatry*, 24:211-220.

Weiss G, Hechtman L (1993) *Hyperactive Children Grown Up*. New York Guilford.

Wender PH (1995) *Attention-deficit hyperactivity disorder in adults*. Oxford Oxford University Press.

Wood DR, Wender PH, Reimherr FW (1983) The prevalence of attention deficit disorder, residual type, or minimal brain dysfunction, in a population of male alcoholic patients. *Am J Psychiatry*, 140:95-98.