T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

ERİŞKİN KONSANTRASYON ENVANTERİ'NİN TÜRKÇEYE UYARLANMASI, GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Özlem Karakaya

ANKARA, 2021

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

ERİŞKİN KONSANTRASYON ENVANTERİ'NİN TÜRKÇEYE UYARLANMASI, GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Dr. Özlem Karakaya

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Ali ÇAYKÖYLÜ

Yardımcı Tez Danışmanı
Doç. Dr. Mustafa UĞURLU

ANKARA, 2021

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

ERİŞKİN KONSANTRASYON ENVANTERİ'NİN TÜRKÇEYE UYARLANMASI, GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Özlem KARAKAYA

Tıpta Uzmanlık Tezi

Tez Savunma Tarihi
12.11.2021

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Ali ÇAYKÖYLÜ

Yardımcı Tez Danışmanı
Doç. Dr. Mustafa UĞURLU

Jüri Üyeleri
Doç. Dr. Görkem KARAKAŞ UĞURLU
Doç. Dr. Serdar Süleyman CAN
Doç. Dr. Ersin Hatice KARSLIOĞLU

Bu tezin uzmanlık derecesi için gereken tüm şartları sağladığımı tasdik ederim.

Dr. Özlem Karakaya

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

12 /11/ 2021

Dr. Özlem KARAKAYA

ÖN SÖZ

Uzmanlık eğitimim ve tez dönemim boyunca kıymetli bilgi ve tecrübeleri ile yol gösterici olan, hekim olmanın verdiği kıymetli sorumlulukları her zaman hatırlatan, mesleki gelişimimi sağlam temeller üzerine kurmamı sağlayan, çalışma hayatım boyunca bana kazandırdığı becerilerle yol alacağım tez danışmanım ve anabilim dalı başkanımız sayın Prof. Dr. Ali Çayköylü'ye katkılarından, sabrından ve hoşgörüsünden ötürü saygı ve şükranlarımı sunarım.

Ayrıca, uzmanlık eğitimim ve tez dönemim sırasında bilgi, tecrübe ve yardımlarını benden esirgemeyen, tüm sorularıma özveri ve sabırla cevap veren, bana istatistiği sevdiren, çalışma disiplinini ve hastalarına olan ilgisini kendime örnek aldığım yardımcı tez danışmanım sayın Doç. Dr. Mustafa Uğurlu'ya,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübeleriyle mesleki gelişimime katkıda bulunan, üzerimde emeği olan saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Görkem Karakaş Uğurlu ve Prof. Dr. Serdar Süleyman Can'a,

Ankara Şehir Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde geçirdiğim uzmanlık eğitimim boyunca bilgi birikimi ve deneyimlerinden yararlanmama fırsat tanıyan başta sayın Prof. Dr. Erol Göka olmak üzere tüm değerli hocalarıma,

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Zuhal Koç Apaydın, sayın Uz. Dr. Hakan Öğütlü ve sayın Uz. Dr. Çetin Turan başta olmak üzere kendilerinden çok şey öğrendiğim tüm uzman abi ve ablalarıma,

Ankara Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi ve Ankara Şehir Hastanesi'nde aynı ekipte çalıştığım, yardımlarını yanımda hissettiğim asistan, psikolog, hemşire, sekreter, güvenlik görevlisi ve yardımcı sağlık personeli tüm mesai arkadaşlarıma,

Tez çalışmama katılarak çalışmamın gerçekleşmesini sağlayan tüm değerli katılımcılara,

Psikiyatriye olan ilgimin sürekli canlı kalmasını sağlayan, kendilerinden çok şey öğrendiğim, çalışmamın en büyük motivasyon kaynağı olan tüm hastalarıma ve onların yakınlarına saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Son olarak her zaman olduğu gibi bu süreçte de benden desteklerini esirgemeyen, bana sevgi dolu bir aile ortamı sunan sevgili anneme, babama, kardeşime ve eşim Bekir'e sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Özlem Karakaya
Ankara, 2021

İÇİNDEKİLER

ÖN SÖZ ..... **i**
ÖZET ..... **v**
ABSTRACT ..... **vi**
TABLOLAR DİZİNİ ..... **vii**
ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **viii**
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ ..... **ix**
1. GİRİŞ **1**
2. GENEL BİLGİLER **3**
2.1. Yavaş Bilişsel Tempo (Konsantrasyon Eksikliği Bozukluğu) 3
2.1.1. Tanım 3
2.1.2. Tarihçe 4
2.1.3. Epidemiyoloji 8
2.1.4. Etiyoloji 9
2.1.5. Klinik 11
2.1.5.1. Belirtiler 11
2.1.5.2. Nöropsikolojik Özellikler 11
2.1.5.3. İşlevsellik 12
2.1.6. Komorbidite ve Ayırıcı Tanı 13
2.1.6.1. DEHB 13
2.1.6.2. Diğer Psikopatolojiler 14
2.1.7. Değerlendirme 15
2.1.8. YBT Tedavisi 19
2.2. Ölçme Araçlarında Bulunması Gereken Psikometrik Özellikler 20
3. MATERYAL VE YÖNTEM **23**
3.1. Araştırmanın Tipi 23
3.2. Envanterin Türkçeye Uyarlanması 23
3.3. Araştırmanın Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi 24
3.4. Araştırma Örnekleminin ve Verilerin Toplanması 25
3.5. Veri Toplama Araçları 27
3.5.1. Sosyodemografik Veri Formu 29
3.5.2. Erişkin Konsantrasyon Envanteri 29
3.5.3. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği 29

3.5.4. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği 21 30
3.5.5. Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği 30
3.5.6. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği 31
3.5.7. UCLA Yalnızlık Ölçeği 31
3.5.8. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği 32
3.6. İstatistiksel Değerlendirme 32
3.7. Etik Açıklamalar 33
4. BULGULAR 35
4.1. Çalışmaya Dahil Edilen Katılımcılara Ait Tanımlayıcı Bulgular 35
4.2. Güvenirliğe İlişkin Bulgular 37
4.2.1. İç Tutarlılık Güvenirliği 37
4.2.2. Test - Tekrar Test Güvenirliği 39
4.3. Geçerliğe İlişkin Bulgular 39
4.3.1. Kapsam Geçerliği 39
4.3.2. Yapı Geçerliği 41
4.3.2.1. Açıklayıcı Faktör Analizi 41
4.3.2.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi 43
4.3.3. Ölçüt Geçerliği 43
4.4. Erişkin Konsantrasyon Envanteri ile Çalışmaya Dahil Edilen Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri Arasındaki İlişkilere Ait Bulgular 48
5. TARTIŞMA 51
5.1. Güvenirliğe İlişkin Bulguların Tartışılması 51
5.2. Geçerliğe İlişkin Bulguların Tartışılması 54
5.2.1. Kapsam Geçerliği Bulgularının Tartışılması 54
5.2.2. Yapı Geçerliği Bulgularının Tartışılması 54
5.2.3. Ölçüt Geçerliği Bulgularının Tartışılması 61
5.3. Erişkin Konsantrasyon Envanteri ile Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri Arasındaki İlişkilere Ait Bulguların Tartışılması 65
5.4. Çalışmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları 66
6. SONUÇ 68
7. KAYNAKLAR 69
8. EKLER 87
EK-1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU 87
EK-2. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU 89

EK-3. ERİŞKİN KONSANTRASYON ENVANTERİ 90
EK-4. ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU KENDİ BİLDİRİM ÖLÇEĞİ 92
EK-5. DEPRESYON ANKSİYETE STRES ÖLÇEĞİ 21 95
EK-6. DUYGU DÜZENLEMEDE GÜÇLÜKLER ÖLÇEĞİ 97
EK-7. ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ 100
EK-8. UCLA YALNIZLIK ÖLÇEĞİ 101
EK-9. SF 36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ 103

ÖZET

Amaç: Ülkemizde çocuk ve ergenlerde kullanılan Yavaş Bilişsel Tempo (YBT) değerlendirme araçları olmasına rağmen erişkinlerde kullanılabilecek bir ölçüm aracı bulunmamaktadır. Bu çalışmanın amacı Erişkin Konsantrasyon Envanteri (EKE)'nin Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenirliğinin araştırılmasıdır.

Gereç-yöntem: Araştırmaya çevrim içi iletişim araçlarının aracılığıyla ulaşılan, üniversite öğrencisi ya da üniversite mezunu olan, 18-30 yaş aralığındaki 637 katılımcı dahil edildi. Katılımcılara Sosyodemografik Veri Formu, Erişkin Konsantrasyon Envanteri, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği 21, Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, UCLA Yalnızlık Ölçeği ve SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulandı. EKE'nin Türkçeye uyarlanması çeviri ve geri çeviri yöntemi ile gerçekleştirildi. Ölçeğin güvenirliği Cronbach Alfa katsayısı, maddeler arası korelasyon, madde-toplam puan korelasyonları, iki yarı güvenirliği ve test-tekrar test güvenirliği ile araştırıldı. Ardından kapsam, yapı ve ölçüt geçerliliği analizleri ile ölçeğin geçerliği araştırıldı. Kapsam geçerliği uzman paneli; yapı geçerliği açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri; ölçüt geçerliği eş zamanlı geçerlilik ile araştırıldı. Son olarak katılımcıların tanımlayıcı özellikleri ile EKE toplam puan ortalamaları arasındaki korelasyonlar incelendi.

Bulgular: Cronbach Alfa katsayısı 0,896; maddeler arası korelasyon değerleri 0,121-0,716 arasında; madde-toplam puan korelasyon değerleri 0,375-0,753 arasında; Spearman-Brown katsayısı 0,88, Guttman Split-Half katsayısı 0,88 ve test-tekrar test güvenirlik katsayısı 0,85 olarak hesaplandı. Kapsam geçerlik indeksi EKE'nin altıncı maddesi için 0,81; kalan 15 madde için 1 olarak hesaplandı. AFA sonucunda özdeğerleri birden büyük, toplam varyansın %56,191'ini açıklayan üç faktörlü bir yapı elde edildi. DFA ile AFA'da elde edilen üç boyutlu ve ölçeğin özgün çalışmasında sunulmuş olan tek boyutlu yapı doğrulandı.

Sonuç: EKE'nin Türkçe formu erişkinlerde YBT belirtilerini değerlendirmek için kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracıdır.

Anahtar kelimeler: Yavaş bilişsel tempo, erişkin konsantrasyon envanteri, geçerlik, güvenilirlik

ABSTRACT

Objective: There are Sluggish Cognitive Tempo (SCT) assessment tools used in children and adolescents in our country; there is, however, no measurement tool that can be used in adults. This study aims to adapt the Adult Concentration Inventory (ACI) into Turkish, and to investigate its validity and reliability.

Materials & Methods: 637 participants aged between 18-30, being university students or university graduates, reached through online communication instruments, were included in the study. Sociodemographic Data Form, Adult Concentration Inventory, Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder Self-Report Scale, Depression Anxiety Stress Scale-21, Difficulties in Emotion Regulation Scale, Rosenberg Self-Esteem Scale, UCLA Loneliness Scale, and SF-36 Quality of Life Scale were administered to the participants. The adaptation of ACI to Turkish was carried out by translation and back-translation method. The reliability of the scale was investigated by Cronbach's Alpha coefficient, inter-item correlations, item-total score correlations, split-half reliability, and test-retest reliability. Then, the validity of the scale was investigated by conducting content, construct, and criterion validity analyzes. Content validity by a panel of experts, construct validity with explanatory and confirmatory factor analyses, and criterion validity was investigated with concurrent validity. Finally, the correlations between the descriptive characteristics of the participants and the total mean scores of ACI were examined.

Results: Cronbach's Alpha coefficient was 0.896; the inter-item correlations values ranged from 0.121 to 0.716; item-total score correlations were between 0.375 and 0.753; the Spearman-Brown coefficient was 0.88, the Guttman Split-Half coefficient was 0.88, and the test-retest reliability coefficient was 0.85. The content validity index was 0.81 for the sixth item of the ACI and 1 for the remaining 15 items. As a result of EFA, a three-factor structure with eigenvalues greater than one and explaining 56.191% of the total variance was obtained. Both the three-dimensional structure obtained in EFA and the one-dimensional structure presented in the original study of the ACI were confirmed by CFA.

Conclusion: The Turkish version of the ACI is a valid and reliable measurement tool that can be used to evaluate SCT symptoms in adults.

Keywords: Sluggish cognitive tempo, adult concentration inventory, validity, reliability

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. Katılımcıların cinsiyet özellikleri 35

Tablo 4.2. Katılımcıların öğrenim durumları 35

Tablo 4.3. Üniversite öğrencisi olan katılımcıların eğitim görmekte oldukları sınıfların dağılımı 36

Tablo 4.4. Maddeler arası korelasyon değerleri 37

Tablo 4.5. Madde-Toplam puan korelasyon değerleri ve madde silindiğinde Cronbach Alfa Değeri 38

Tablo 4.6. İki yarı güvenirlik analizine ilişkin veriler 39

Tablo 4.7. Test-Tekrar test uygulamaları arasındaki korelasyon 39

Tablo 4.8. EKE'nin Türkçe formunun kapsam geçerliliği sonuçları 40

Tablo 4.9. Kaiser-Meyer Olkin ve Bartlett's Küresellik Testi Sonuçları 41

Tablo 4.10. Açıklanan toplam varyans 42

Tablo 4.11. Açıklayıcı faktör analizi sonuçları (varimax döndürme sonrası) 42

Tablo 4.12. Erişkin Konsantrasyon Envanteri ile Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği puanlarının korelasyonları 45

Tablo 4.13. ASRS_Dikkat Eksikliği puanları ortak değişken olarak alındığında ASRS_Hiperaktivite/Dürtüsellik alt ölçek puanı ile Erişkin Konsantrasyon Envanteri toplam ve alt ölçek puanları arasındaki korelasyonlar 46

Tablo 4.14. Erişkin Konsantrasyon Envanteri ile Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği 21'in depresyon, anksiyete ve stres alt ölçekleri arasındaki korelasyonlar 47

Tablo 4.15. Erişkin Konsantrasyon Envanteri ile Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği'nin alt ölçekleri ve toplam puanı arasındaki korelasyonlar 47

Tablo 4.16. Erişkin Konsantrasyon Envanteri, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve UCLA Yalnızlık Ölçeği'nin karşılıklı korelasyonları 48

Tablo 4.17. Erişkin Konsantrasyon Envanteri ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin alt ölçekleri arasındaki korelasyonlar 48

Tablo 4.18. Erişkin Konsantrasyon Envanteri toplam puanlarının cinsiyet ve öğrenim durumuna göre bağımsız örneklem t testi ile karşılaştırılması 49

Tablo 4.19. EKE toplam ortalama puanları ile yaş ilişkisi 49

Tablo 4.20. Katılımcıların EKE toplam ortalama puanları ile geçmişte ruhsal hastalık tanısı almış olma durumları arasındaki ilişki 50

Tablo 5.1. Türkçe ve Arapça formların AFA sonuçları bakımından karşılaştırılması 59

Tablo 5.2. Uyum iyiliği ölçütlerinin referans aralıkları ve modeller için hesaplanan uyum değerleri 60

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1.1. PubMed veritabanında "sluggish cognitive tempo" terimi arandığında 2000-2021 yılları arasında yayımlanan çalışmaların yıllara göre dağılımı. 1

Şekil 3.1. Katılımcıların çalışmaya dahil edilme süreci. 28

Şekil 3.2. Çalışmada izlenen yöntem. 34

Şekil 4.1. Katılımcıların geçmişte aldığı ruhsal hastalık tanılarına ilişkin bulgular. 36

Şekil 4.2. Tek boyutlu yapının doğrulayıcı faktör analizi ve uyum indeksleri. 44

Şekil 4.3. Üç boyutlu yapının doğrulayıcı faktör analizi ve uyum indeksleri. 44

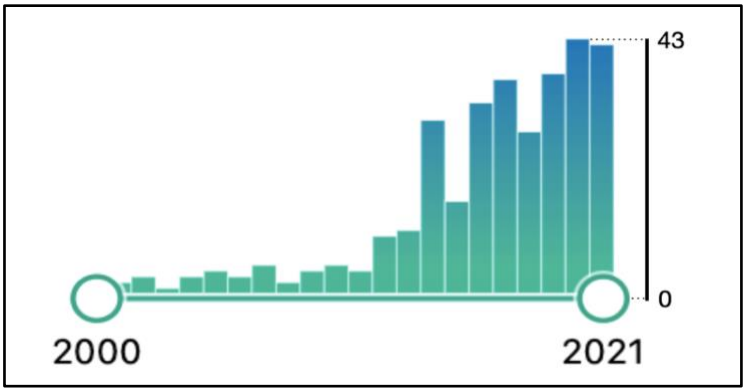
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AFA	: Açıklayıcı Faktör Analizi
ASRS	: Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (Adult ADHD Self-Report Scale)
BAARS-IV	: The Barkley ADHD Adult Rating Scale–IV
CFI	: Comparative Fit Index (Karşılaştırmalı Uyum İyiliği)
CMIN/Df	: Minimum Tutarsızlık/Serbestlik Derecesi
DASS-21	: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği 21
DDGÖ	: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği
DEHB	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EKE	: Erişkin Konsantrasyon Envanteri
fMRI	: Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme
GFI	: Goodness of Fit Index (Uyum İndeksinin İyiliği)
KGİ	: Kapsam Geçerlilik İndeksi
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin
OKB	: Obsesif Kompülsif Bozukluk
RBSÖ	: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
RMSEA	: Root Mean Square Error of Approximation (Hata Kareler Ortalamasının Tahmini Kökü)
UYÖ	: UCLA Yalnızlık Ölçeği
YBT	: Yavaş Bilişsel Tempo

1. GİRİŞ

Yavaş Bilişsel Tempo (YBT) hareketlerde yavaşlık, uykulu ve uyuşuk görünüm, hayallere dalma, kafa karışıklığı, zihin bulanıklığı, gözlerde dalma belirtileri ile tanımlanmaktadır (1). Araştırma sonuçları YBT'nin hem tek başına hem de DEHB, anksiyete, depresyon başta olmak üzere diğer psikopatolojilerle birlikte görülebileceğini ve sosyal işlevsellik, akademik işlevsellik gibi çeşitli alanlarda kendisine özgü bozulmalara yol açtığını göstermektedir (2-4). YBT henüz psikiyatrik sınıflandırma sistemlerinde yer almamaktadır. Bazı araştırmacılar YBT'nin kendi başına bir bozukluk olduğunu düşünürken bazı araştırmacılar YBT'nin bir bozukluk olabileceği gibi transdiyagnostik bir yapı ya da bir tanı belirleyicisi de olabileceğini, YBT'nin bir bozukluk olduğunu söylemek için literatürde henüz yeterli kanıt olmadığını düşünür (3, 5, 6). Araştırmacılar arasında YBT'nin nasıl kavramsallaştırılması gerektiği ile ilgili henüz fikir birliği olmasa da klinik açıdan dikkate alınması gereken bir parametre olduğu görüşü ortaktır.

Son yıllarda, özellikle çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında, YBT yapısını anlama ve incelemeye yönelik olan ilgi artmıştır. PubMed veritabanı incelendiğinde 2000 yılından beri YBT üzerine yapılan çalışmalarda, halen yeterli sayıda olmasa da, hızlı bir artış olduğu göze çarpmaktadır (Şekil 1.1). Bu durum YBT hakkında, hem bir araştırma konusu olarak hem de klinik açıdan dikkate alınması gereken, önemli bir potansiyele işaret etmektedir.



Şekil 1.1. PubMed veritabanında "sluggish cognitive tempo" terimi arandığında 2000-2021 yılları arasında yayımlanan çalışmaların yıllara göre dağılımı.

YBT, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de erişkin psikiyatristlerine kıyasla çocuk ve ergen psikiyatristleri tarafından çok daha iyi bilinen ve araştırılan bir konudur. Türkiye literatürü incelendiğinde; çocuk ve ergen popülasyonları ile YBT'nin klinik özelliklerinin, eş tanılarının, etiyolojisinin, tedaviye yanıta etkisinin ve üç farklı YBT ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenirliğinin araştırıldığı görülmektedir (7-17). Ancak YBT'nin erişkin popülasyonları ile incelendiği, hakemli bir dergide yayınlanan iki çalışma mevcuttur. Gül ve arkadaşlarına ait olan bu iki çalışmada The Barkley ADHD Adult Rating Scale–IV'un YBT alt skalasının Türkçe çevirisi kullanılmıştır (18, 19). Mevcut literatürde erişkinlerde yavaş bilişsel tempo belirtilerini tarayan bir ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması bulunmamaktadır.

YBT'nin çocukluk döneminde başlayıp erişkinlik döneminde de sürdüğü, hatta yaş artışı ile klinik tablonun belirginleştiği ve tabloya anksiyete ile depresyon gibi ek psikopatolojilerin eklendiği düşünülürse YBT'nin çocuk ve ergen psikiyatristleri kadar erişkin psikiyatristleri tarafından da tanınmasının ve değerlendirilmesinin önemli olduğu söylenebilir. Ancak YBT'ye bağlı sorunlar nedeniyle yardım arayışında olan, bilhassa erişkin, hastalar ruh sağlığı profesyonelleri tarafından tanınmamakta ve DEHB başta olmak üzere başka tanılarla tedavi edilmeye çalışılmaktadır. Böylesine az bilinen ve tanısında güçlüklerin bulunduğu bir konuda yardımcı tanı araçlarına ihtiyaç olduğu açıktır. Bu bağlamda erişkinlerde YBT belirtilerini tarayan bir ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliğinin araştırılmasının hem araştırmacıların çalışmalarına hem de yavaş bilişsel tempoya sahip hastaların tanı, takip ve tedavi uygulamalarına katkı sağlayacağı düşünülebilir. Biz bu çalışmada erişkinlerde YBT belirtilerini tarayan Erişkin Konsantrasyon Envanteri'nin Türkçe geçerlik ve güvenirliğini araştırarak literatüre kazandırmayı amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yavaş Bilişsel Tempo (Konsantrasyon Eksikliği Bozukluğu)

2.1.1. Tanım

Yavaş bilişsel tempo (YBT) hareketlerde yavaşlık, uykulu ve uyuşuk görünüm, gözlerde dalma, kafa karışıklığı, kendi düşüncelerinde kaybolma, düşüncede yavaşlama, hayallere dalma gibi belirtilerle karakterizedir (1, 5, 20). YBT'nin önceleri dikkatsizliğin baskın olduğu Dikkat Eksikliği ve Hiperktivite Bozukluğunun (DEHB) bir alt tipi olduğu düşünülürken son yıllarda yapılan çalışmalar YBT ve DEHB'nin birbirleri ile ilişkili yapılar olduğunu, komorbid olarak sıklıkla birlikte bulunabileceklerini ancak YBT'nin DEHB'den tamamen farklı bir yapı olduğunu göstermiştir (4, 5, 21-23). Günümüzde araştırmacılar YBT'nin ayrı bir bozukluk ya da transdiyagnostik öneme sahip bir yapı olarak değerlendirilmesini önermektedir (3, 5, 6). YBT yapısı araştırmacılar tarafından giderek artan şekilde ilgi görmektedir ve ilgili literatür katlanarak artmaktadır. Ancak halihazırda resmi bir tanı olarak tanısal sınıflandırma sistemlerine dahil edilmemiştir (24).

Türkçe literatüre yavaş bilişsel tempo ismi ile geçen "sluggish cognitive tempo'' terimindeki "sluggish'' kelimesi yavaş, ağırkanlı, miskin, halsiz, mıymıntı, uyuşuk, tembel, cansız gibi anlamlara gelmektedir. Bazı araştırmacılar sluggish kelimesinin olumsuz anlamlar barındırdığını bu sebeple hastalar ve aileleri için incitici, rahatsız edici olabileceğini, yavaş öğrenme ve zeka geriliği ile karıştırılabileceğini ayrıca YBT'deki bilişsel işlev bozukluğunun altında yatan nedenler henüz yeterince netliğe kavuşmadığı için bu terimin kullanımının yanıltıcı olabileceğini düşünmektedir. Bu sebeple YBT yerine "concentration deficit disorder'', "primary disorder of vigilance'', "attention deficit disorder'', "developmental concentration disorder,", "focused attention disorder" terimlerinin kullanılabileceği düşünülmüş, DEHB ve YBT literatürüne önemli katkıları olan Dr. Russel Barkley "concentration deficit disorder'' teriminin kullanılmasını önermiştir (5, 23, 25). Yine YBT literatürüne önemli katkıları ile tanınan akademisyen Stephen Becker ve bazı diğer araştırmacılar YBT'ye "bozukluk'' demek için henüz yeterli kanıt olmadığını düşünür (26, 27). Bu sebeple YBT yerine önerilen terim ile ilgili fikir

birliği sağlanamamış, literatürde yavaş bilişsel tempo teriminin kullanımına devam edilmiştir. Fakat Becker ve arkadaşları Barkley'in endişelerine katıldığını belirtmiş ve geliştirdikleri YBT ölçeklerinin (Child Concentration Inventory ve Adult Concentration Inventory) isimlerinde YBT teriminden kaçınmış, YBT yerine kullanılması önerilen "concentration deficit disorder'' terimine benzer bir isimlendirmeyi tercih etmiştir (26, 28).

2.1.2. Tarihçe

Literatürde YBT benzeri bir dikkat probleminin ilk klinik tanımına İskoçyalı hekim Alexander Crichton'un 1798'de yayımlanan kitabında rastlanılmıştır (29). Kitapta iki farklı dikkat bozukluğu tanımlaması mevcuttur (30). İlki konsantrasyonun devam ettirilemediği, sürekli ve ısrarlı bir dikkat eksikliğinin görüldüğü tablodur ve günümüzdeki DEHB ile örtüştüğü düşünülmektedir. İkincisi ise düşük uyarılma gücüne sahip, bilgileri yavaş işleyen, sık sık hayal kuruyormuş gibi ve dikkatsiz görünen bireylerin tanımlandığı tablodur ve bu tablo YBT'nin modern tanımına benzer (5). Crichton (1798) bu ikinci tablonun bedenin zayıflığı ile ilgili olabileceğini belirtmiştir. Bu kişilerin utangaç, içe kapanık, az arkadaşı olan kişiler olabileceğini belirterek sosyal alandaki yetersizliklerinden de söz etmiştir (30). Bu tanımın YBT'nin modern tanımına benzediği ancak otizm spektrum bozuklukları, şizoid kişilik bozukluğu veya şizotipal kişilik bozukluğu için de geçerli olabileceği düşünülmektedir (23).

Bu erken tanımlamaya rağmen dikkatsizlik belirtilerinin incelenmesi daha gözlemlenebilir nitelikte olan hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerinin incelenmesinin gerisinde kalmış, uzun yıllar boyunca DEHB'nin en çok araştırılan yönü hiperaktivite olmuştur (31). DEHB 1968 yılında yayımlanan Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, kısaca DSM) II ile ilk kez DSM sınıflamasına girdiğinde de aşırı motor aktiviteye vurgu vardır. ''Çocukluğun Hiperkinetik Reaksiyonu'' ismiyle yer almıştır (31, 32). Bu da hiperaktivite semptomlarının incelenmesine verilen önceliğin devam etmesine neden olmuştur. Ancak dikkatsizlik belirtileri ile ilgili çalışmalar yapan Virginia Douglas 1972 yılında yayınladığı makalesinde dikkatsizliğin ve dürtüselliğin hiperaktiviteden daha fazla bozulmaya yol açtığını belirtmiştir (33). O dönemde hiperaktivitenin eşlik etmediği dikkat eksikliğinin geçerliliği ile ilgili çok az sayıda kanıt olmasına rağmen Douglas'ın (1972) çalışmasından etkilenen DSM III çalışma grubu dikkatsizliği ana semptom olarak konumlandırmış ve

böylece dikkatsizlik belirtilerinin araştırılması teşvik edilmiştir (34-36). DEHB, 1980 yılında yayımlanan DSM III'te "Dikkat Eksikliği Bozukluğu'' ismi ile yer almış ve hiperaktivitenin eşlik edip etmemesine göre iki alt tipe ayrılmıştır (37). DSM III'ün yayımlanmasının ardından alt tipler arasındaki farklılıklar ve alt tiplerin geçerliliği araştırılmaya başlanmıştır (38-42). YBT ile ilgili modern araştırmaların başlaması da 80'li yıllara denk gelmektedir (23).

Lahey ve arkadaşları 1983 yılında dikkat eksikliği bozukluğu olan çocuklar ile sağlıklı çocuklar arasında karşılaştırmalar yapmışlardır. Hiperaktivitenin eşlik ettiği dikkat eksikliği olan çocuklarda saldırganlık gibi davranım sorunlarının ve tuhaf davranışların daha fazla olduğunu, bu çocukların daha az suçluluk hissettiklerini; hiperaktivitenin eşlik etmediği dikkat eksikliği olan çocukların ise kaygılı, utangaç, içe kapanık olduklarını ve spor performanslarının düşük olduğunu bildirmişlerdir (38).

Lahey ve arkadaşları bu çalışmada toplanmış olan öğretmen değerlendirme verilerinin daha ileri analizlerini 1985 yılında sunmuştur. Hiperaktivitenin eşlik ettiği dikkat eksikliği olan çocukların daha sorumsuz, özensiz, dürtüsel oldukları, düşünmeden cevap verme ihtimallerinin daha yüksek olduğu ve ödevlerini bitirme konusunda daha hızlı oldukları gösterilmiştir. Hiperaktivitenin eşlik etmediği dikkat eksikliği olan çocukların ise uyuşukluk, uykululuk, yavaşlık derecelendirmelerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (39). YBT terimi bu dönemde henüz kullanılmıyor olsa da bu çalışma ve diğer erken çalışmalarda YBT semptomları ile DEHB arasındaki ilişki araştırılmıştır (36).

1960'lar ve 1970'ler kadar erken bir zamanda bile hayal kurma ve uyuşukluk gibi bazı YBT semptomları çocuk davranışlarının değerlendirildiği ölçeklerde bulunmaktadır (31, 43, 44). Ancak bu semptomların dikkatsizlikten ayrı bir boyut olarak değerlendirilmeye başlaması 1980'lerin ortalarında olmuştur. Neeper ve Lahey (1986) çalışmalarında yavaşlık, kayıtsızlık, uyuşukluk, uykululuk ve kendine ait bir dünyadaymış gibi görünme maddelerinden oluşan ''yavaş tempo'' (slow tempo) olarak adlandırılan bir faktör ortaya çıkarmışlardır (40). Bu dönemde yapılan çalışmalar DEHB için alt tip ayrımını desteklemiştir (38-40, 42). Ancak sınırlı sayıda çalışma olduğu için 1987 yılında DSM III-R ile alt tipler kaldırılarak DEHB olgularının tümü oldukça heterojen bir şekilde ''Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu" adıyla tek başlık altında toplanmıştır (36, 45). Yine de ''Farklılaşmamış Dikkat Eksikliği Bozukluğu'' olarak adlandırılan geçici bir tanı

kategorisi oluşturulmuş, DSM III'te hiperaktivite olmaksızın dikkat eksikliği bozukluğu olarak sınıflandırılmış bozuklukların bu kategoriye sokulabileceği belirtilmiştir (45).

1988 yılında Lahey ve arkadaşları DSM'de listelenen DEHB belirtilerini ve dikkatsizlikle ilişkili olduğunu düşündükleri beş belirtiyi (uyuşukluk, halsizlik, dalgınlık, hayallere dalma ve yönergeleri takip etmede zorluk) hem okul örnekleminde hem de klinik örneklemde faktör ve küme analizleriyle incelemiş, Neeper ve Lahey'in 1986 yılındaki çalışmasına benzer biçimde ''hiperaktivite-dürtüsellik'', ''dikkatsizlik-düzensizlik'' ve ''yavaş tempo'' olmak üzere üç faktör elde etmiştir (35). Çalışmalarda ayrı bir YBT faktörünün tanımlanmasının ardından, YBT semptomlarının, dikkatsizlik semptomlarının ön planda olduğu DEHB'li çocuklarda hiperaktivite-dürtüsellik semptomlarının ön planda olduğu DEHB'li çocuklara kıyasla daha yüksek olduğu bildirilmiştir (35, 41). Bu erken çalışmalar YBT semptomlarının DEHB dikkatsizlik alanına dahil edilmesi gerekip gerekmediğini anlamaya çalışan araştırmaları teşvik etmiştir (22, 34, 46).

YBT belirtilerinin DSM IV DEHB tanı kriterlerine de dahil edilmesi düşünülmüştür (46). Alt tipler gözden geçirilirken hem ortak dikkatsizlik belirtilerinin hem de alt tiplere özgü olan dikkatsizlik belirtilerinin tanımlanması gerektiği düşünülerek DEHB'nin dikkatsizlik alt tipi için dört tane YBT maddesi önerilmiş ve üçü (unutkanlık, uyuşukluk ve hayal kurma) DSM-IV saha çalışmalarında test edilmiştir (31). Üç YBT semptomunun da DEHB'nin dikkat eksikliği alt tipi için yeterli pozitif prediktif değere sahip olduğu ancak üç semptomdan ikisinin (uyuşukluk ve hayal kurma) negatif prediktif değerinin düşük olduğu bulunmuştur. Yani uyuşukluk ve hayal kurma belirtilerinin varlıklarının dikkatsizliği öngördüğü ancak yokluklarının dikkatsizliğin yokluğunu öngörmediği saptanmıştır. Bu sebeple çalışma grubu her iki alt tip için ortak olan dikkatsizlik belirtilerini kullanmaya karar vermiş, önerilen YBT belirtilerinden unutkanlık maddesi tüm alt tipleri tanımlamada faydalı bulunduğu için DSM-IV DEHB tanı kriterlerine dahil edilmiştir (46). DSM IV'te, DSM III-R'deki ''Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu'' ismi korunmuş ancak ağırlıklı olarak hiperaktif tip, ağırlıklı olarak dikkatsiz tip ve kombine tip olmak üzere üç alt tip belirlenmiştir (47). Böylece DEHB alt tiplerinin kaldırılma kararı uzun soluklu olmamıştır.

YBT semptomlarının DSM IV'e dahil edilmeyişi YBT yapısına olan ilgiyi sona erdirmemiştir. Araştırmacılar DSM IV alt tiplerinin geçerliliğini inceleyen araştırmayı ikna edici bulmamaları, dikkatsizliğin ön planda olduğu DEHB'nin DSM IV'te çok heterojen

bir grup olarak tanımlandığını düşünmeleri nedeniyle DSM IV yayınlandıktan sonra da unutkanlık, uyuşukluk, hayal kurma gibi YBT belirtilerini ve YBT'nin DEHB alt tipleriyle ilişkisini incelemeye devam etmiştir (22, 34, 48).

McBurnett ve arkadaşları (2001) negatif prediktif güçleri zayıf bulunduğu için DSM IV'e dahil edilmemiş olan YBT belirtilerini DEHB ön tanısı ile kliniğe yönlendirilmiş olan 692 çocuktan oluşan geniş bir örneklemde tekrar incelemiştir (22). İlk analizde YBT ve dikkatsizlik belirtileri tek bir faktöre yüklenmiş ve hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri ayrı bir faktör oluşturmuştur. Hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri ayrıştırıldığında ise YBT faktörü ve dikkatsizlik faktörü olmak üzere iki ayrı faktör elde edilmiştir. YBT belirtilerinin en çok dikkatsizliğin ön planda olduğu DEHB alt tipi ile ilişkili olduğu ve hiperaktivite/ dürtüsellik belirtilerinin sayısı arttıkça YBT ile dikkatsizlik arasındaki ilişkinin dağıldığı belirtilmiştir. DSM'de tanımlanan dikkatsizlik alt tipi sadece pür dikkatsiz hastalardan oluşmamaktadır. Hiç hiperaktivite belirtisi göstermeyenler de beş hiperaktivite belirtisi gösterenler de dikkatsizlik alt tipinde değerlendirilebilmektedir. Biri hiperaktivite/dürtüsellikten kaynaklanan, diğeri yavaşlık veya hipoaktiviteden kaynaklanan farklı iki tip dikkatsizlik varsa DSM IV saha çalışmalarında YBT belirtilerinin DEHB'nin dikkatsizlik alt tipi için negatif prediktif değerinin düşük bulunmasının (yani YBT belirtilerinin yokluklarının dikkatsizliğin yokluğunu öngörmemesi) vakalardaki heterojenite nedeniyle hiç şaşırtıcı olmadığı aksine mantıklı olduğu bildirilmiştir. YBT maddelerinin DEHB dikkat eksikliği grubu içindeki heterojenliği azaltma potansiyeline sahip olabileceği düşünülmüştür (22). Bu makale YBT'ye olan ilgiyi canlandırmıştır ve YBT ile ilgili yapılan çalışmaların sayısı hızla artmıştır (31).

Özetle; DEHB'nin bir alt kavramı olarak ortaya çıkan YBT'nin, önceleri dikkatsizliğin ön planda olduğu DEHB'nin tanımlanmasında veya dikkatsizliğin ön planda olduğu DEHB'nin iki alt tipini ayırt etmede yararı olabilecek belirtiler kümesi olduğu düşünülmüştür (22). Ancak çalışma sonuçları bu olasılıkları tutarlı bir şekilde desteklemeyince YBT'nin kendi başına çalışılması gereken bir yapı olabileceği düşünülmüş, DEHB'den nasıl ayrılması gerektiği ile ilgili araştırmalar yapılmaya başlanmıştır (36). Araştırmacılar öncelikle psikometrik açıdan sağlam YBT ölçekleri geliştirmeye ve faktör analizleriyle YBT yapısının geçerliliğini araştırmaya odaklanmıştır (31). Sosyodemografik özellikler, gelişimsel seyir, komorbidite dağılımı, işlevselliği

bozma biçimleri, etiyoloji, nöropsikoloji, beyin görüntüleme ve tedaviye yanıt gibi alanlarda da DEHB'den ne tür farklılıklarının olduğu araştırılmış ve giderek artan bir biçimde araştırılmaya devam edilmektedir. Günümüzde araştırmacıların bazıları YBT'nin DEHB'ye sıklıkla eşlik eden fakat farklı bir bozukluk olduğunu belirtirken bazı araştırmacılar bu sonuca varmak için henüz yeterli kanıt olmadığını, YBT'nin bir bozukluk mu yoksa transdiagnostik öneme sahip bir yapı mı ya da mevcut bozuklukların bir belirleyicisi mi olduğunu belirlemek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğunu düşünür (4-6, 23, 49, 50). Ayrıca YBT'nin DEHB dışında anksiyete, depresyon, uyku bozuklukları gibi diğer psikopatolojilerle ve işlevsellik alanlarındaki bozulma ile ilişkisi araştırılmış, bu araştırmaların sonuçları da farklı bir yapı olarak YBT'nin geçerliliğini desteklemiştir.

YBT halihazırda psikiyatri sınıflama sistemlerinde yer almamaktadır. DSM-IV-TR'de "ağır ve tembel olma, hayallere dalıp gitme ve hipoaktivite ile belirli bir davranış örüntüsü'' olan bireylerin ''Başka Türlü Adlandırılamayan Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu'' olarak teşhis edilebileceğine dair not mevcut iken DSM 5'te bu belirtilerden hiç söz edilmemiştir (51, 52). Bu değişim YBT'nin DEHB'den farklı bir yapı olarak değerlendirilmesi açısından destek sağlaması nedeniyle memnuniyet verici olarak değerlendirilir. Ancak psikiyatri ve psikolojide yürütülen çalışmaların çoğunda DSM sınıflandırmaları kullanıldığı için DSM dizgesinde YBT semptomlarından bahsedilmemesinin araştırmaları geciktirebileceği de düşünülmektedir (31).

2.1.3. Epidemiyoloji

Bugüne dek yapılan bir dizi çalışmada YBT'nin cinsiyet ile ilişkili olmadığı bildirilmekle birlikte erkek çocuklarda kız çocuklara göre biraz daha sık görüldüğünü ve erişkinlikte cinsiyetler arasındaki farkın ortadan kalktığını gösteren çalışmalar da vardır (2-4, 53, 54). Hatta hem çocukluk hem erişkinlik döneminde kadınlarda bir miktar daha sık görüldüğünü bildiren çalışmalar da mevcuttur (28, 55).

Çalışmalarda YBT ile yaş arasında ilişki olmadığı ya da düşük seviyede pozitif yönlü bir ilişki olduğu bildirilmektedir (2, 3, 54, 56). Metaanaliz bulguları da düşük seviyede pozitif yönlü bir ilişkinin varlığını desteklemektedir (4). Katılımcıların okul öncesi dönemden dokuzuncu sınıfa kadar olan on yıllık süre boyunca izlendiği uzunlamasına bir çalışmada da zamanla YBT semptomlarında hafif bir artış olduğu bulunmuştur (27). Akademik veya sosyal beklentiler arttıkça YBT semptomların ortaya

çıkma ve daha görünür hale gelme eğiliminde olabileceği bildirilmiştir (27, 54). YBT'de etnik köken açısından farklılık olmadığı düşünülmektedir (2, 3, 56, 57). Hem çocuklarda hem de erişkinlerde YBT'nin düşük aile geliri ve düşük ebeveyn eğitimi ile ilişkili bulunmuştur (2-4).

YBT'ye ilişkin epidemiyolojik veriler DEHB'ye ilişkin epidemiyolojik verilerden farklılık gösterir. DEHB'de erkek cinsiyetin baskın olduğu, hiperaktivite belirtilerinin yaşla birlikte azaldığı, dikkat eksikliği belirtilerinin genelde stabil seyrettiği, özellikle Latin kökenlilerde olmak üzere belirli etnik gruplarda DEHB'nin daha sık görüldüğü bildirilmektedir ve DEHB'nin psikososyal sorunlarla olan ilişkisinin YBT'ye göre daha zayıf olduğu düşünülmektedir (3, 58).

2.1.4. Etiyoloji

YBT etiyolojisinin araştırıldığı sınırlı sayıda çalışma incelendiğinde YBT'nin genetik, nörobiyolojik ve sosyal alanlarla ilişkili multifaktöriyel bir etiyolojiye sahip olabileceği düşünülmektedir (5).

Moruzzi ve arkadaşları (2014) tarafından 398 ikiz dahil edilerek YBT ve DEHB belirtileri arasındaki etiyolojik ilişkiler incelendiğinde YBT belirtilerinin orta düzeyde kalıtılabilirliğe sahip olduğu ve YBT'nin genetik katkılarının yaklaşık yarısının DEHB ile ortak olduğu bildirilmiştir (59). Fakat hem YBT'nin hem de DEHB'nin kendisine özgü genetik özelliklerinin de olduğu belirtilmiştir. Ayrıca YBT'nin kalıtılabilirlik düzeyinin DEHB'nin kalıtılabilirlik düzeyine göre daha düşük olduğu ve YBT'nin çevresel etmenlerden daha fazla etkilendiği bildirilmiştir. Bolat ve arkadaşları (2020) tarafından DEHB için en iyi aday genlerden olan DRD4 geninin üçüncü ekzonunda YBT belirtilerinin yüksek olduğu grupta DEHB belirtilerinin yüksek olduğu gruba göre daha fazla 7R alleli bulunduğu saptanmıştır (9, 60). Literatürde bu genetik yapıya sahip DEHB'lilerin metilfenidat tedavisine yanıtının düşük olduğu bildirilmektedir. Bu bulgu ile uyumlu biçimde YBT'lilerde de metilfenidat tedavisine yanıtın düşük olduğu bildirilmiştir (11, 16, 61).

2015 yılında Fassbender ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) çalışmasında YBT belirtileri yüksek olan DEHB'li katılımcıların sol superior parietal loblarında hipoaktivasyon olduğu ve bu bulgunun

dikkati başlatma ve dikkati kaydırmadaki bozulma ile ilgili olabileceği bildirilmiştir (62). 2019 yılında Comprodon-Rosanas ve arkadaşları tarafından hem yapısal hem de fonksiyonel manyetik rezonans görüntülemelerin incelendiği bir çalışmada YBT'de beynin frontal korteks hacminde artış olduğu bulunmuştur. Ayrıca dorsal frontal bölge ile posterior singulat korteks arasında immatur fonksiyonel bağlantısallığın olduğu bildirilmiştir (63). Kardaş ve arkadaşları (2021) tarafından gerçekleştirilen bir fMRI çalışmasında YBT belirtileri yüksek olan DEHB'lilerde dikkat gerektiren bir görev sırasında beynin posterior alanlarında hiperaktivasyon görüldüğü bulunmuştur (13). Ünsel Bolat ve arkadaşları (2020) tarafından gerçekleştirilen difüzyon tensör görüntüleme çalışmasında YBT belirtilerinin yüksek olduğu grupta bazı motor yolaklarda ve bilişsel uyanıklıkla ilgili bölgelerde farklılaşmalar olduğu bildirilmiştir (17).

Prenatal sigara ve alkol maruziyeti olan çocuklar ile doğum sonrası pasif olarak sigara dumanına maruz kalan çocuklarda YBT semptomlarının daha yüksek olduğu ileri sürülmektedir (64, 65). Akut lenfoblastik lösemi tanısı alıp iyileşen çocukların sağlıklı kardeşlerine göre önemli ölçüde daha fazla YBT semptomuna sahip olduğu bildirilmiştir (66). Pediyatrik beyin tümörü tanısı alıp iyileşen 65, lösemi tanısı alıp iyileşen 25 ve sağlıklı 50 çocuğun karşılaştırıldığı başka bir çalışmada beyin tümörü tanısı alıp iyileşen çocuklarda karşılaştırılan iki gruptan önemli ölçüde daha fazla YBT semptomu olduğu gösterilmiştir (67).

Tiroid işlevleri ile yavaş bilişsel tempo arasındaki ilişkinin incelendiği bir araştırmada TSH konsantrasyonları ile YBT semptomları arasında pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Etki küçük olmasına rağmen demografik özellikler ve YBT'ye eşlik eden DEHB, içe yönelim ve dışa yönelim bozuklukları semptomları kontrol edildikten sonra da bu ilişki anlamlı kalmıştır. Başlangıç niteliğinde olan bu araştırmada tiroid işleyişinin YBT ile ilişkili olabileceği ve bu konuda daha fazla araştırmaya gereksinim olduğu ayrıca diğer endokrin ve biyolojik ilişkilerin incelenmesinin de önemli olduğu bildirilmiştir. TSH konsantrasyonları ile DEHB semptomları arasında ise ilişki bulunamamıştır (68).

YBT'nin kötü uyku kalitesi, gündüz uykululuğu, sabah uyanmakta zorlanma gibi uyku sorunları ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (69). Üniversite öğrencilerinin dahil edildiği bir çalışmada gündüz uykululuğunun DEHB ve YBT ile ilişkili fakat DEHB ve

YBT'den ayrı bir faktör olduğu bulunmuştur. Yapılan diğer çalışmalar da YBT'nin uyanıklık sistemi ile ilişkili ancak farklı bir yapı olduğunu desteklemektedir (70, 71).

Ailenin düşük sosyoekonomik koşullara ve düşük eğitim seviyesine sahip olması YBT ile ilişkili olan çevresel etmenlerden olabilir (3, 65).

2.1.5. Klinik

2.1.5.1. Belirtiler

YBT ile ilişkili semptomların belirlenebilmesi için özellikle son yıllarda çok sayıda araştırma yapılmıştır. 2016 yılında Becker ve arkadaşlarının 73 çalışma ile 19.000'den fazla çocuk ve yetişkin katılımcıyı dahil ederek gerçekleştirdikleri bir meta-analiz çalışmasında mevcut literatürde kullanılan YBT maddeleri incelenmiş ve YBT'nin tanımlanmasında yararı olan 13 semptom belirlenmiştir (4). Bu semptomlar şunlardır:

Hareketlerde yavaşlık
Zihin bulanıklığı
Gözlerde dalma
Uykulu veya uyuşuk hissetme
Hayallere dalma
Aklındakini unutma
Çok aktif olmama
Kendi düşüncelerinde kaybolma
Kolayca yorulma
Kafa karışıklığı
Bir şeyler yapmak için motive olamama
Zihinde bulunulan yer ve durumdan kopmalar olma
Düşüncelerde yavaşlık veya ağırlık

2.1.5.2. Nöropsikolojik Özellikler

YBT'nin kafa karışıklığı, yavaş düşünme, yavaş hareket etme, uykululuk/uyuşukluk gibi belirtilerle tanımlandığı göz önüne alındığında nöropsikolojik fonksiyonlarda bozulmalar görülmesi mümkündür (72). Fakat bu alanda DEHB'ye kıyasla

kısıtlı sayıda çalışma yapılmıştır. Ayrıca çalışmaların bir kısmında derecelendirme ölçekleri kullanılarak kişinin, ebeveyninin ya da öğretmeninin algıladığı bozulma değerlendirilmiştir. Bu da sonuç çıkarmayı güçleştirmektedir.

YBT'lilerin işitsel-görsel dikkat, seçici ve sürekli dikkat, dikkati yönlendirme, görsel-algısal beceriler, uzamsal bellek, çalışma belleği alanlarında sorunlar yaşağı, motor ve işlemleme hızlarının yavaş, inhibisyon sistemlerinin hızlı, organizasyon ve problem çözme gibi bazı yürütücü işlevsellik alanlarında bozulmalarının olduğu gösterilmiştir (3, 8, 50, 57, 65, 73-86). Fakat bu fonksiyonlarda bozulmanın olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (4, 87-96). Kesin sonuçlara varmadan önce nöropsikolojik işlevselliğin özellikle objektif testler ile değerlendirildiği daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

2.1.5.3. İşlevsellik

YBT'nin sosyoemosyonel, akademik ve genel işlevsellikte bozulma ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (2, 3). Uzunlamasına yapılan çalışmalarda da bu ilişkinin varlığı ortaya konulmuştur (97-100). DEHB, depresyon, anksiyete gibi diğer psikopatoloji boyutlarının, sosyodemografik özelliklerin ve zekanın etkileri kontrol edildiğinde de YBT işlevsellikte bozulma ile önemli ölçüde ilişkili kalmıştır (4, 78, 87, 101-103). Hem YBT'nin hem de DEHB'nin birbirlerinden bağımsız olarak işlevselliği olumsuz yönde etkilediği fakat işlevsellik üzerine olan etkilerinin farklı olduğu ve birlikteliklerinde işlevselliğin daha da olumsuz etkilendiği bulunmuştur (3).

YBT belirtileri yüksek olan çocukların içe dönüklük, ihtiyaçlarını ifade edememe, utangaçlık gibi bazı içe yönelim davranışlarına yatkın oldukları, dolayısıyla sosyal etkileşimlerinin az olduğu ve arkadaşları tarafından görmezden gelinme eğiliminde oldukları bildirilmektedir (1, 50, 53, 75, 97, 104, 105). DEHB'li çocukların ise sosyal ortamlarda kendilerini kontrol etmede güçlük yaşadıkları, sosyal uyaranlara uygunsuz tepkiler verdikleri, saldırganlık gibi davranışları olduğu bildirilmekte, bu belirtiler nedeniyle akran zorbalığı ve akranları tarafından dışlanma ile sık karşılaştıkları ileri sürülmektedir (106, 107). Bilgisayar ortamında sanal bir sohbet odası oluşturularak çalışmaya katılan çocukların iletişimlerinin incelendiği bir çalışmada YBT belirtileri yüksek olan çocukların daha az sayıda yanıt verdikleri, sosyal ipuçlarını daha zor yakaladıkları, konuşulanları daha az hatırladıkları ve soruları düşmanca yanıtlamalarının daha az olduğu bulunmuştur (108). YBT'nin düşük benlik saygısı ve daha fazla yalnızlık

düzeyi, daha fazla duygu disregülasyonu ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (26, 28, 86, 87). Flannery ve arkadaşları (2016) duygu disregülasyonun YBT ile sosyal sorunlar arasındaki ilişkiye aracılık ettiğini bildirmiştir (103).

YBT'lilerin etkin ders çalışma becerilerinin ve kendi başına öğrenme stratejilerinin zayıf olduğu, matematik ile okuma alanlarındaki performanslarının ve genel not ortalamalarının düşük olduğu bildirilmiştir (53, 78, 88, 95, 102, 109-111). YBT'nin düşük akademik işlevsellikle ilişkili olduğu günümüzde giderek artan bir biçimde gündeme gelmekle birlikte YBT ile akademik işlevsellik arasında bağlantı olmadığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (1, 20, 21, 53, 56, 102, 110-114). DEHB'nin düşük akademik işlevsellik ile olan ilişkisinin YBT'ye göre daha güçlü olduğunu bildiren çalışmaların yanı sıra, yakın zamanda geniş toplum örnekleminde yapılan bir çalışmada YBT, DEHB ve YBT+DEHB gruplarının üçünün de zayıf akademik işlevsellikle ilişkili olduğu ve bozucu etki açısından aralarında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (3, 75, 113).

YBT'nin iş, ev, okul, para yönetimi, boş zaman etkinlikleri ve özbakım gibi çeşitli yaşam alanlarında genel işlevselliği olumsuz yönde etkileyebileceği gibi fiziksel, psikolojik ve genel yaşam kalitesinde de bozulmaya yol açabileceği söylenebilir (2, 3, 115).

2.1.6. Komorbidite ve Ayırıcı Tanı

Yavaş bilişsel tempo belirtileri dikkate alındığında, pek çok psikiyatrik durumla birlikte olabileceği ve pek çok psikiyatrik tablodan ayırt edilmesi gerektiği görülür. Bunlar arasında anksiyete bozuklukları, depresif bozukluk ve benzeri tıbbi durumlar bulunmakla birlikte DEHB ayırıcı tanıda en çok ilgi odağı olan konudur.

2.1.6.1. DEHB

Bazı araştırmacılar YBT ve DEHB'nin sıklıkla komorbid olarak bulunabilen, birbiri ile yakın ilişkili olan ancak birbirinden tamamen farklı iki bozukluk olduğunu düşünmekte ve bu ilişkiyi anksiyete ile depresyon arasındaki ilişkiye benzetmektedirler (23).

18 ila 96 yaşlar arasındaki genel popülasyondan rastgele seçilen 1249 katılımcının dahil edildiği bir çalışmada katılımcıların %6,8'inin DEHB'si, %5,8'inin YBTsi olduğu ve

DEHB'ye %46 oranında YBT'nin, YBT'ye %54 oranında DEHB'nin eşlik ettiği bulunmuştur (2).

6 ila 17 yaşları arasındaki genel popülasyondan rastgele seçilen 1800 katılımcının dahil edildiği bir çalışmada katılımcıların %8,7'sinin DEHB'si, %5,7'sinin YBT'si olduğu ve DEHB'ye %39 oranında YBT'nin, YBT'ye ise %59 oranında DEHB'nin eşlik ettiği bildirilmiştir (3). Bu çalışmaların ardından geniş örneklemlerde birkaç çalışma daha yapılmış ve benzer oranlar bildirilmiştir (75, 82).

YBT ve DEHB arasındaki örtüşmenin en çok DEHB'nin dikkat eksikliği alt tipi ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (57, 83). YBT belirtilerinin DEHB dikkat eksikliği belirtileri ile yüksek-orta seviyede, hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri ile zayıf seviyede ilişkili olduğu ya da ilişkili olmadığı bildirilmektedir. Hatta dikkatsizlik belirtileri ortadan kaldırıldığında negatif ilişkili olduğunu bildirilmektedir (4, 28, 36, 57, 83, 85, 116-118). YBT belirtileri ile DEHB belirtileri arasındaki ilişkinin YBT belirti boyutlarının kendi arasındaki ilişkiden önemli ölçüde daha az olduğu bulunmuştur (2, 3, 21, 53, 118). Ayrıca YBT ve DEHB komorbiditesinin her iki yapının tek başına var olmasına göre önemli ölçüde daha fazla bozulmayla ilişkili olduğu gösterilmiştir (2, 86, 87).

2.1.6.2. Diğer Psikopatolojiler

YBT'nin anksiyete ve depresyon ile pozitif yönde orta-yüksek düzeyde ilişkili olduğu; karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, davranım bozukluğu, DEHB hiperaktivite/dürtüselliğin ön planda olduğu alt tip, madde kullanım bozuklukları ve antisosyal kişilik bozukluğu ile ise ilişkili olmadığı ya da negatif yönde ilişkili olduğu düşünülmektedir (3, 4, 20, 31, 88, 91, 99, 100, 102, 117, 119-121). DEHB ise tüm bu bozukluklarla pozitif yönde ilişkilidir.

YBT'nin anksiyete ve depresyon ile ilişkili olduğunun gösterilmesi, YBT literatüründeki en tutarlı bulgulardan biridir. Bu ilişkinin hem DEHB belirtileri kontrol edildiğinde hem de anksiyete ve depresyon örtüşmesi kontrol edildiğinde anlamlı şekilde devam ettiği bildirilmiştir (53, 88, 112, 118, 120). YBT'nin depresyon ile anksiyeteye göre daha yüksek seviyelerde ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (93, 99, 119, 120, 122). YBT ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkinin fark edilmesinden sonra

gerçekleştirilen faktör analizi çalışmaları YBT'nin depresyon ve anksiyeteden farklı bir yapı olduğunu göstermiştir (28, 50, 53, 100, 117).

Anksiyete ve depresyon ile DEHB dikkat eksikliği alt tipi arasındaki ilişkinin YBT belirtileri kontrol edildiğinde zayıfladığını hatta kaybolduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (117, 118, 123). Anksiyete ve depresyonun YBT ile DEHB'ye göre daha güçlü seviyede ilişkili olduğu düşünülmektedir (102, 109). DEHB ve YBT komorbiditesinin ise her iki durumun tek başına görülmesine göre bazı psikopatolojilerin gelişimi açısından daha riskli bir durum olduğu ve kişide daha olumsuz bir etki yarattığı bildirilmiştir (3).

Uzunlamasına yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Katılımcıların on yıl boyunca izlendiği bir çalışmada erken çocukluk döneminde mevcut olan YBT ve DEHB'nin ergenlik dönemindeki anksiyete, depresyon, içe dönüklüğü ve DEHB hiperaktivite/impulsivite belirtileri, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, agresyon, suç işleme davranışlarını ne şekilde yordadığı birbirlerinin etkileri kontrol edilerek değerlendirilmiştir. Anksiyete, depresyon ve içe dönüklüğü YBT'nin öngördüğü ancak DEHB dikkat eksikliği belirtilerinin öngörmediği saptanmıştır. DEHB dikkat eksikliği alt tipinin DEHB hiperaktivite/impulsivite belirtileri, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, agresyon ve suç işleme davranışlarını öngördüğü, YBT'nin ise aksine bu bozukluk ve davranışların görülme riskini azalttığı gösterilmiştir (73). Katılımcıların bir ila iki yıl arasında izlendiği çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur (99, 100). Ayrıca YBT'nin intihar davranışları ile ilişkili olduğu bulunmuş, depresyon dahil diğer psikopatolojilerin etkileri kontrol edildiğinde de bu ilişki devam etmiştir (124-126).

2.1.7. Değerlendirme

Yukarıda belirtilen nedenler ve şartlar nedeniyle YBT tanısı elbette güçlükler arz eder. Uykululuk, hayallere dalma, boş gözlerle bakma, aktivite azlığı gibi YBT belirtileri ile başvuran hastalarda psikiyatrik bir tanı düşünmeden önce kapsamlı bir tıbbi değerlendirme yapılmalıdır (23). Özellikle uyku bozuklukları, nörolojik hastalıklar, tiroid fonksiyon bozuklukları, anemi, beslenme bozukluğu ve vitamin eksiklikleri gözden geçirilmeli, gerekirse ilgili bölümlerden konsültasyon istenmelidir (23, 127). Tüm psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi ayrıntılı psikiyatrik öykü alınmalı ve ruhsal durum muayenesi yapılmalıdır. YBT belirtileri olan hastaları değerlendirmek için henüz standart

tanı kriterleri ve tam yapılandırılmış psikiyatrik görüşme araçları yoktur. Ancak tanıda yararlanılması önerilen YBT ölçekleri mevcuttur (127).

YBT'nin 1980'li yıllara dayanan tanımlamalarına rağmen, araştırmacılar YBT'yi değerlendirmek için uzun yıllar boyunca DEHB ölçeklerinden veya Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği (The Child Behavior Checklist) gibi çocuk davranışlarının değerlendirildiği ölçeklerden seçilen, sayısı 2 ila 5 arasında değişen, az sayıda YBT klinik belirtilerini kullanmıştır (22, 35). Bu ilk YBT çalışmalarının bazı alanlarda birbirleriyle tutarsız sonuçlar vermesi araştırmacılar tarafından YBT'yi değerlendirmek için az sayıda belirti ve bulgunun kullanılıyor oluşuyla ilişkilendirilmiş ve YBT belirtilerini daha ayrıntılı değerlendirmeye olanak sağlayan, psikometrik açıdan sağlam ölçeklere ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır (57).

Penny ve arkadaşları (2009) literatürdeki bu eksikliği ele alarak öncelikle literatürün kapsamlı bir incelemesi ile YBT'nin belirti ve bulgularını tanımlayan 26 madde belirlemiş, ardından içerik geçerlik analizi ile 26 maddeyi 14 maddeye indirmiştir (118). İlk kez modern psikometrik prosedürler kullanılarak geliştirilmiş olan ''The Sluggish Cognitive Tempo Scale'' gelecekteki YBT ölçeklerinin geliştirilmesi için temel oluşturmuştur. Bu ölçeğin yayımlanmasının ardından ölçek geliştirme çalışmalarının sayısı hızla artış göstermiştir (2, 3, 26, 28, 128).

Henüz YBT alanında standart bir ölçüm sağlanamamıştır. Mevcut ölçekler arasında madde içerikleri, madde sayısı gibi birçok farklılık vardır (8, 12, 14, 42-44, 52). Ancak özellikle son yıllarda YBT'ye artan ilgi ile YBT'nin ölçüm alanında önemli ilerlemeler kaydedilmiş ve çeşitli ölçeklerin YBT'yi etkili bir şekilde ölçtüğü gösterilmiştir (2, 3). YBT'nin ölçüm alanı ile ilgili kat edilen ilerlemeler özellikle de çocuk ve ergen popülasyonlarının incelenmesi ile olmuştur. Nitekim Becker'in YBT ölçeklerini incelediği sistematik derleme çalışmasında çocuk ve ergenler için mevcut olan yedi ölçeğe karşılık erişkinler için iki ölçek (The Barkley ADHD Adult Rating Scale–IV'un YBT alt skalası ve Adult Concentration Inventory) bulunmaktadır (35).

BAARS-IV, DEHB'nin değerlendirildiği 18 madde ile YBT'nin değerlendirildiği dokuz maddeden oluşmaktadır (2). Erişkinlerde YBT'nin yapısal geçerliliği ilk kez Barkley (2012) tarafından BAARS-IV'un YBT alt skalası ile 18-96 yaş arasında olan, 1249 kişiden oluşan ulusal bir örneklemde incelenmiş ve dokuz YBT belirtisinin DEHB

belirtilerinden ayrı bir boyut oluşturduğu gösterilmiştir. Çalışmada ölçeğin alt boyutları tanımlanmamış, YBT'nin tek bir toplam puan ile değerlendirilmesi önerilmiştir. Ölçeğin psikometrik özellikleri daha sonra üniversite öğrencileri üzerinde de incelenmiş, YBT'nin DEHB ile gündüz uykululuğundan farklı bir yapı olduğu gösterilmiştir (70, 102). Ancak Takeda ve arkadaşları (2019) tarafından Japonya'da gerçekleştirilen çalışmada ölçeğin dokuz YBT maddesinden dördü DEHB dikkatsizlik belirtilerinden ayırt edici geçerlilik göstermemiştir (129). BAARS-IV'un diğer psikometrik inceleme çalışmalarından farklı olarak Lunsford-Avery ve arkadaşlarının (2021) çalışmalarında ölçeğin faktör yapısı diğer psikopatolojilerden bağımsız olarak incelenmiş, ''uykululuk/uyuşukluk'', ''yavaşlık/hayallere dalma'' ve ''düşük girişimcilik/sebat edememe'' olarak isimlendirilen üç alt boyut tanımlanmıştır (130). BAARS-IV, Erişkin Konsantrasyon Envanteri'ne kıyasla daha fazla çalışmada, ülkede ve daha geniş bir yaş aralığında incelenmiştir. Ayrıca ABD'li yetişkinlerden oluşan ulusal bir örneklem için normatif verilere sahiptir (49).

Erişkinlerde YBT belirtilerini değerlendiren diğer özbildirim ölçeği de, bizim de bu çalışmada geçerlik ve güvenirliğini araştırdığımız, Stephen P. Becker ve arkadaşları tarafından meta-analitik verilere dayandırılarak, daha yakın bir zamanda geliştirilen Erişkin Konsantrasyon Envanteri (EKE)'dir (28). Becker ve arkadaşları (2016) 73 çalışma ile 19.000'den fazla çocuk ve yetişkin katılımcıyı dahil ederek gerçekleştirdikleri meta-analiz çalışmalarında literatürde kullanılan YBT maddelerini sistematik olarak incelemiş ve 18 temel YBT semptomu tanımlamışlardır. Ardından faktör analizleriyle bu 18 maddeden 13'ünün DEHB faktörünün aksine YBT faktörüne güçlü (>.70) ve tutarlı şekilde yüklendiğini göstermişlerdir (4). Meta-analiz çalışmasının yapıldığı esnada mevcut olan YBT ölçeklerinin hiçbiri bu 13 YBT maddesinin tümünü içermemektedir (49).

Meta-analiz çalışmasını takiben geliştirilen EKE, meta-analiz ile desteklenen 13 YBT maddesinin tümünü ve YBT'ye özgü olduğunun ön kanıtları bulunan, zihinsel karışıklığı değerlendiren üç maddeyi içermektedir (4, 128). Özgün ölçek çalışmasında tek boyutlu olarak sunulan EKE on altı maddeli ve dörtlü likert tipindedir. Son altı aya göre 0 (Hiç) ila 3 (Çok sık) arasında derecelenir. Sürekli bir ölçektir yani ölçeğin kesim noktası bulunmamakta, alınan toplam puan arttıkça YBT belirtilerinin de arttığı şeklinde yorumlanmaktadır. Ölçek ayrıca YBT nedeniyle çeşitli yaşam alanlarında ne kadar güçlük yaşandığını sorgulayan sekiz madde daha içerir. Ancak bu maddeler puanlamaya dahil edilmemektedir. EKE, özgün ölçek çalışmasında 3172 üniversite öğrencisinden oluşan bir

örneklem ile incelenmiş, ölçekteki 16 maddeden 10'unun DEHB-dikkat eksikliği, anksiyete ve depresyon semptomlarına göre daha güçlü yakınsak ve ayırt edici geçerlilik gösterdiği saptanmıştır (α=0,89). Çalışmada ayrıca EKE'nin, YBT ile ilişkili olduğu düşünülen bazı dış yapıları (anksiyete, depresyon, benlik saygısı, yalnızlık, duygu düzenleme güçlüğü, yürütücü işlevler, işlevsellikte bozulma) ölçen araçlarla olan ilişkileri DEHB, anksiyete ve depresyon belirtileri kontrol edilerek incelenmiş ve iyi ölçüt bağlantılı geçerlilik sergilediği bulunmuştur (28).

2021 yılında EKE'nin psikometrik özelliklerinin incelendiği iki çalışma daha yayımlanmıştır (131, 132). Fredrick ve arkadaşları (2021) 31-68 yaş arasında olan, 286 erişkinden oluşan ABD toplum örnekleminde EKE'nin 16 maddesinden 10'unun DEHB-dikkatsizlik semptomlarına göre güçlü yakınsak ve ayırt edici geçerlilik gösterdiğini bulmuştur (131). Basha ve Alsubie (2021) 19-38 arasında olan, 154 kadın üniversite öğrencisinden oluşan bir Suuidi Arabistan örneklemi ile EKE'nin Arapça formunun psikometrik özelliklerini incelemiştir (132). Bu çalışmada, önceki iki çalışmadan farklı bir yöntem kullanılarak, YBT'nin faktör yapısı diğer psikopatolojilerden bağımsız olarak incelenmiş ve ''yavaş düşünme ve hareket etme'', '' dağınıklık ve dikkat dağıtan düşünceler'', ''enerji eksikliği'' şeklinde isimlendirilen üç faktör elde edilmiştir. EKE'nin psikometrik özelliklerinin araştırıldığı bu üç çalışmanın sonuçları da EKE'nin kullanımını desteklemektedir.

EKE'nin geliştiricilerinden Becker aynı zamanda çocuklarda YBT belirtilerinin özbildirim derecelendirmeleriyle değerlendirildiği Child Concentration Inventory II (CCI-II) ile ebeveyn/öğretmen derecenlendirmeleriyle değerlendirildiği Child and Adolescent Behaviour Inventory (CABI)'nin YBT modülünün de geliştiricilerindendir. CCI-II ve CABI'nin YBT modülü, EKE ile neredeyse örtüşen madde içeriklerine sahiptir. Bu iki ölçek literatürde en güçlü desteğe sahip YBT ölçeklerindendir (49).

Literatür incelenince göze çarpan, iki yetişkin YBT ölçeği BAARS-IV ile EKE arasında karşılaştırma yapıldığında; BAARS-IV'un daha fazla sayıda çalışma ve ülkede, daha geniş bir yaş aralığında incelenmiş olması, ABD'li yetişkinler için normatif verilere sahip olması EKE'ye göre daha fazla desteğe sahip olduğunu düşündürebilir. Ancak EKE'nin daha yakın zamanda ve meta-analitik verilere dayandırılarak geliştirilen bir ölçek olması, daha fazla sayıda katılımcı üzerinde incelenmiş olması, sadece DEHB-dikkatsizlik belirtilerine değil hem DEHB-dikkatsizlik belirtilerine hem de anksiyete ve depresyon

belirtilerine göre güçlü yakınsak ve ayırt edici geçerlilik gösteren maddeleri bulundurması, EKE ile neredeyse örtüşen madde içeriklerine sahip Child Concentration Inventory II ile Child and Adolescent Behaviour Inventory'nin YBT modülünün literatürde en sık kullanılan ve en güçlü desteğe sahip YBT ölçeklerinden olmaları nedenleriyle Türkçe geçerlik ve güvenirliğini araştırdığımız EKE'nin de güçlü psikometrik özelliklere sahip, iyi bir ölçüm aracı olduğu söylenebilir.

2.1.8. YBT Tedavisi

YBT'nin epidemiyolojisi, etiyolojisi ve klinik özellikleri ile DEHB'nin epidemiyolojisi, etiyolojisi ve klinik özellikleri arasındaki fark tedavi alanında da mevcuttur. DEHB tedavisinde yaygın olarak kullanılan metilfenidatın YBT'lilerde aynı olumlu etkilere sahip olmayabileceği klinik çalışmalarda, olgu bazında ve klinik gözleme dayanan raporlarda bildirilmiştir (11, 16, 23, 34, 61). DEHB dikkat eksikliği ve DEHB kombine alt tip tanıları olan çocuklardan oluşan bir örneklemde YBT belirtileri ile uzun etkili metilfenidat tedavisine verilen yanıt arasındakinin ilişkinin incelendiği randomize, çift kör, plasebo kontrollü bir çalışmada YBT'nin hayallere dalma boyutunun tedaviye yanıtı etkilemediği ancak uykululuk/yavaşlık boyutunun tedaviye yanıtsızlığı öngördüğü bulunmuştur (61). Başka bir çalışmada DEHB dikkat eksikliği alt tip tanısı bulunan çocuk ve ergenlerde bir aylık metilfenidat tedavisi sonrasında YBT belirtileri bulunan ve bulunmayan iki grup arasında tedavi yanıtı bakımından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (55). Ülkemizde yapılan açık etiketli bir çalışmada, Fırat ve arkadaşları (2021) DEHB'li çocukların bir aylık metilfenidat tedavisinden sonra YBT-toplam ve YBT-hayallere dalma puanlarında hem ebeveyn ve hem de öğretmen derecelendirmelerinde azalma görüldüğünü, YBT-yavaşlık puanlarında ise sadece öğretmen derecelendirmelerinde azalma olduğunu bildirmiştir. Ayrıca öğretmen derecelendirmeleri ile saptanan yüksek YBT puanlarının metilfenidat tedavisine olan yanıtın azalmasıyla ilişkili bulunmuştur (11).

Randomize, çift kör, plasebo kontrollü, çapraz geçişli tasarıma sahip güncel bir çalışmada YBT+DEHB'si olan yetişkinlerde lisdexamfetamin tedavisinin YBT ve DEHB belirtileri ile yürütücü işlevlerde bozulma ve işlevsellikte bozulma alanlarında önemli derecede iyileşme sağladığı bulunmuştur (133).

Randomize, çift kör, plasebo kontrollü bir çalışmada Wietecha ve arkadaşları (2013) atomoksetin tedavisinin YBT belirtileri üzerine olan etkisini DEHB, disleksi ya da

DEHB+disleksi tanıları bulunan 10 ile 16 yaş arasındaki çocuk ve ergenler üzerinde incelemiştir. Tedavi sonrası her üç grupta da temel YBT belirtilerinde anlamlı düzeyde azalma olduğu görülmüştür (134). Bu çalışma ilaç tedavisi ile YBT belirtilerinde iyileşmenin gösterildiği ilk çalışmadır. Ancak DEHB puanlarındaki azalmanın kontrol edilmemesi ile ilgili eleştiri almıştır. Yang ve arkadaşları (2014) atomoksetinin YBT belirtileri üzerine olan etkisinin DEHB belirtilerinin iyileşmesi yoluyla olmasının mümkün olabileceğini, bu etki kontrol edilmeden atomoksetinin YBT belirtilerinde iyileşme sağladığının söylenemeyeceğini ileri sürmüştür (135). Bunun üzerine McBurnett ve arkadaşları (2017) tarafından çalışmanın ileri analizleri yapılmış ve atomoksetinin DEHB belirtilerindeki azalmadan bağımsız olarak YBT belirtilerinde iyileşme sağladığı gösterilmiştir (136).

YBT depresif bozukluk ve anksiyete bozuklukları ile çok sık birlikte görüldüğü için fluoksetin, bupropion, venlafaksin gibi uyarıcı etki gösteren antidepresanların ve bilişsel davranışçı terapinin; uyku sorunları ile ilişkili olduğu için ise modafinilin YBT tedavisinde faydalı olabileceği teorik açıdan düşünülmüş ancak bu teoriler henüz klinik çalışmalarda araştırılmamıştır. DEHB tedavisinde kullanılan guanfasinin uykululuk yan etkisi nedeniyle YBT tedavisinde ters etki yaratabileceği ancak yine de araştırmaya değer olabileceği ifade edilmiştir (23).

DEHB-dikkat eksikliği belirtileri ve YBT belirtileri bulunan 69 çocuğa bir psikososyal davranış modifikasyonu programı olan Çocuk Yaşamı ve Dikkat Becerileri (CLAS-Child Life and Attention Skill) Programı uygulanmış, tedavi sonrası DEHB-dikkat eksikliği belirtileri ve YBT belirtilerinin benzer düzeyde azaldığı, ayrıca çocukların sosyal ve organizasyon yeteneklerinde iyileşme olduğu gösterilmiştir. Bu olumlu etkiler takiplerde de devam etmiştir (137).

2.2. Ölçme Araçlarında Bulunması Gereken Psikometrik Özellikler

Bir ölçme aracında bulunması gereken temel psikometrik özellikler güvenirlik ve geçerliktir (138). Güvenirlik, bir ölçme aracının kendi içindeki tutarlılığı ve kararlılığıdır. Güvenilir bir ölçme aracı benzer koşullar altında tekrar uygulandığında benzer sonuçlar elde edilir, yani ölçüm tesadüfi hatalardan arınıktır (139-141). Bir ölçüm aracının güvenirliği aracın bir kez uygulandığı durumlar için iç tutarlılık analizleri, iki kez uygulandığı durumlar için test-tekrar test analizleri ile değerlendirilebilir. İç tutarlılık

analizleri ölçekte bulunan maddelerin birbirleriyle olan uyumunu değerlendirmek için yapılır. Uyumun yüksek olması ölçekte bulunan maddelerin ölçülmesi amaçlanan yapıyı değerlendirmek üzere bir bütün oluşturduğu anlamına gelir. Test-tekrar test güvenilirliği ise ölçek istikrarlılığını yani ölçeğin zamana karşı değişmezliğini değerlendirmek için araştırılır (142).

Geçerlik; bir ölçme aracının ölçülmesi amaçlanan yapıyı, başka herhangi bir yapı ile karıştırmadan isabetli ve doğru biçimde ölçme derecesidir (143, 144). Ölçek geliştirme ve ölçek uyarlama çalışmaları ile ölçeğin farklı özelliklere sahip örneklemlerde kullanılacağı durumlarda araştırılır. Literatürde geçerliğe ilişkin farklı sınıflama önerileri bulunmakla birlikte, geçerlik genelde kapsam geçerliği, yapı geçerliği ve ölçüt geçerliği şeklinde üç başlıkta toplanır ve değerlendirilir (145, 146).

Kapsam (içerik) geçerliği, ölçme aracında bulunan maddelerin ölçülmesi amaçlanan alanı yeterli düzeyde ölçüp ölçmediği ile bu alan dışında farklı bir anlam barındırıp barındırmadığını belirlemek için araştırılır (147). Bu aşamada araştırmacılar tarafından en sık başvurulan yöntem uzman görüşlerinin alınmasıdır.

Yapı (kavram) geçerliği, bir ölçme aracının ölçülmesi amaçlanan yapıyı ne derece doğru ölçtüğünü değerlendirmek için araştırılır. Bu araştırma için en sık kullanılan yöntem faktör analizidir. Faktör analizi gerçekleştirilmeden önce ise Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett Küresellik testlerinin gerçekleştirilmesi gerekir (148). KMO testinde korelasyon katsayılarının büyüklüğü ile kısmı korelasyon katsayılarının büyüklüğü karşılaştırılarak örneklem yeterliliği hesaplanır (149). Bartlett testi ise maddelerin en azından bir kısmı arasında yüksek dereceli korelasyonlar olma olasılığını test etmek için gerçekleştirilir (150). Bu testler verilerin faktör analizine uygun olduğunu gösteriyorsa faktör analizine geçilir.

Faktör analizi, analizin amacına göre açıklayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) olmak üzere iki temel yönteme ayrılır (142). Ölçülmesi amaçlanan yapının gizil değişkenlerini ve örtük yapısını ortaya çıkarmaya yarayan yöntem açıklayıcı faktör analizidir. AFA için en sık kullanılan yöntem temel bileşenler analizidir. Temel bileşenler analizi ile birbirleriyle ilişkili olan maddeler ‘’faktör’’ adı altında bir araya getirilerek daha az sayıda değişken elde edilir (151). Türetilen faktörler daha anlamlı ve yorumlanabilir bir faktör matrisi elde edebilmek için rotasyona tabi tutulur ve ardından

maddelerin faktör yükleri incelenerek hangi maddelerin ölçekte tutulucağına hangi maddelerin ölçekten çıkarılacağına karar verilir. Hangi maddelerin ölçekte bulunacağına karar verdikten sonra maddelerin hangi faktörlerde yer aldığı incelenir ve hem madde içerikleri hem de kavramsal yapılar dikkate alınarak faktörler isimlendirilir.

AFA ile elde edilen yapıların ya da daha önceden doğruluğu birçok çalışma ile gösterilmiş olan yapıların doğruluğunun test edildiği yöntem ise DFA'dır (142). DFA için araştırmacılar tarafından en sık kullanılan yöntem yapısal eşitlik modellemesidir. Yapısal eşitlik modellemesi ile maddelerin faktör yükleri ve modelin uyumu incelenir. Model uyumunu incelemek için kullanılabilecek birçok kriter vardır. Literatürde en çok kullanılar ise Minimum Tutarsızlık/Serbestlik Derecesi (CMIN/DF), Uyum İndeksinin İyiliği (Goodness of Fit Index, GFI), Karşılaştırmalı Uyum İyiliği (Comparative Fit Index, CFI) ve Hata Kareler Ortalamasının Tahmini Kökü (Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA)'dür.

Ölçüt geçerliği (kriter geçerliği, criterion validity), ölçülmesi amaçlanan alan ile bu alanla bağlantılı olduğu bilinen dış ölçüt veya ölçütler arasındaki ilişkilerin incelenmesi yolu ile psikometrik incelemesi yapılan ölçeğin geçerliğine ilişkin ek kanıtlar elde etmek için araştırılır. Dış ölçütlerin değerlendirilme zamanına göre uygunluk geçerliği (eş zamanlı geçerlik, concurrent validity) ve yordama geçerliği (kestirim geçerliği; predictive validity) olmak üzere iki yöntem ile incelenir (147). Eş zamanlı geçerlikte, psikometrik incelemesi yapılan ölçek ile dış ölçütlerin değerlendirildiği ölçekler aynı anda uygulanır ve aralarındaki uygunluk değerlendirilir. Yordama geçerliğinde ise dış ölçütlerin değerlendirildiği ölçekler psikometrik incelemesi yapılan ölçekten daha sonraki bir zamanda uygulanır. Böylece geçerliği araştırılan ölçeğin, gelecekte gelişmesi beklenen durumları ön görüp ön göremediği, ön görüyor ise ne derece ön gördüğü değerlendirilir.

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma Erişkin Konsantrasyon Envanteri'nin (EKE) Türkçe geçerlik ve güvenirliğinin araştırıldığı metadolojik tipte bir çalışmadır.

3.2. Envanterin Türkçeye Uyarlanması

Envanterin Türkçeye uyarlanması sekiz aşamada gerçekleştirilmiştir.

Birinci aşama: ''Adult Concentration Inventory'' isimli ölçeği geliştiren akademisyen Stephen P. Becker ile elektronik posta yoluyla iletişim sağlanarak ölçeğin Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışması için izin alındı.

İkinci aşama: Orijinal dili İngilizce olan envanterin Türkçeye ilk çevirileri araştırmacı ile bir çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı tarafından birbirlerinden bağımsız olarak yapıldı.

Üçüncü aşama: Bu çeviriler iyi derecede İngilizce ve Türkçe bilen iki erişkin ruh sağlığı ve hastalıkları öğretim görevlisi tarafından gözden geçirildi. Çeviri formları üzerinde tartışılarak anlam, kültürel uygunluk ve dil bilgisi açısından gerekli düzeltmeler yapılarak tek bir form haline getirildi.

Dördüncü aşama: Ölçek ile ilgili bilgisi olmayan, anadili İngilizce olan ve iyi derecede Türkçe bilen bir İngilizce dil profesyoneli tarafından çeviri formu tekrar İngilizceye tercüme edilerek geri çeviri formu oluşturuldu.

Beşinci aşama: Tüm sürece kör olan bağımsız bir İngilizce dil profesyoneli tarafından çeviri formu ile geri çeviri formu dilsel eşdeğerlik açısından değerlendirildi. Herhangi bir maddede tutarsızlık saptanmadı.

Altıncı aşama: Türkçe formun kapsam geçerliğini incelemek için On bir çocuk ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanından görüş alındı. Türkçe formun iyi bir kapsam geçerliğine sahip olduğu saptandı.

Yedinci aşama: Anlaşılabilirlik ve amaca uygunluğu değerlendirmek için 20 kişilik bir pilot gruba Türkçe form uygulandı. Pilot gruptaki katılımcılar envanteri cevapladıktan sonra katılımcılara her bir madde ile ilgili ne anladıkları, bu maddelerin başka nasıl ifade edilebileceği soruldu ve diğer geri bildirimler alındı. Pilot grupla yapılan görüşmeler sonunda ölçeğin Türkçe formunda revizyona ihtiyaç olmadığı düşünüldü. Pilot grup ile elde edilen veriler çalışma verilerine dahil edilmedi.

Sekinci aşama: Son adım olarak envanteri geliştiren akademisyen Stephen P. Becker' e elektronik posta yoluyla geri çevrilmiş form gönderildi ve Stephen P. Becker tarafından asıl metne uygunluk açısından değerlendirildi, değişiklik yapılması istenen herhangi bir kısım olmadı.

3.3. Araştırmanın Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi

Örneklem büyüklüğü belirlenirken hem güç analizinden hem de faktör analizleri açısından önerilen mutlak gözlem sayısı ve gözlem sayısı/madde sayısı oranı kriterlerinden yararlanıldı.

Örneklem büyüklüğü güç analizinden yararlanarak, Kevin H. Kim'in çalışmasına göre, RMSEA (Root Mean Square Error of Aproximation) 0.05, önem derecesi (alfa) 0.05, çalışmanın gücü 0.80, drop out oranı %20 kabul edildiğinde 24 madde (16 nicel + 8 nitel) ve 1 faktörlük ölçek için gerekli katılımcı sayısı 200(ulaşılması gereken katılımcı)/160(drop out'lar dışlandıktan sonra gerekli katılımcı sayısı) olarak hesaplandı. Çalışmanın gücü 0.90 kabul edildiğinde ise aynı varsayımlarla gerekli katılımcı sayısı 243/194 olarak hesaplandı (152, 153). Buna göre çalışmanın örneklem büyüklüğünün en az 200 olması gerektiğine karar verildi.

Faktör analizleri için gerekli örneklem büyüklüğünü belirleyen altın bir kural olmasa da araştırmacılar tarafından önerilmiş bazı kriterler bulunmaktadır. Bu kriterler mutlak gözlem sayısı ve gözlem sayısı/madde sayısı oranı şeklinde iki başlık halinde toplanabilir. Faktör analizi için gerekli minimum mutlak gözlem sayısı ile ilgili literatürde 50 ila 400 arasında çok farklı değerler önerilmektedir (154-156). Gözlem sayısı/madde sayısı oranının kaç olması gerektiğiyle ilgili de araştırmacılar arasında fikir birliği bulunmamakla birlikte genel kabul, gözlem sayısının ölçekteki madde sayısından mümkün olduğunca yüksek tutulması gerekliliğidir (148). Gözlem sayısının madde sayısının en az

beş ya da on katı olması istenir (157-159). Hatta bazı araştırmacılara göre bu oran en az 20 kat olmalıdır (160). Literatürde birbirinden farklı öneriler bulunuyor olsa da araştırmacılar arasındaki genel kabul asgari sınırın 10 kat olduğudur. 10 kat kriteri dikkate alındığında 16 maddeli EKE'nin geçerlik ve güvenirliğini araştırmak en az 160 katılımcının çalışmaya dahil edilmesi gerekmektedir. Buna göre güç analizi ile belirlediğimiz 200 rakamı gözlem sayısı/madde sayısı kriterine göre de yeterlidir.

3.4. Araştırma Örnekleminin ve Verilerin Toplanması

Araştırmaya çevrim içi iletişim araçlarının aracılığıyla ulaşılan, çalışmaya katılmaya onay veren, 18-30 yaş aralığında olan 637 katılımcı dahil edildi. Bu katılımcıların 552'si üniversite öğrencisi, 85'i üniversite mezunudur.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

1. 18-30 yaş aralığında olmak,
2. Çalışma hakkında bilgilendirildikten sonra çalışmaya katılmaya onay vermiş olmak,
3. Anadili Türkçe olmak,
4. Üniversite öğrencisi olmak veya üniversite mezunu olmak,
5. Son altı aydır psikiyatrik tedavi almıyor olmak.

Çalışmadan dışlama kriterleri;

1. 18-30 yaş aralığının dışında olmak,
2. Anadilin Türkçe dışında bir dil olması,
3. Bilinen psikomotor yavaşlamaya yol açabilecek fiziksel bir hastalığı bulunmak.

Bir çevrim içi veri toplama aracı olan surveymonkeyde bilgilendirilmiş onam formu, sosyodemografik veri formu, Erişkin Konsantrasyon Envanteri, Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği 21, Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği,

UCLA Yalnızlık Ölçeği ve SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği elektronik formata dönüştürülerek bir bağlantı oluşturuldu.

Araştırmacı ve katılımcılara ulaşma konusunda araştırmacıya gönüllü olarak yardım eden kişiler tarafından çevrim içi iletişim araçlarında (whatsapp ve facebook grupları) araştırma ile ilgili kısaca bilgilendirme yapılarak https://tr.surveymonkey.com/r/yavasbilisseltempo1 bağlantısı paylaşıldı ve hedef örneklem çalışmaya katılmaya davet edildi. Katılımcılar bağlantıya tıkladıklarında ilk olarak bilgilendirilmiş onam formu ile karşılaştılar, katılımlarını onaylayan gönüllüler sosyodemografik veri formu ve ölçekleri doldurdu.

Test-tekrar test güvenirliği saptamak için Erişkin Konsantrasyon Envanteri'nin bir hafta sonra tekrar doldurulmasının çalışmaya ek katkı sağlayacağı ile ilgili katılımcılar çalışmanın başında bilgilendirildi. Tekrar testi doldurmayı kabul ederek elektronik posta bilgilerini paylaşan, kendileriyle yeniden iletişime geçilmesine izin veren katılımcılara bir hafta sonra envanter e-posta aracılığıyla iletildi. Üç günün sonunda envanteri doldurmamış olan katılımcılara hatırlatma e-postası gönderilerek katılımcılar tekrar testi doldurmaları için çalışmaya tekrar davet edildi. Çalışmaya katılımlarından sonraki 7-14 gün içinde tekrar testi yanıtlayan katılımcıların tekrar testleri analize dahil edildi. 14 günden daha uzun süre sonra yanıt alınmış olan katılımcılar tekrar testi doldurmamış olarak değerlendirildi, test-tekrar test analizlerine dahil edilmedi.

Elektronik posta bilgilerini veren katılımcılar tekrar testi doldurmaları için surveymonkey sistemi veya tez sahibinin e-posta adresi aracılığıyla olmak üzere 2 farklı yol ile çalışmaya davet edildi. Surveymonkey sistemi aracılığıyla iletilen elektronik postaların analizlerini ayrıntılı olarak izleme olanağı vardır ancak bu sistem üzerinden bazı adreslere e-posta iletilmesinde bazen sorun yaşanabilmektedir. Örneğin edu.tr uzantılı e-postalara gönderilen iletiler kişilerin gelen kutusu yerine istenmeyen e-posta kutusuna gidebilmektedir. Bu durumun katılımcılara tekrar testi doldurmaları için gönderilen davetin gözden kaçmasına neden olabileceği düşünülerek sorun yaşanması olası bazı e-posta adreslerine surveymonkey sistemi yerine çalışmacının maili aracılığı ile davet iletildi.

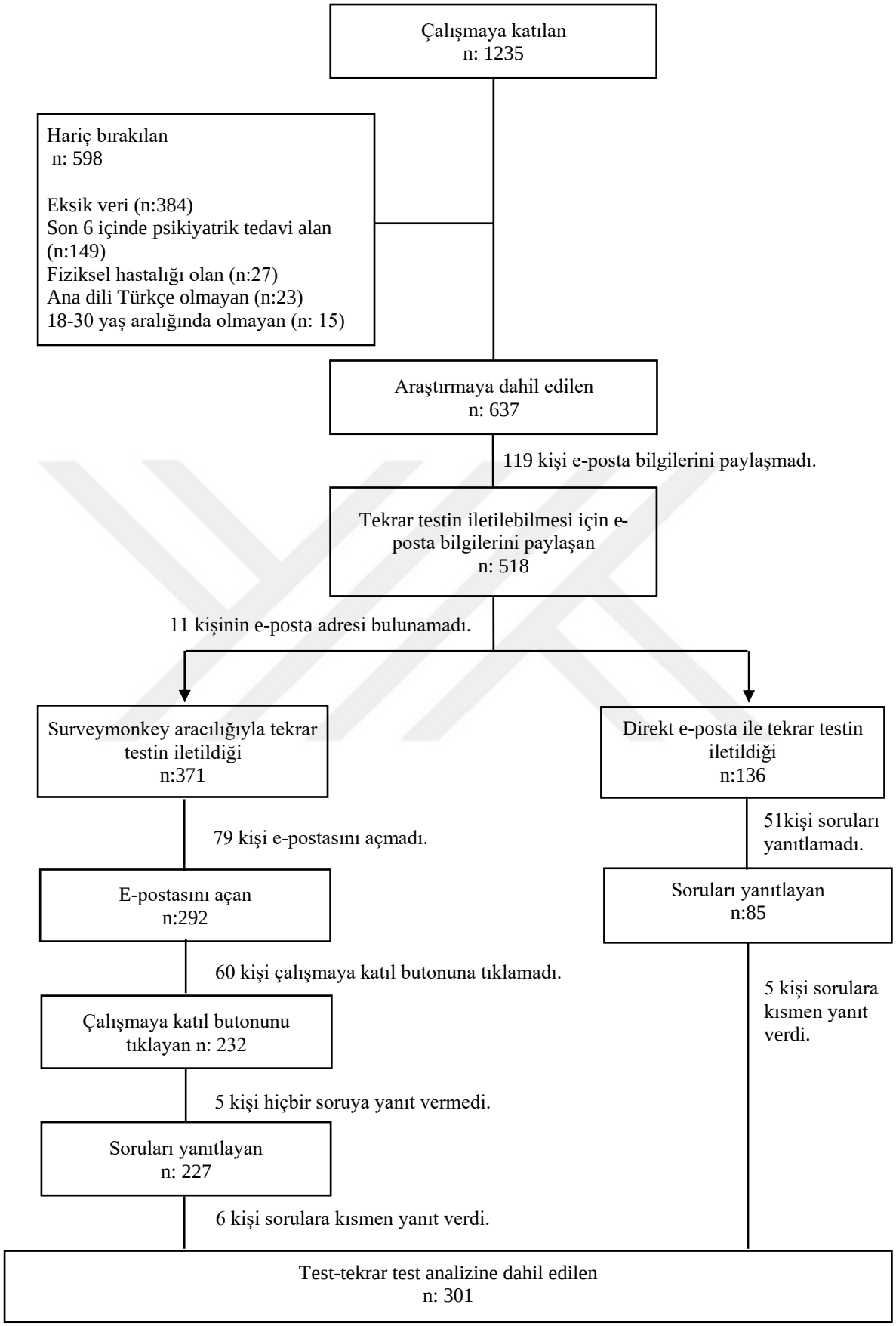
Araştırmanın verileri 10.01.2021-15.02.2021 tarihleri arasında toplandı. Çalışmaya katılan 1235 kişinin 384'ü verilerin eksikliği, 149'u son altı ay içinde psikiyatrik tedavi alması, 27'si psikomotor yavaşlamaya yol açabilecek fiziksel hastalığı bulunması, 23'ü

anadilinin Türkçe olmaması, 15'i 18-30 yaş aralığının dışında olması nedeniyle çalışma dışı bırakılarak 637 katılımcı çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen katılımcıların 518'i elektronik posta bilgilerini paylaştı. E-posta bilgilerini paylaşan 518 katılımcının 11'ine adres bulunamaması nedeniyle tekrar-test iletilemedi. 507 katılımcının 371'ine surveymonkey sistemi, 136'sına araştırmacının maili aracılığı ile e-posta gönderilerek tekrar test iletildi. Surveymonkey aracılığı ile e-posta gönderilen 371 katılımcıdan 292'si mailini açtı. Bu 292 katılımcının 232'si çalışmaya katıl butonunu tıkladı. Çalışmaya katıl butonunu tıklayan araştırmacıların beşi hiçbir soruyu yanıtlamadı. Soruları yanıtlayan 227 katılımcının altısı verilerin eksikliği nedeniyle hariç bırakılarak 221 katılımcı test-tekrar test analizlerine dahil edildi. Tez sahibinin maili aracılığıyla tekrar-testin iletildiği 136 katılımcının 85'i tekrar-testi yanıtladı ancak beş katılımcı eksik veri nedeniyle dahil edilmeyerek 80 katılımcının yanıtları test-tekrar test analizlerine dahil edildi. Sonuç olarak analize dahil edilen 637, test-tekrar test analizlerine dahil edilen 301 katılımcı (%47,2) oldu (Şekil 3.1.). Analize dahil edilen katılımcıların çalışmayı ortalama tamamlama süresi surveymonkey tarafından 18 dakika, tekrar test için ise 1,5 dakika olarak hesaplandı.

3.5. Veri Toplama Araçları

Katılımcılara sosyodemografik veri formu, Erişkin Konsantrasyon Envanteri, Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği 21, Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, UCLA Yalnızlık Ölçeği ve SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulandı.

Çalışmamızda orijinal envanter geliştirilirken kullanılmış olan ölçekleri kullanmayı amaçlayarak DASS-21, DERS, Rosenberg benlik saygısı ve UCLA yalnızlık ölçeklerini kullandık. Ancak The Barkley Adult ADHD Rating Scale IV ve The Barkley Functional Impairment Scale ölçeklerinin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması olmadığı için benzer amaçla geliştirilmiş ve Türkiye'de psikometrik özellikleri çalışılmış olan Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği ile SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'ni kullandık. The Barkley Deficits in Executive Functioning Scale veya benzer amaçla geliştirilmiş olan herhangi bir ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması olmadığı için günlük yaşamda yürütücü işlevleri ölçen herhangi bir ölçeği çalışmamıza dahil edemedik.



Şekil 3.1. Katılımcıların çalışmaya dahil edilme süreci.

3.5.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından oluşturulan sosyodemografik veri formunda katılımcılara cinsiyet, yaş, doğum yeri, öğrenim durumu, elektronik posta adres bilgileri, daha önce kendilerine bir klinisyen tarafından herhangi bir ruhsal veya bedensel hastalık tanısı konulup konulmadığı, eğer konulduysa tanı veya tanıların neler olduğu, son altı aydır psikiyatrik tedavi alıp almadıkları soruldu.

3.5.2. Erişkin Konsantrasyon Envanteri

Türkçe geçerlik ve güvenirliğini araştırdığımız Erişkin Konsantrasyon Envanteri (EKE) erişkinlerde YBT belirtilerini değerlendiren bir özbildirim ölçeğidir (28). Stephen P. Becker ve arkadaşları tarafından meta analitik verilere dayandırılarak geliştirilmiştir. Meta-analiz ile desteklenen 13 madde ve zihinsel karışıklığı değerlendiren üç madde olmak üzere toplamda 16 madde içermektedir. Üniversite öğrencilerinden oluşan bir örneklemde incelenmiş, 16 maddenin 10'unun DEHB-dikkatsizlik semptomları ile anksiyete ve depresyon semptomlarından güçlü yakınsak ve ayırt edici geçerlilik gösterdiği saptanmıştır (Cronbach Alfa: 0,89). Ek olarak ölçeğin bazı dış yapılarla (depresyon, anksiyete, yalnızlık, benlik saygısı, duygu düzenleme güçlüğü, yürütücü işlevler, işlevsellikte bozulma) ilişkisi incelenmiş, iyi ölçüt bağlantılı geçerlilik sergilediği bulunmuştur. Dörtlü likert tipindedir ve ölçek maddeleri son altı aya göre 0 (Hiç) ila 3 (Çok sık) arasında derecelendirilir. Alınan toplam puanın artışı YBT belirtilerinin de artışına işaret eder. Kesme noktası bulunmamaktadır. Ayrıca YBT belirtileri nedeniyle çeşitli yaşam alanlarında ne kadar güçlük yaşandığını sorgulayan sekiz madde içerir ancak bu maddeler puanlamaya dahil edilmez.

3.5.3. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından ruhsal bozuklukları taramak için geliştirilen ölçeklerden biri olan Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği birçok dile çevrilmiş ve uluslararası epidemiyolojik çalışmalarda yaygın olarak kullanılmaktadır (161-164). 'Dikkat eksikliği' ve 'hiperaktivite/dürtüsellik' olmak üzere dokuzar sorudan meydana gelen iki alt ölçekten oluşan, toplamda 18 soru içeren, beşli likert tipinde bir özbildirim ölçeğidir. Ölçek maddelerinde DSM IV'te DEHB için

önerilmiş olan A grubu tanı ölçütlerinin tamamının son altı aydaki sıklığı sorgulanmaktadır. ‘Asla’ cevabı için 0, ‘nadiren’ cevabı için 1, ‘bazen’ cevabı için 2, ‘sık’ cevabı için 3, ‘çok sık’ cevabı için 4 şeklinde olmak üzere 0-4 arasında puanlandırılır. Yapılan analizler sonucunda bu 18 maddeden altısının DEHB’yi yordama gücünün daha yüksek olduğu gösterilmiştir (165). Bu altı madde ölçeğin A bölümünü, diğer 12 madde ise B bölümünü oluşturmaktadır. Doğan ve arkadaşları tarafından 2009 yılında üniversite öğrencileri üzerinde psikometrik özellikleri araştırılarak Türkçe formun da geçerli ve güvenilir bir araç olduğu gösterilmiştir (166).

3.5.4. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği 21

Lovibond ve Lovibond tarafından 1995 yılında geliştirilen 42 maddeli Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği’nin (DASS) kısa formu olan Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği 21’in (DASS-21) DASS ölçeği ile aynı boyutları ölçtüğü ve geçerli-güvenilir bir ölçek olduğu gösterilmiştir (167, 168). DASS-21’in üç alt ölçeğinin her biri, DASS’ın üç alt ölçeğinin her birinden alınan yedi madde ile oluşturulmuştur. Toplamda 21 maddeye sahip, dörtlü likert tipinde bir özbildirim ölçeğidir. Ölçeğin maddeleri son bir hafta içinde yaşanmış olan depresyon, anksiyete ve stres belirtilerini sorgulamaktadır. Ölçekte yer alan maddeler belirtinin şiddetine göre ‘hiç uygun değil’ cevabı için 0, ‘biraz uygun’ cevabı için 1, ‘uygun’ cevabı için 2, ‘çok uygun’ cevabı için 3 şeklinde olmak üzere 0-3 arasında puanlanmaktadır. Alınan yüksek puanlar, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerindeki yüksekliği gösterir. DASS-21’in üç farklı Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. İlki 2017 Yılmaz ve arkadaşları, ikincisi 2018 yılında Sarıçam, üçüncüsü 2018 yılında Yıldırım ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (169-171).

3.5.5. Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği

Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (Difficulties in Emotion Regulation Scale: DERS) altı alt boyut ve 36 maddeden oluşan, beşli likert tipinde bir özbildirim ölçeğidir. Gratz ve Roomer (2004) tarafından duygu düzenlemede yaşanan güçlüğü ölçmeyi amaçlayarak geliştirilmiştir (172). Duygusal tepkilere karşı farkındalığın olmaması ‘’Farkındalık’’ (2., 6., 8., 10., 17., 34. maddeler), duyguların anlaşılamaması ‘’Açıklık’’ (1., 4., 5., 7., 9. maddeler), hoş olmayan duygular yaşanırken dürtü kontrolünde güçlükler yaşanması ‘’Dürtüsellik’’ (3., 14., 19., 24., 27., 32. maddeler), işlevsel duygu düzenleme

stratejilerinin kullanılmasında yaşanan güçlük ‘’Stratejiler’’ (15., 16., 22., 28., 30., 31., 35., 36. maddeler), hoş olmayan duygular yaşanırken amaca yönelik davranışlarda zorlanma ‘’Amaçlar’’ (13., 18., 20., 26., 33. maddeler), hoş olmayan duygular yaşanırken duygusal tepkilerin kabul edilmemesi ‘’Kabul etmeme’’ (11., 12., 21., 23., 25., 29. maddeler) şeklinde altı alt boyutu vardır. Maddeler ‘hemen hemen hiç’ cevabı için 1, ‘bazen’ cevabı için 2, ‘yaklaşık yarı yarıya’ cevabı için 3, ‘çoğu zaman’ cevabı için 4, ‘hemen hemen her zaman’ cevabı için 5 şeklinde olmak üzere 1-5 arasında puanlanır. 1., 2., 6., 7., 8., 10., 17., 20., 22., 24. ve 34. maddeler ters kodlanmıştır. Duygu düzenleme güçlüğü hem altı alt boyutta hem de alt ölçek puanlarının toplanması ile elde edilen toplam ölçek puan ile değerlendirilebilir. Alınan puanların artışı duygu düzenlemede yaşanan güçlüğün de artışını ifade etmektedir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Rugancı ve Gençöz (2010) tarafından yapılmıştır (173). Daha sonra Kavcıoğlu ve Gençöz (2011) Türkçe formdaki bazı maddelerin ifadesinde ve bazı noktalama işaretlerinde küçük değişiklikler yaparak Türkçe formu yeniden düzenlemiştir (174).

3.5.6. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Morris Rosenberg tarafından 1963 yılında geliştirilmiştir. Benlik saygısı, kendilik kavramının sürekliliği, insanlara güven duyma, eleştiriye duyarlılık, depresif duygulanım, hayalperestlik, psikosomatik belirtiler, kişiler arası ilişkilerde tehdit hissetme, tartışmalara katılabilme derecesi, ana-baba ilgisi, babayla ilişki, psişik izolasyon olmak üzere 12 alt ölçek ve 63 sorudan oluşan bir özbildirim ölçeğidir. Çalışmamızda araştırmanın amacı doğrultusunda ölçeğin ilk 10 maddesi olan benlik saygısı alt ölçeği kullanılmıştır. Beş maddesi olumlu beş maddesi olumsuz ifadelerden oluşan bu alt ölçek dörtlü likert tipindedir. 1., 2., 4., 6. ve 7. maddeler olumlu ifadeler iken 3., 5., 8., 9. ve 10. maddeler olumsuz ifadelerdir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması 1986 yılında Füsun Çuhadaroğlu tarafından yapılmıştır (175).

3.5.7. UCLA Yalnızlık Ölçeği

Ölçek 1978 yılında Russell, Peplau ve Ferguson tarafından bireylerin yalnızlık düzeyini saptamak için geliştirilmiştir (176). Tüm maddelerin olumsuz ifadeler içermesinin yanlılığa yol açabileceği düşünülerek Russel, Peplau ve Cutrona tarafından 1980 yılında maddeler gözden geçirilmiş ve maddelerin yarısı olumlu yarısı olumsuz ifadeler olacak

şekilde tekrar düzenlenmiştir (177). Olumlu ifadelere sahip olan 10 madde ‘hiç yaşamam’ cevabı için 4, ‘nadiren yaşarım’ cevabı için 3, ‘bazen yaşarım cevabı için 2, ‘sık sık yaşarım’ cevabı için 4 şeklinde olmak üzere 1-4 arasında puanlanır. Olumsuz ifadelere sahip olan maddeler ise ters olarak puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 20-80 arasında olup alınan puanların artışı yalnızlık düzeyinin de artışına işaret etmektedir. 1984 yılında Yaparel tarafından Tükçeye uyarlanmış ve 1989 yılında Demir tarafından Türkçeye uyarlanarak Türkçe formun da geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir (178).

3.5.8. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Ware ve Sherbourne tarafından 1992 yılında geliştirilen SF-36, yaşam kalitesini değerlendiren bir özbildirim ölçeğidir (179). Fiziksel işlevler (10 madde), sosyal işlevler (2 madde), fiziksel sebeplere bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sebeplere bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), ruhsal/mental sağlık (5 madde), canlılık/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve genel sağlık algısı (5 madde) olmak üzere sekiz alt ölçek ve 36 maddeden oluşmaktadır. Dördüncü ve beşinci maddeler dışında likert tipindedir. Dördüncü ve beşinci maddeler ise evet veya hayır biçiminde cevaplanmaktadır. Ölçek cevaplanırken son bir ay göz önünde bulundurulur. Her alt ölçek için ayrı ayrı puan hesaplanır ancak tek bir toplam puan vermez. Alt ölçekler yaşam kalitesini 0 ile 100 arasında değerlendirir. Puan ne kadar yüksekse o sağlık alanındaki yaşam kalitesi de o kadar yüksektir. Koçyiğit ve arkadaşları tarafından 1999 yılında Türkçe geçerlik ve güvenirliği araştırılarak Türkçe formun da geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir (180).

3.6. İstatistiksel Değerlendirme

İstatistiksel analizler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 28’in bir aylık deneme sürümü kullanılarak gerçekleştirildi. Çalışmaya dahil edilen katılımcıların tanımlayıcı özellikleri sayı ve yüzde olarak sunuldu. Güvenilirlik analizlerinde ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach Alfa katsayısı, maddeler arası korelasyon, madde-toplam puan korelasyonu ve iki yarı güvenilirliği ile incelendi. Yine güvenilirlik analizleri kapsamında test-tekrar test güvenilirliği için iki uygulamanın sonuçları arasındaki Pearson momentler çarpım korelasyon katsayısı hesaplandı. Ölçeğin geçerliliği kapsam, yapı ve ölçüt geçerliliği analizleri ile değerlendirildi. Kapsam geçerlilik indeksi Davis tekniğine göre hesaplandı. Yapı geçerliliğini incelemek için öncelikle ölçeğin faktör analizine uygun olup

olmadığı Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı ve Bartlett Küresellik testi ile değerlendirildi. Ardından açıklayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizi uygulandı. Açıklayıcı faktör analizinde temel bileşenler analizi ve orthogonal (dik) döndürme yöntemlerinden varimax tekniği kullanıldı. Türetilecek faktör sayısı temel bileşenler analizi ile belirlendi. Faktör sayısı belirlenirken faktörlerin özdeğerleri ve açıkladıkları toplam varyanslar dikkate alındı. Belirlenen faktörlerin açıkladığı kümülatif toplam varyans varimax tekniği ile faktörler arasından yeniden dağıtıldı.

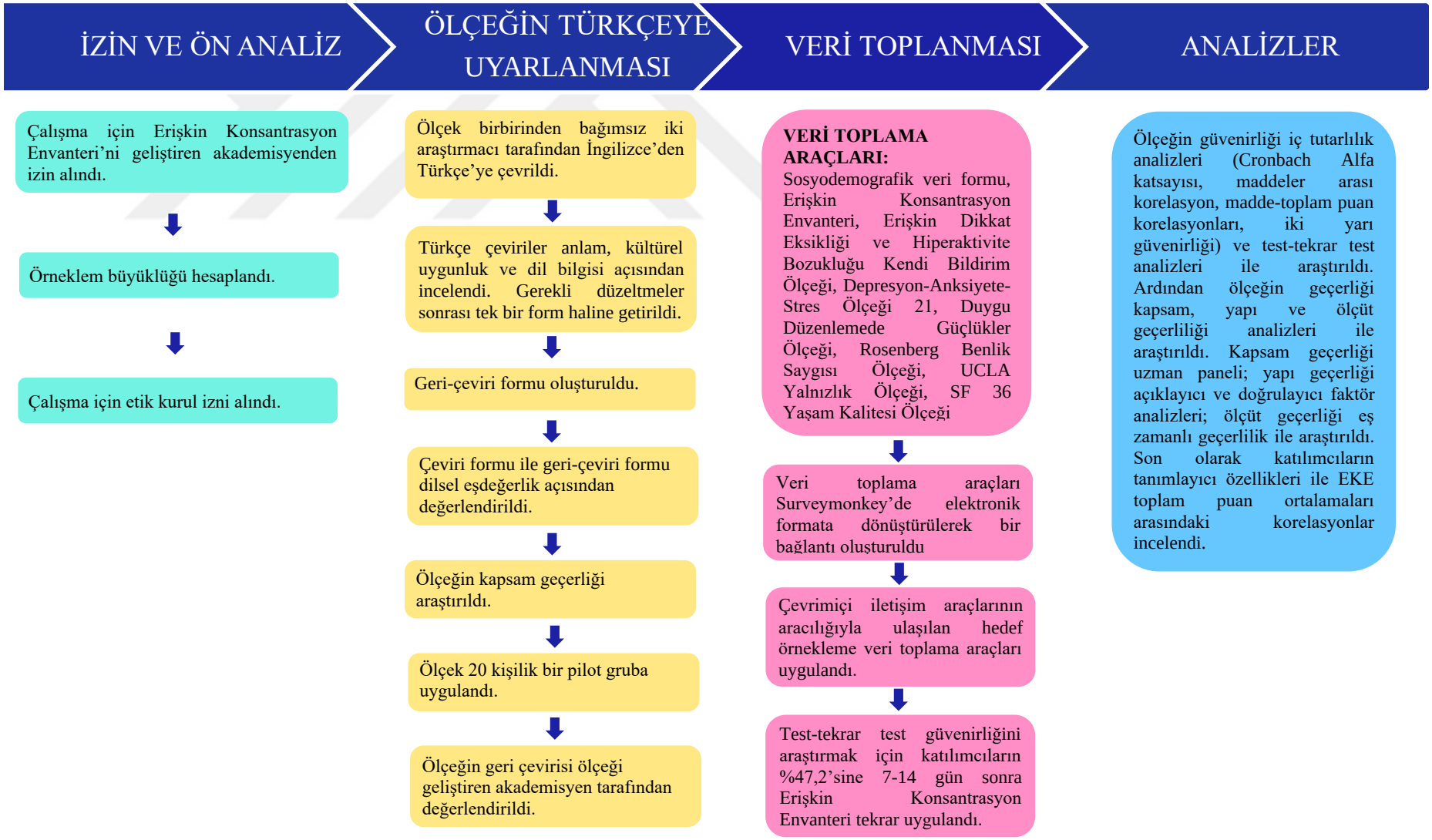
Doğrulayıcı faktör analizleri yapısal eşitlik modellemesi ile yapıldı. Modelin uyum iyiliği kriterleri; Uyum İndeksinin İyiliği (Goodness of Fit Index, GFI), Karşılaştırmalı Uyum İyiliği (Comparative Fit Index, CFI), Minimum Tutarsızlık/Serbestlik Derecesi (CMIN/Df) ve Hata Kareler Ortalamasının Tahmini Kökü (Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA) değerleri kullanıldı. CMIN/Df ≤3, RMSEA≤0,05, 0,90 ≤ GFI ve 0,97≤ CFI iyi uyum olarak kabul edilmektedir (181). EKE'nin ölçüt geçerliliğini araştırmak için Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği 21, Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, UCLA Yalnızlık Ölçeği ve SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği verildi. EKE ile aralarındaki ilişkiler korelasyon analizleriyle incelendi.

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların tanımlayıcı özellikleri ile EKE puanları arasındaki ilişkiler incelendi. EKE ortalama toplam puanlarının cinsiyet ve öğrenim durumu değişkenlerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini saptamak için bağımsız örneklem t testi uygulandı. EKE ortalama toplam puanlarının yaş ile ilişkisini saptamak için Pearson momentler çarpım korelasyon katsayısı hesaplandı.

Çalışmada izlenen yöntem Şekil 3.2.'de gösterildi.

3.7. Etik Açıklamalar

Erişkin Konsantrasyon Envanteri'ni geliştiren akademisyen Stephen P. Becker ile elektronik posta yoluyla iletişime geçilerek çalışma için izin alındı. Çalışmamız Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurulu tarafından değerlendirilerek 16.12.2020 karar tarihi ve 119 sayılı kararı ile etik açıdan uygun bulundu. Katılımcıların bilgilendirilmiş onamları alındı.



Şekil 3.2. Çalışmada izlenen yöntem.

4. BULGULAR

Bu bölümde katılımcılara ait tanımlayıcı bulgular ile Erişkin Konsantrasyon Envanteri'nin Türkçe formunun güvenirlik ve geçerlik bulgularına yer verildi.

4.1. Çalışmaya Dahil Edilen Katılımcılara Ait Tanımlayıcı Bulgular

Çalışmamıza dahil edilen 637 katılımcının yaş ortalaması 21,78±2,623 (min:18 maks:30) yıldı. Bu katılımcıların %28,9'u (n=184) erkek, %71'i (n=452) kadındı, cinsiyetini belirtmeyen 1 katılımcı vardı (Tablo 4.1). Katılımcıların %13,5'i (n=86) üniversite mezunu, %86,5'i (n=551) üniversite öğrencisiydi (Tablo 4.2). Tablo 4.3 üniversite öğrencilerinin kaçıncı sınıflarda eğitim gördüklerini göstermektedir. Çalışmaya dahil edilen katılımcılara daha önce bir klinisyen tarafından kendilerine herhangi bir ruhsal hastalık tanısı konulup konulmadığı sorulduğunda katılımcıların %76,81'i kendilerine daha önce bir ruhsal hastalık tanısı konulmadığını, %12,15'i anksiyete bozuklukları, %11,36'sı depresif bozukluk, %7,1'i dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, %4,1'i obsesif kompulsif bozukluk, %0,79'u bipolar bozukluk, %0,79'u öğrenme bozuklukları, %0,32'si alkol kullanım bozukluğu ve %0,63'ü diğer tanıların (1 kişi borderline kişilik bozukluğu, 1 kişi yeme bozukluğu, 2 kişi sigara bağımlılığı) konulduğunu bildirdi (Şekil 4.1.).

Tablo 4.1. Katılımcıların cinsiyet özellikleri

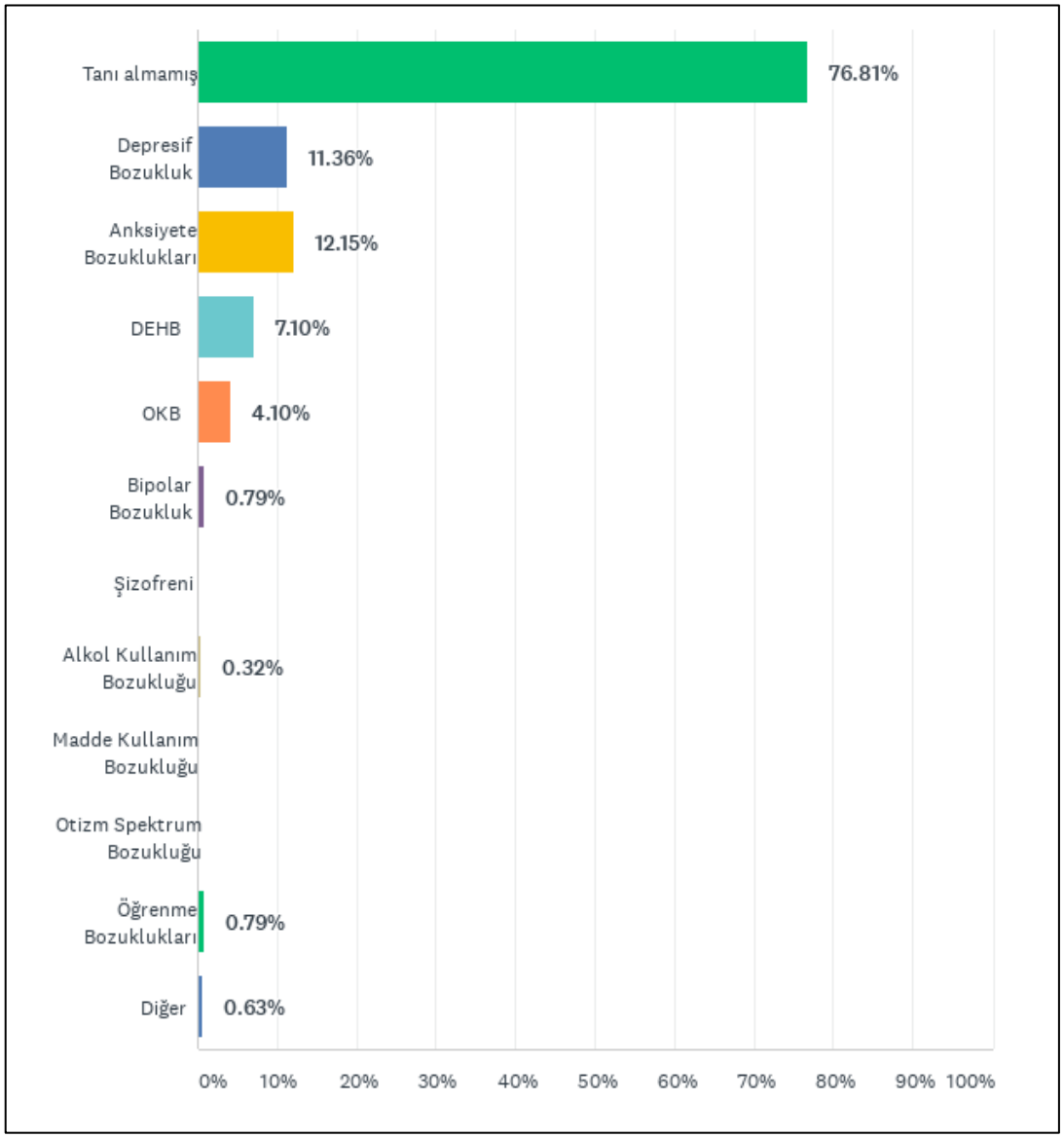
		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	452	71
	Erkek	184	28,9
	Belirtmeyen	1	0,2

Tablo 4.2. Katılımcıların öğrenim durumları

		Sayı	Yüzde
Öğrenim durumu	Üniversite öğrencisi	551	86,5
	Üniversite mezunu	86	13,5

Tablo 4.3. Üniversite öğrencisi olan katılımcıların eğitim görmekte oldukları sınıfların dağılımı

Sınıf	Sayı	Yüzde
1. sınıf	133	20,9
2. sınıf	123	19,3
3.sınıf	111	17,4
4.sınıf	106	16,6
5. sınıf	28	4,4
6. sınıf	49	7,7



Şekil 4.1. Katılımcıların geçmişte aldığı ruhsal hastalık tanılarına ilişkin bulgular.

4.2. Güvenirliğe İlişkin Bulgular

EKE'nin Türkçe formunun güvenirliği iç tutarlılık güvenirliği ve test-tekrar test güvenirliği analizleriyle araştırıldı.

4.2.1. İç Tutarlılık Güvenirliği

İç tutarlılık Cronbach Alfa katsayısı, maddeler arası korelasyon, madde-toplam puan korelasyonları ve iki yarı güvenirliği ile incelendi.

On altı maddelik tüm ölçeğin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısının değeri 0,896 olarak hesaplandı. Maddeler arası korelasyon değerlerinin 0,121-0,716 arasında olduğu bulundu. Maddeler arası en az ilişkinin 6. ve 15. maddeler arasında (0,121), en yüksek ilişkinin ise 12. ve 13. maddeler arasında (0,716) olduğu saptandı (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Maddeler arası korelasyon değerleri

	Madde1	Madde2	Madde3	Madde4	Madde5	Madde6	Madde7	Madde8	Madde9	Madde10	Madde11	Madde12	Madde13	Madde14	Madde15
Madde2	0,359														
Madde3	0,225	0,514													
Madde4	0,377	0,437	0,327												
Madde5	0,182	0,365	0,296	0,295											
Madde6	0,379	0,304	0,221	0,4	0,259										
Madde7	0,266	0,5	0,427	0,347	0,293	0,333									
Madde8	0,337	0,411	0,287	0,551	0,291	0,437	0,4								
Madde9	0,16	0,35	0,358	0,261	0,675	0,219	0,302	0,315							
Madde10	0,218	0,556	0,435	0,337	0,435	0,26	0,459	0,389	0,544						
Madde11	0,329	0,407	0,278	0,411	0,257	0,445	0,37	0,407	0,212	0,302					
Madde12	0,2	0,542	0,42	0,396	0,372	0,278	0,573	0,379	0,382	0,551	0,442				
Madde13	0,278	0,659	0,444	0,437	0,405	0,342	0,598	0,435	0,389	0,577	0,501	0,716			
Madde14	0,38	0,439	0,284	0,385	0,341	0,368	0,368	0,377	0,353	0,407	0,324	0,448	0,483		
Madde15	0,193	0,293	0,239	0,179	0,142	0,121	0,444	0,167	0,155	0,337	0,187	0,290	0,369	0,247	
Madde16	0,221	0,268	0,21	0,188	0,278	0,302	0,286	0,249	0,305	0,348	0,227	0,281	0,306	0,353	0,228

Madde-toplam puan korelasyon değerleri 0,375 (15. madde) ila 0,753 (13. madde) arasında hesaplandı. Tablo 4.5'te görüldüğü üzere sadece 15. madde ölçekten silindiğinde yeniden hesaplanan Cronbach Alfa katsayısının değeri (0,897) tüm ölçek için hesaplanmış olan Cronbach Alfa katsayısının değerinin (0,896) üzerine çıktı.

Tablo 4.5. Madde-Toplam puan korelasyon değerleri ve madde silindiğinde Cronbach Alfa Değeri

	Düzeltilmiş madde toplam korelasyon değerleri	Madde silindiğinde Cronbach Alfa katsayısının değeri
Madde 1	0,432	0,894
Madde 2	0,686	0,885
Madde 3	0,524	0,891
Madde 4	0,567	0,89
Madde 5	0,51	0,892
Madde 6	0,495	0,892
Madde 7	0,64	0,887
Madde 8	0,579	0,889
Madde 9	0,522	0,891
Madde 10	0,657	0,887
Madde 11	0,543	0,891
Madde 12	0,673	0,885
Madde 13	0,753	0,883
Madde 14	0,591	0,889
Madde 15	0,375	0,897
Madde 16	0,422	0,895

İki yarı güvenirlilik analizinde ölçeğin ilk sekiz maddesinden oluşan birinci yarımının Cronbach Alfa katsayısının değeri 0,813 ve ölçeğin son sekiz maddesinden oluşan ikinci yarımının Cronbach Alfa katsayısının değeri 0,813 olarak hesaplandı. İki yarı arasındaki korelasyon değeri 0,786, Spearman-Brown katsayısı 0,88 ve Guttman Split-Half katsayısı 0,88 olarak hesaplandı (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. İki yarı güvenirlik analizine ilişkin veriler

Cronbach Alfa	Birinci yarı	Değer	0,813
		Madde sayısı	8[a]
	İkinci yarı	Değer	0,82
		Madde sayısı	8[b]
Toplam madde sayısı			16
İki yarı arasındaki korelasyon			0,786
Spearman-Brown Katsayısı	Eşit uzunluk		0,88
	Eşit olmayan uzunluk		0,88
Guttman Split-Half Katsayısı			0,88

a. Madde 1, Madde 2, Madde 3, Madde 4, Madde 5, Madde 6, Madde 7, Madde 8.
b. Madde 9, Madde 10, Madde 11, Madde 12, Madde 13, Madde 14, Madde 15, Madde 16.

4.2.2. Test - Tekrar Test Güvenirliği

EKE'nin test-tekrar test güvenirliğini incelemek için çalışmaya dahil edilen 637 katılımcıdan 301'ine (%47,2) ilk uygulamadan 7-14 gün sonra EKE ikinci kez uygulandı. İki uygulama arasındaki pearson momentler çarpım korelasyon katsayısı 0,85 olarak hesaplandı ($p<0,001$).

Tablo 4.7. Test-Tekrar test uygulamaları arasındaki korelasyon

		Tekrar test
Test	r	0,85
	p	<0,001

4.3. Geçerliğe İlişkin Bulgular

Ölçeğin geçerliği; kapsam, yapı ve ölçüt geçerliği analizleri ile değerlendirildi.

4.3.1. Kapsam Geçerliği

EKE'nin Türkçe formunun kapsam geçerliği araştırılırken uzman grubunun oluşturulması, uzman değerlendirme formunun oluşturulması, uzman görüşlerinin alınması ve Davis tekniği ile her bir madde için KGİ hesaplaması aşamaları takip edildi.

YBT'nin çocuk ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlarınca daha çok bilinen, araştırılan bir alan olduğu ve Davis tekniği için 3-20 arası uzmandan görüş alınması gerektiği göz önünde bulundurularak 11 çocuk ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanından EKE'nin Türkçe formunda yer alan tüm maddeleri YBT'yi temsil edebilirlik bakımından derecelendirmeleri istendi. Uzmanlar her bir maddeyi uzman değerlendirme formundaki direktifler doğrultusunda ''madde özelliği temsil etmez'', ''maddenin oldukça düzeltilmeye ihtiyacı var'', ''maddenin biraz düzeltilmeye ihtiyacı var'' ya da ''madde özelliği temsil ediyor'' şeklinde derecelendirdi. Ardından ''maddenin biraz düzeltilmeye ihtiyacı var'' ve ''madde özelliği temsil ediyor'' görüşlerinde olan uzman sayısı toplam uzman sayısına bölünerek herbir madde için KGİ hesaplandı. EKE'nin Türkçe formunun altıncı maddesinin KGİ'si 0,81ve diğer 15 maddenin KGİ'si 1 olarak hesaplandı (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. EKE'nin Türkçe formunun kapsam geçerliliği sonuçları

Madde No	''Madde özelliği temsil ediyor'' ve ''maddenin biraz düzeltilmeye ihtiyacı var'' görüşünde olan uzman sayısı	Toplam uzman sayısı	Kapsam Geçerlilik İndeksi
1	11	11	1
2	11	11	1
3	11	11	1
4	11	11	1
5	11	11	1
6	9	11	0,81
7	11	11	1
8	11	11	1
9	11	11	1
10	11	11	1
11	11	11	1
12	11	11	1
13	11	11	1
14	11	11	1
15	11	11	1
16	11	11	1

4.3.2. Yapı Geçerliği

Verilerin faktör analizi için uygun olup olmadığı Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı ve Bartlett Küresellik testi ile değerlendirildi. Ardından EKE'nin Türkçe formuna açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri uygulandı.

KMO katsayısının 0,909 ve Bartlett küresellik testinde ki-kare değerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu (ki kare=4164,768; p<0,001) bulundu (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Kaiser-Meyer Olkin ve Bartlett's Küresellik Testi Sonuçları

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)		0,909
Bartlett's Küresellik Testi	Ki-kare	4164,768
	df	120
	p	<0,001

4.3.2.1. Açıklayıcı Faktör Analizi

Açıklayıcı faktör analizinde temel bileşenler analizi ve orthogonal (dik) döndürme yöntemlerinden varimax tekniği kullanıldı. Türetilecek faktör sayısı temel bileşenler analizi ile belirlendi. Faktör sayısı belirlenirken faktörlerin özdeğerleri, açıkladıkları varyans yüzdeleri ve açıkladıkları kümülatif varyans yüzdesi dikkate alındı. Belirlenen faktörlerin açıkladığı kümülatif varyans yüzdesi varimax döndürme yöntemi ile faktörler arasından yeniden dağıtıldı.

Özdeğerleri 1'den, açıkladıkları varyans yüzdeleri %5'ten ve açıkladıkları kümülatif varyans yüzdesi %50'den büyük üç faktör saptandı. Rotasyon öncesi varyansın %39,854'ünü birinci faktör, %8,814'ünü ikinci faktör, %7,523'ünü üçüncü faktör açıklamaktaydı. Bu üç faktörün açıkladığı kümülatif varyans ise % 56,191 idi. Kümülatif varyans yüzdesi varimax döndürme yöntemi ile faktörler arasında yeniden dağıtıldığında varyansın %20,856'sını birinci faktör, %19,47'sını ikinci faktör, %15,859'unu üçüncü faktör açıkladı (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Açıklanan toplam varyans

Faktörler	İlk Özdeğerler			Döndürülmüş Kareli Ağırlıklar Toplamı		
	Toplam (özdeğer)	Varyans yüzdesi	Kümülatif yüzde	Toplam (özdeğer)	Varyansın yüzdesi	Kümülatif yüzde
1	**6,377**	**39,854**	**39,854**	**3,337**	**20,856**	**20,856**
2	**1,410**	**8,814**	**48,668**	**3,116**	**19,476**	**40,331**
3	**1,204**	**7,523**	**56,191**	**2,537**	**15,859**	**56,191**

Açıklayıcı faktör analizinde (temel bileşenler analizi) varimax rotasyon yöntemi ile ölçeğin üç faktörlü bir yapıya sahip olduğu görüldü.. Tablo 4.11'de maddelerin hangi alt boyutlarda yer aldıkları ve faktör yükleri gösterildi.

Tablo 4.11. Açıklayıcı faktör analizi sonuçları (varimax döndürme sonrası)

	Komponent		
	1	2	3
EKE 2	**0,624**	0,368	0,283
EKE 3	**0,550**	0,159	0,293
EKE 7	**0,732**	0,281	0,126
EKE 12	**0,671**	0,270	0,320
EKE 13	**0,704**	0,360	0,305
EKE 15	**0,691**	0,025	-0,058
EKE 1	0,131	**0,669**	0,026
EKE 4	0,222	**0,680**	0,166
EKE 6	0,048	**0,749**	0,155
EKE 8	0,212	**0,670**	0,228
EKE 11	0,315	**0,628**	0,079
EKE 14	0,315	**0,476**	0,346
EKE 5	0,113	0,170	**0,828**
EKE 9	0,155	0,089	**0,877**
EKE 10	**0,546**	0,160	0,562
EKE 16	0,199	0,267	**0,395**

10. maddenin hem birinci hem de üçüncü alt boyuttaki faktör yüklenmeleri istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü. Alt boyutların madde içerikleri incelendiğinde uzman görüşleri 10. maddenin birinci alt boyuta dahil edilmesi yönünde oldu.

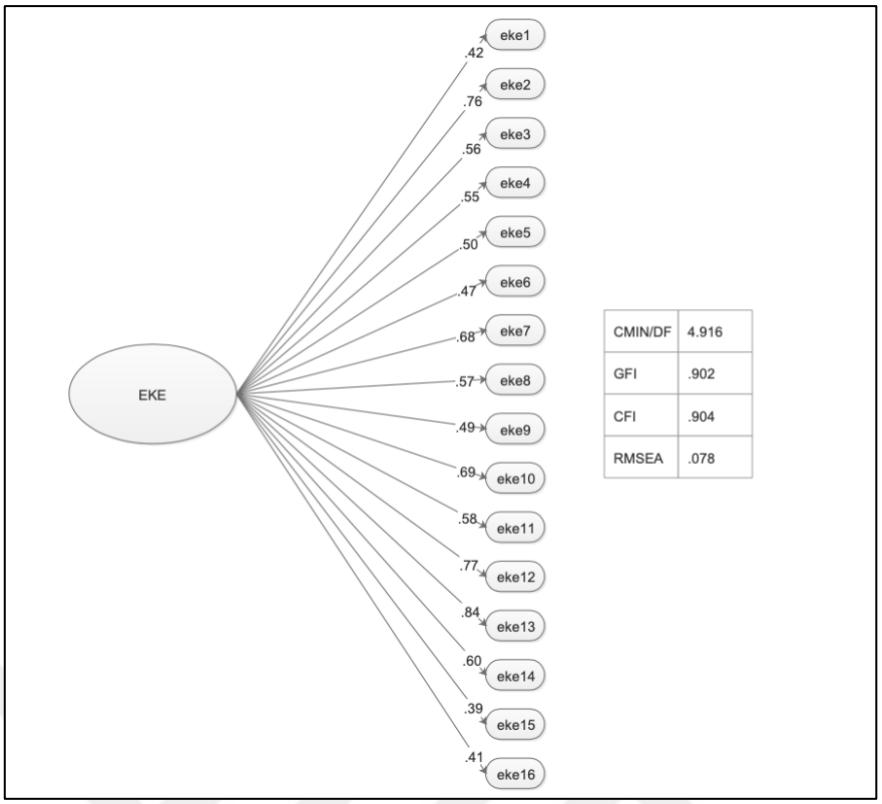
Birinci alt boyutta faktör yükleri 0,546 ile 0,732 arasında değişen 7 madde (2 ,3, 7, 10, 12, 13 ve 15 nolu maddeler); ikinci alt boyutta faktör yükleri 0,476 ile 0,749 arasında değişen 6 madde (1, 4 ,6 ,8 ,11 ve 14 nolu maddeler) ve üçüncü alt boyutta faktör yükleri 0,395 ile 0,877 arasında değişen üç madde (5, 9 ve 16 nolu maddeler) yer aldı. Boyutlar sırasıyla ‘’dalgınlık’’, ‘’psikomotor yavaşlık’’ ve ‘’bellek sorunları’’ olarak isimlendirildi.

4.3.2.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi

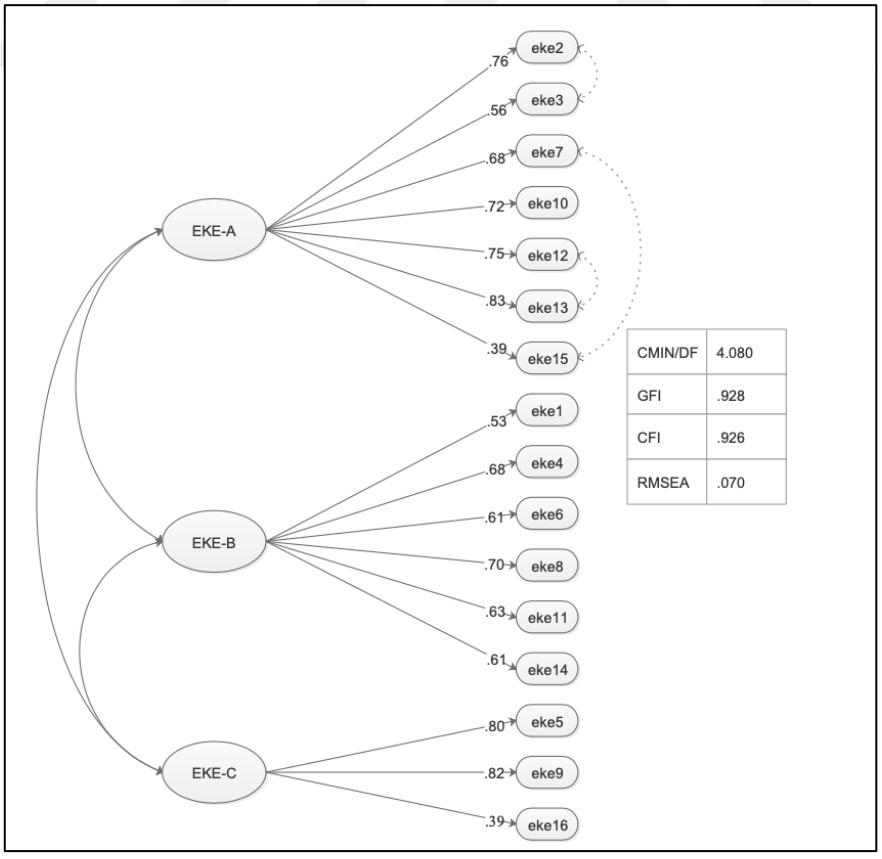
Doğrulayıcı faktör analizleri yapısal eşitlik modellemesi ile yapıldı ve iki model oluşturuldu. Birincisi envanterin ilk psikometrik doğrulama çalışmasında önerilmiş olan tek boyutlu modeldir. İkincisi ise açıklayıcı faktör analizi ile üç faktörden oluştuğunu belirlediğimiz modeldir. Her iki modelin de uyumu Minimum Tutarsızlık/Serbestlik Derecesi (CMIN/DF), Uyum İndeksinin İyiliği (Goodness of Fit Index, GFI), Karşılaştırmalı Uyum İyiliği (Comparative Fit Index, CFI) ve Hata Kareler Ortalamasının Tahmini Kökü (Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA) değerleri ile incelendi. Birinci modelin faktör yükleri 0,39-0,84 ve uyum göstergeleri CMIN/DF=4,916, GFI=0,902, CFI= 0,904, RMSEA= 0,078 olarak saptandı (Şekil 4.2.). İkinci modelin faktör yükleri birinci alt boyut için 0,39-0,83, ikinci alt boyut için 0,53-0,70, üçüncü alt boyut için 0,39-0,82 arasında ve uyum göstergeleri CMIN/DF=4,080, GFI=0,928, CFI=0,926 ve RMSEA=0,070 olarak saptandı (Şekil 4.3.).

4.3.3. Ölçüt Geçerliği

Erişkin Konsantrasyon Envanteri (EKE)’nin toplam ve alt ölçek puanları ile Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)’nin alt ölçek puanları arasındaki karşılıklı korelasyonlar incelendi (Tablo 4.12).



Şekil 4.2. Tek boyutlu yapının doğrulayıcı faktör analizi ve uyum indeksleri.



Şekil 4.3. Üç boyutlu yapının doğrulayıcı faktör analizi ve uyum indeksleri.

ASRS dikkat eksikliği puanının EKE toplam, dalgınlık ve psikomotor yavaşlık puanları ile pozitif yönlü güçlü seviyede; EKE bellek sorunları puanı ile pozitif yönlü orta seviyede korele olduğu bulundu (sırasıyla EKE toplam için r=0,699 p<0,05; EKE dalgınlık için r=0,601 p<0,01; EKE psikomotor yavaşlık için r=0,610 p<0,01; EKE bellek sorunları için r=0,555 p<0,01).

ASRS hiperaktivite/dürtüsellik puanının EKE toplam puanı ile pozitif yönlü düşük seviyede (r=0,389 p<0,05); EKE dalgınlık puanı ile pozitif yönlü orta seviyede (r=0,440 p<0,01); EKE psikomotor yavaşlık puanı ile pozitif yönlü düşük seviyede (r=0,212 p<0,01); EKE bellek sorunları puanı ile pozitif yönlü düşük seviyede (r=0,253 p<0,01) korele olduğu bulundu.

ASRS dikkat eksikliği puanı ile hiperaktivite/dürtüsellik puanı arasında pozitif yönlü orta seviyede (r=0,484 p<0,05); EKE toplam puanı ile EKE alt ölçek puanları arasında ise pozitif yönlü güçlü seviyede korelasyonlar saptandı (sırasıyla dalgınlık alt ölçeği için r=0,909 p<0,001; r=0,859 p<0,001; r=713 p<0,01).

Tablo 4.12. Erişkin Konsantrasyon Envanteri ile Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği puanlarının korelasyonları

		ASRS_ Dikkat eksikliği	ASRS_ Hiperaktivite/ Dürtüsellik	EKE_ Toplam	EKE_ Dalgınlık	EKE_ Psikomotor yavaşlık	EKE_ Bellek sorunları
ASRS_ Hiperaktivite/ Dürtüsellik	r	0,484**					
	p	<0.001					
EKE_Toplam	r	0,699**	0,389**				
	p	<0.001	<0.01				
EKE_ Dalgınlık	r	0,601**	0,440**	0,909**			
	p	<0.001	<0.01	<0.01			
EKE_ Psikomotor yavaşlık	r	0,610**	0,212**	0,859	0,626**		
	p	<0.001	<0.01	<0.01	<0.01		
EKE_Bellek sorunları	r	0,555**	0,253	0,713	0,541**	0,468**	
	p	<0.001	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	

ASRS dikkat eksikliği alt ölçeğinden alınan puanların etkileri kontrol edilerek parsiyel korelasyon analizleri gerçekleştirildi (Tablo 4.13). ASRS hiperaktivite/dürtüsellik alt puanının EKE toplam puanı ile pozitif yönlü çok zayıf seviyede (r= 0,082 p<0,05); EKE dalgınlık puanı ile pozitif yönlü zayıf seviyede (r=0,231 p<0,001); EKE psikomotor yavaşlık puanı ile negatif yönlü çok zayıf seviyede (r=-0,096 p=0,017) korele olduğu bulunurken EKE bellek sorunları alt ölçek puanı ile arasında anlamlı bir korelasyon saptanmadı (r=-0,025 p=0,536).

Tablo 4.13. ASRS_Dikkat Eksikliği puanları ortak değişken olarak alındığında ASRS_Hiperaktivite/Dürtüsellik alt ölçek puanı ile Erişkin Konsantrasyon Envanteri toplam ve alt ölçek puanları arasındaki korelasyonlar

		ASRS_ Hiperaktivite/ Dürtüsellik	EKE_ Toplam	EKE_ Dalgınlık	EKE_ Psikomotor yavaşlık	EKE_ Bellek sorunları
EKE_Toplam	r	0,082				
	p	0,042				
EKE_ Dalgınlık	r	0,231	0,858			
	p	<0,01	<0,01			
EKE_ Psikomotor yavaşlık	r	-0,096	0,762	0,410		
	p	0,017	<0.01	<0,01		
EKE_Bellek sorunları	r	-0,25	0,544	0,324	0,195	
	p	0,536	<0,01	<0,01	<0,01	

Erişkin Konsantrasyon Envanteri toplam puanı ile Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği 21'in alt ölçek puanları arasındaki korelasyonlar incelendiğinde Erişkin Konsantrasyon Envanteri toplam puanı ile DAS-21 depresyon alt ölçek puanı arasında güçlü seviyede pozitif yönlü; anksiyete, stres alt ölçek puanları arasında orta seviyede pozitif yönlü korelasyonlar saptandı (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Erişkin Konsantrasyon Envanteri ile Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği 21'in depresyon, anksiyete ve stres alt ölçekleri arasındaki korelasyonlar

		DAS_Depresyon	DAS_Anksiyete	DAS_Stres
EKE_Toplam	r	0,669**	0,571**	0,561**
	p	<0.001	<0.001	<0.001

EKE: Erişkin Konsantrasyon Envanteri, DAS: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği 21

Erişkin Konsantrasyon Envanteri toplam puanı (EKE_Toplam) ile Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ) alt ölçek puanları arasındaki korelasyonlar incelendiğinde EKE toplam puanı ile DDGÖ farkındalık alt ölçeği arasında çok düşük seviyede pozitif yönlü; kabul etmeme alt ölçeği arasında düşük-orta seviyede pozitif yönlü; netlik, dürtüsellik, stratejiler, amaçlar alt ölçekleri arasında orta seviyede pozitif yönlü korelasyonlar saptandı. EKE toplam puanı ile DDGÖ toplam puanı arasındaki korelasyon incelendiğinde orta-yüksek seviyede pozitif yönlü korelasyon saptandı (Tablo 4.15).

Tablo 4.15. Erişkin Konsantrasyon Envanteri ile Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği'nin alt ölçekleri ve toplam puanı arasındaki korelasyonlar

		DDGÖ Farkındalık	DDGÖ Netlik	DDGÖ Dürtüsellik	DDGÖ Stratejiler	DDGÖ Amaçlar	DDGÖ Kabul etmeme	DDGÖ Toplam
EKE Toplam	r	0,183**	0,482**	0,432**	0,541**	0,455**	0,392**	0,597**
	p	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

EKE: Erişkin Konsantrasyon Envanteri, DDGÖ: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği

Erişkin Konsantrasyon Envanteri, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve UCLA Yalnızlık Ölçeği'nin karşılıklı korelasyonları incelendiğinde Erişkin Konsantrasyon Envanteri toplam puanı ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği toplam puanı arasında orta seviyede negatif yönlü; UCLA Yalnızlık Ölçeği toplam puanı arasında orta seviyede pozitif yönlü, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği toplam puanı ile UCLA Yalnızlık Ölçeği toplam puanı arasında orta seviyede negatif yönlü korelasyonlar saptandı (Tablo 4.16).

Erişkin Konsantrasyon Envanteri toplam puanı ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin alt ölçekleri arasındaki korelasyonlar incelendiğinde Erişkin Konsantrasyon Envanteri toplam puanı ile SF-36 Fiziksel İşlev, Fiziksel Rol Güçlüğü, Emosyonel Rol Güçlüğü, Sosyal İşlev, Genel Sağlık alt ölçek puanları arasında düşük derecede negatif yönlü;

vitalite, ruhsal sağlık alt ölçek puanları arasında orta derecede negatif yönlü korelasyonlar saptandı (Tablo 4.17).

Tablo 4.16. Erişkin Konsantrasyon Envanteri, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve UCLA Yalnızlık Ölçeği'nin karşılıklı korelasyonları

		EKE_T	RBSÖ_T
RBSÖ_Toplam	r	-0,514**	
	p	<0.001	
UYÖ_Toplam	r	0,503**	-0,523**
	p	<0.001	. <0.001

EKE: Erişkin Konsantrasyon Envanteri, RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, UYÖ: UCLA Yalnızlık Ölçeği

Tablo 4.17. Erişkin Konsantrasyon Envanteri ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin alt ölçekleri arasındaki korelasyonlar

		SF-36 Fiziksel İşlev	SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü	SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü	SF-36 Vitalite	SF-36 Ruhsal Sağlık	SF-36 Sosyal İşlev	SF-36 Ağrı	SF-36 Genel Sağlık
EKE_Toplam	r	-0,206**	-0,227**	-0,331**	-0,547**	-0,546**	-0,384**	-0,308**	-0,36**
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

EKE: Erişkin Konsantrasyon Envanteri, SF-36: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

4.4. Erişkin Konsantrasyon Envanteri ile Çalışmaya Dahil Edilen Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri Arasındaki İlişkilere Ait Bulgular

Erişkin Konsantrasyon Envanteri toplam puanlarının cinsiyet ve öğrenim durumu değişkenlerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini saptamak için bağımsız örneklem t testi uygulandı. EKE toplam puanlarının yaş ile ilişkisini saptamak için pearson momentler çarpım korelasyon katsayısı hesaplandı. Analiz sonuçları Tablo 4.18 ve Tablo 4.19'da görülmektedir

Cinsiyet değişkenine göre Erişkin Konsantrasyon Envanteri toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu. (t=3,12; p=0,02). Kadınların EKE toplam puan ortalamalarının (21,35) erkeklerin EKE toplam puan ortalamalarından (19,02) daha yüksek olduğu saptandı. Öğrenim durumu değişkenine göre

Erişkin Konsantrasyon Envanteri toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu. (t= -2,15; p=0,03). Üniversite öğrencilerinin EKE toplam puan ortalamalarının (20,97) üniversite mezunlarının EKE toplam puan ortalamalarından (18,82) daha yüksek olduğu saptandı.

Tablo 4.18. Erişkin Konsantrasyon Envanteri toplam puanlarının cinsiyet ve öğrenim durumuna göre bağımsız örneklem t testi ile karşılaştırılması

		N	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Cinsiyet	Kadın	445	21,35	8,74	3,12	0,02
	Erkek	183	19,02	7,94		
Öğrenim durumu	Üniversite mezunu	85	18,82	8,81	-2,15	0,03
	Üniversite öğrencisi	544	20,97	8,5		

Tablo 4.19. EKE toplam ortalama puanları ile yaş ilişkisi

		EKE
Yaş	r	-.0,15**
	p	<0,001

Yaş ile EKE toplam puanı arasında istatiksel olarak anlamlı fakat çok zayıf düzeyde, negatif yönlü korelasyon (r=-0,15, p<0,001) saptandı. Buna göre yaş arttıkça EKE toplam puanları azalmaktadır.

Geçmişte depresif bozukluk, anksiyete bozuklukları, DEHB ve OKB tanılarını almış olma ve olmama durumları ile Erişkin Konsantrasyon Envanteri toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını saptamak için bağımsız örneklem t testi uygulandı. Analiz sonuçları Tablo 4.20'de görülmektedir.

Depresif bozukluk, anksiyete bozuklukları, DEHB ve OKB değişkenlerine göre Erişkin Konsantrasyon Envanteri toplam puan ortalamaları arasındaki farklar istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (sırasıyla t=3,94, p<0,001; t=3,07, p=0,02; t=2,28, p=0,02; t==2,04, p=0,04). Geçmişte depresif bozukluk, anksiyete bozuklukları, DEHB, OKB tanısı bulunan katılımcıların EKE toplam puan ortalamalarının belirtilen tanıların bulunmadığı katılımcıların EKE toplam puan ortalamalarından daha yüksek olduğu saptandı.

Tablo 4.20. Katılımcıların EKE toplam ortalama puanları ile geçmişte ruhsal hastalık tanısı almış olma durumları arasındaki ilişki

		N	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Depresif bozukluk	Var	72	24,38	9,59	3,94	<0,001
	Yok	557	20,2	8,32		
Anksiyete bozuklukları	Var	77	23,48	8,75	3,07	0,02
	Yok	552	20,29	8,48		
DEHB	Var	45	23,48	8,86	2,28	0,02
	Yok	584	20,64	8,53		
OKB	Var	26	24,03	9,98	2,04	0,04
	Yok	603	20,53	8,49		

5. TARTIŞMA

5.1. Güvenirliğe İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda EKE'nin güvenirliğini iç tutarlılık analizleri (Cronbach Alfa katsayısı, maddeler arası korelasyon, madde-toplam puan korelasyonu ve iki yarı güvenirliği) ve test-tekrar test analizleri ile değerlendirdik.

Cronbach Alfa katsayısının değerini 0,896 olarak hesapladık. Literatürde Cronbach Alfa katsayısının değerinin 0,70 ve üzerinde olması genelde yeterli görülmektedir. Bununla birlikte önerilen farklı sınır değerler ve sınıflamalar da mevcuttur (150, 182-185). En çok önerilen ve kullanılan sınıflamalardan birine göre Cronbach Alfa güvenirlik katsayısının 0,40'dan düşük olması ölçeğin güvenilir olmadığına, 0,40-0,59 arasında olması ölçeğin düşük seviyede güvenilir olduğuna, 0,60-0,79 arasında olması ölçeğin oldukça güvenilir olduğuna ve 0,80-1 arasında olması ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğuna işaret eder (150). Buna göre EKE'nin Türkçe formu yüksek derecede güvenilirdir. Literatürdeki diğer çalışmaları incelediğimizde Cronbach Alfa katsayısının özgün ölçek çalışmasında 10 maddelik EKE için 0,89; Fredrick ve arkadaşlarının çalışmasında 10 maddelik EKE için 0,91; Basha ve Alsubie'nin çalışmasında EKE'nin 16 maddelik Arapça formu için 0,88 olarak hesaplandığını gördük (28, 131, 132). Çalışmamızda hesaplanan Cronbach Alfa katsayısı değeri ile EKE'nin diğer psikometrik inceleme çalışmalarında hesaplanan Croncbach Alfa katsayısı değerleri birbirlerine oldukça yakındır. Buna göre EKE'nin Türkçe formunun en az ölçeğin orijinal formu ile Arapça formu kadar iyi bir iç tutarlılığa sahip olduğunu saptadık.

On beşinci maddeyi ölçekten çıkardıktan sonra yeniden hesapladığımız Cronbach Alfa katsayısının değerinin (0,897) tüm ölçek için hesapladığımız Cronbach Alfa katsayısının değerinden (0,896) daha yüksek olduğunu saptadık. Diğer maddeleri teker teker çıkararak yeniden hesapladığımız Cronbach Alfa katsayı değerleri ise tüm ölçek için hesapladığımız Cronbach Alfa katsayısının değerinden daha yüksek değildi. Bir madde ölçekten çıkarıldığında Cronbach Alfa katsayısının değerinde artış meydana geliyor ise o maddenin güvenirliği düşürdüğü ve sorunlu bir madde olabileceği düşünülür. Ancak bu olasılık kesinleştirilmeden önce sorunlu olabileceği düşünülen maddenin başka yöntemlerle de değerlendirilmesi gerekir. Çalışmamızda 15. maddenin güvenirliği ile ilgili kanaat oluşturmak için madde analizlerinin sonuçlarını da inceledik.

Madde analizlerinde maddeler arası en az ilişkinin 6. ve 15. maddeler arasında (0,121), en yüksek ilişkinin 12. ve 13. maddeler arasında (0,716), madde-toplam puan korelasyon değerlerinin ise 0,375 (15. madde) ila 0,753 (13. madde) arasında değiştiğini bulduk. Literatürde madde-toplam puan korelasyon değerlerinin 0,20'nin üzerinde olması kabul edilebilir bulunmakla birlikte genelde 0,30'un üzerinde olması önerilir (150, 186). Çalışmamızda madde-toplam puan korelasyon değerlerinin tümünü 0,30'un üzerinde hesaplayarak EKE'nin Türkçe formundaki tüm maddelerin toplam puana katkı sağladığını gösterdik. Orijinal ölçek çalışması ile Fredrick ve arkadaşlarının (2021) çalışmalarında madde-toplam puan korelasyon değerlerine ilişkin bilgilere yer verilmemiştir (28, 131). Basha ve Alsubie (2021) EKE'nin Arapça formunun madde-toplam puan korelasyon değerlerinin 0,53 ila 0,74 arasında olduğunu bildirilmiştir (132). Ancak bu çalışmada da ara değerlere ilişkin bilgilere yer verilmemiştir. Çalışmamız ile Basha ve Alsubie'nin çalışmalarını en yüksek madde-toplam puan korelasyon değerleri açısından karşılaştırdığımızda çalışmamızdaki değer (0,753) ile Basha ve Alsubie'nin çalışmalarındaki değerin (0,74) birbirlerine oldukça yakın olduğunu gördük. İki çalışmayı en düşük madde-toplam puan korelasyon değerleri açısından karşılaştırdığımızda ise çalışmamızdaki değerin (0,375) Basha ve Alsubie'nin çalışmalarındaki değerden (0,53) daha düşük olduğunu gördük. Ancak Basha ve Alsubie'nin çalışmalarında madde-toplam puan korelasyonlarının ara değerlerine ilişkin bilgiye yer verilmediği için iki çalışma arasında madde bazında karşılaştırma yapamadık.

Madde analizleri sonrasında 15. maddenin güvenirliğini tekrar değerlendirdik. On beşinci maddeyi ölçekten çıkardığımızda Cronbach Alfa katsayısının değerinde artış olduğunu saptamamızın yanında madde analizleri ile de 15. maddenin tüm maddeler arasında en düşük madde-toplam puan korelasyonuna sahip olan madde olduğunu ve maddeler arasındaki en düşük korelasyonun 15. madde ile 6. madde arasında olduğunu saptamış olmamız 15. maddenin EKE'nin güvenirliğini azalttığını düşündürebilir. Ancak 15. madde çıkarıldığında Cronbach Alfa katsayısında görülen 0,001 değerindeki artış ihmal edilebilir düzeydedir (187). Ayrıca 15. madde en düşük madde-toplam puan korelasyon değerine sahip olan madde olsa bile korelasyon değeri (0,375) sınır değer olan 0,30'dan daha büyüktür. Bu bulgu 15. maddenin toplam puana katkı sağladığını göstermektedir. Bu nedenlerle 15. maddeyi EKE'nin Türkçe formundan çıkarmayı düşünmedik. Ayrıca 15. madde ile değerlendirilen ''hayallere dalma'' belirtisi YBT'nin en önemli özelliklerinden

biridir (21). Klinik anlamlılığı göz önüne aldığımızda da bu maddeyi ölçekten çıkarmayı uygun bulmadık.

Yarıya bölme (split-half) yöntemiyle EKE'nin birinci ve ikinci eş yarılar arasındaki korelasyon değerini 0,786, Spearman-Brown katsayısını 0,88 ve Guttman Split-Half katsayısını 0,88 olarak hesapladık. Bu değerlerin 0,70'in üzerinde hesaplanması ölçeğin kararlılık bakımından güvenilir olduğu anlamına gelir (157). Biz de çalışmamızda bu değerleri 0,70'in üzerinde hesaplayarak EKE'nin kararlılık bakımından güvenilir olduğunu gösterdik.

EKE'nin Türkçe formunun test-tekrar test güvenirliğini değerlendirmek için, çalışmaya dahil ettiğimiz katılımcıların %47,2'sine çalışmaya ilk dahil oldukları zamandan 7-14 gün sonra EKE'yi ikinci kez uyguladık. Bu iki uygulama arasındaki korelasyon katsayısını 0,85 olarak hesapladık. Test-tekrar test güvenirliği, değerlendirilmesi amaçlanan yapıda önemli bir değişiklik olmayacak kadar kısa fakat ölçeğin büyük bölümünün hatırlanamayacağı kadar uzun bir süre sonra aynı katılımcılara ölçeğin tekrar uygulanması ile araştırılır (138). İlk değerlendirmeye alınan katılımcılardan ne kadarının ikinci değerlendirmeye alınması gerektiğine ilişkin literatürde kesin bir öneri olmamakla birlikte katılımcıların yüzde 25 ila yüzde 50'sinin ikinci değerlendirmeye alınmasının test-tekrar test güvenirlik katsayısını hesaplamak için yeterli olabileceği bildirilmiştir (142). Uygulamalar arasında geçmesi gereken uygun süre ile ilgili de kesin bir öneri yoktur. Bu süre belirlenirken ölçülmesi amaçlanan kavram dikkate alınmalıdır (142). Psikiyatri ve psikoloji alanında yapılan ölçek çalışmaları incelendiğinde bu sürenin çoğu çalışmada bir ila iki hafta arasında tutulduğu görülmektedir. Bu öneriler dikkate alınarak gerçekleştirilen bir test-tekrar test güvenirliği analizinde iki uygulama arasındaki korelasyon katsayısının 0,70 ve üzerinde olması ölçeğin zamana karşı değişmezliğe sahip olduğunu gösterir (187). Çalışmamızda EKE'nin test-tekrar test güvenirliğini değerlendirmek için analize dahil ettiğimiz katılımcı yüzdesi (%47,2) yüzde 25'ten büyük olduğu için ve iki uygulama arasında geçen süre (7-14 gün) literatürdeki diğer çalışmalar ile uyumlu olduğu için bu iki parametrenin test-tekrar test güvenirliğini değerlendirmek için yeterli şartları sağladığını söyleyebiliriz. Çalışmamızda iki uygulama arasındaki korelasyon katsayısını 0,85 olarak hesaplayarak EKE'nin Türkçe formunun iyi bir test-tekrar test güvenirliğine yani zamana karşı değişmezliğe sahip olduğunu gösterdik. Bu sonuç, orijinal ölçek çalışması dahil

herhangi bir çalışmada EKE'nin test-tekrar test güvenirliği araştırılmamış olduğu için özellikle önemlidir.

Özetle; EKE'nin Türkçe formunu iç tutarlılık analizleri ile inceleyerek EKE'nin Türkçe formundaki maddelerin birbirleriyle yüksek derecede uyumlu olduğunu ve ölçülmesi amaçlanan alan olan YBT'yi değerlendirmek üzere bir bütün oluşturduklarını yani EKE'nin Türkçe formunun iyi bir iç tutarlılığa sahip olduğunu saptadık. İç tutarlılık analizlerinden elde ettiğimiz bulgular ile orijinal ölçek çalışmasından ve diğer psikometrik inceleme çalışmalarından elde edilen bulguları desteklemenin yanında EKE'nin Türkçe formunun, orijinal ölçek formu ile Arapça form kadar iyi bir iç tutarlılığa sahip olduğunu gösterdik. Ayrıca çalışmamızda, diğer çalışmalardan farklı olarak, EKE'nin test- tekrar test güvenirliğini de araştırdık ve EKE'nin Türkçe formunun iyi bir test-tekrar test güvenirliğine sahip olduğunu bulduk.

5.2. Geçerliğe İlişkin Bulguların Tartışılması

5.2.1. Kapsam Geçerliği Bulgularının Tartışılması

Çalışmamızda altıncı maddenin (''çok aktif değilim'') KGİ'sini 0,81 olarak hesaplarken kalan 15 maddenin KGİ'sini 1 olarak hesapladık. Bu bulgu uzman görüşleri arasındaki uyumun diğer maddelere kıyasla altıncı madde için daha düşük olduğunu düşündürebilir. Fakat tüm KGİ değerlerinin sınır değerin (0,80) üzerinde olması EKE'nin Türkçe formundaki tüm maddelerin, altıncı madde de dahil, yeterli kapsam (içerik) geçerliliğine sahip olduğunu göstermektedir (188). Bu nedenle herhangi bir madde üzerinde değişikliğe gitmedik.

5.2.2. Yapı Geçerliği Bulgularının Tartışılması

Verilerimizin faktör analizine uygun olup olmadığını Kaiser-Meyer Olkin (KMO) ve Bartlett Küresellik testleri ile inceledik. KMO katsayısının 0,909 olduğunu ve Bartlett küresellik testinde ki-kare değerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu ($p<0,001$) bulduk. KMO testi korelasyon katsayılarının büyüklüğü ile kısmı korelasyon katsayılarının büyüklüğünü karşılaştırılarak örneklem yeterliliği hesaplamak için gerçekleştirilir (149). KMO katsayısının değeri ne kadar 1'e yakınsa ölçekteki her bir maddenin ölçekteki diğer

maddeler tarafından tahmin edilebilirliği ve verilerin faktörleştirilebilirliği o kadar iyi demektir (142). Kimi araştırmacılar KMO katsayısının değerinin 0,50'nin altında olmasını kabul edilemez bulurken kimi araştırmacılara göre bu değer 0,60 hatta 0,80 olmalıdır (186, 189). Kaiser ve Rice (1974) ölçütlerine göre KMO katsayısı 0,50 altında kabul edilemez, 0,50–0,59 arasında zayıf, 0,60–0,69 arasında orta, 0,70–0,79 arasında iyi, 0,80–0,89 arasında çok iyi, 0,90–1,00 arasında mükemmel olarak değerlendirilmektedir (142). Bartlett testi ise maddelerin en azından bir kısmı arasında yüksek dereceli korelasyonlar olma olasılığını test etmek için yapılır (150). Veri matrisinin faktör analizine uygun olduğunu söylemek için Bartlett testi ile hesaplanan ki-kare değerinin istatistiksel olarak anlamlı çıkması ($p<0,05$) gerekmektedir (148). Çalışmamız ile, Kaiser ve Rice (1974) ölçütlerine göre KMO katsayısının (0,909) mükemmel değer aralığında olduğunu ve Bartlett küresellik testinde Ki-kare değerinin istatististiksel olarak anlamlı ($p<0,001$) olduğunu bularak verilerimizin faktör analizine uygun olduğunu gösterdik. Ardından EKE'nin Türkçe formu için AFA uyguladık.

AFA'da faktör türetmek için temel bileşenler analizi gerçekleştirdik. Özdeğerleri 1'den büyük, toplam varyansa katkısı %5'ten büyük ve toplam varyansın %56,191'ini açıklayan üç faktör elde ettik. Açıklanan toplam varyansı varimax döndürme yöntemi ile faktörler arasından yeniden dağıttığımızda varyansın %20,856'sını birinci faktörün, %19,47'sını ikinci faktörün ve %15,859'unu üçüncü faktörün açıkladığını bulduk. Maddelerin faktör yüklerini ve hangi alt boyutlarda yer aldığını incelediğimizde tüm maddelerin faktör yüklenmelerinin 0,30'dan büyük olduğunu ve iki faktör yükü arasında 0,10'dan daha az fark olan madde olmadığını saptadık. Ancak onuncu maddenin faktör yüklenmelerinin hem birinci alt boyutta (0,546) hem de üçüncü alt boyutta (0,562) 0,40'ın üzerinde olduğunu gördük.

Bir maddenin ölçekte tutulup tutulmayacağına karar vermek için maddenin faktör yükü incelenir. Literatürde bir maddeyi ölçekte tutmak için gereken en az faktör yükü değerleriyle ilgili farklı öneriler bulunsa da genelde araştırmacılar arasında kabul gören bu değerin 0,30 olduğudur (186). Fakat bir maddenin ölçekte tutulup tutulmayacağına sadece bu değerlendirmeye göre karar verilmez. Birden fazla faktör yükü 0,40'ın üzerinde ve iki faktör yükü arasında 0,10'dan daha az fark olan maddeler literatürde ''binişik madde'' olarak isimlendirilir ve binişik maddelerin ölçekten çıkarılması önerilir (189).

Çalışmamızda onuncu maddenin faktör yüklenmeleri hem birinci (0,546) hem de üçüncü (0,562) faktörde istatistiksel olarak anlamlı olduğu için bu maddeyi EKE'nin Türkçe formuna dahil edip etmeme konusunda EKE'nin geliştiricisi Stephen Becker'den görüş istedik. Becker, EKE'nin geçerliği daha fazla sayıda çalışmada incelenene kadar 11. madde (''Bir şeyler yapmak için motive olamam.'') dışındaki tüm maddelerin araştırmacılar tarafından kullanılmasının faydalı olduğunu düşündüğünü belirtti. On birinci maddenin, çalışmalar arasında tutarlı bir şekilde YBT belirtileri yerine DEHB'nin dikkat eksikliği belirtilerine yüklendiği gösterilmiş olduğu için, dahil edilmeyebileceğini ifade etti (75, 101, 190-192). Nitekim Becker'in de geliştiricilerinden olduğu, EKE ile neredeyse örtüşen madde içeriğine sahip, CABI'nin YBT modülüne motivasyon düşüklüğü ile ilgili olan madde dahil edilmemiştir. Fakat çalışmamızda 11. maddenin faktör yüklenmelerinde sorun saptamadığımız için bu maddenin de araştırmacılar tarafından kullanılmasının faydalı olabileceğini düşündük. Sonuç olarak hem 10. maddeyi hem de 11. maddeyi EKE'nin Türkçe versiyonuna dahil ederek EKE'nin orijinal versiyonuna sadık kalmaya karar verdik.

Onuncu maddeyi hangi faktöre dahil edeceğimize karar vermek için uzman görüşlerine başvurduk. Uzmanlar faktörlerin madde içeriklerini inceledi ve onuncu maddenin anlam açısından birinci alt boyuta dahil edilmesinin uygun olduğu yönünde görüş bildirdi. Sonuç olarak ölçeğin birinci alt boyutunda faktör yükleri 0,546 ile 0,732 arasında değişen yedi madde (2 ,3, 7, 10, 12, 13 ve 15 nolu maddeler); ikinci alt boyutunda faktör yükleri 0,476 ile 0,749 arasında değişen altı madde (1, 4 ,6 ,8 ,11 ve 14 nolu maddeler); üçüncü alt boyutunda faktör yükleri 0,395 ile 0,877 arasında değişen üç madde (5, 9 ve 16 nolu maddeler) yer aldı. Faktörlerin madde içeriklerini incelediğimizde, madde içeriklerinin tatmin edici bir biçimde birbirleri ile uyumlu olduğunu gördük. Ardından kuramsal yapıyı ve madde içeriklerini dikkate alarak boyutları sırasıyla ''dalgınlık'', ''psikomotor yavaşlık'' ve ''bellek sorunları'' olarak isimlendirdik.

Boyutları isimlendirilirken kuramsal yapı ile ilgili olan literatür incelendiğinde YBT maddelerinin DEHB boyutlarından ayrı olarak tek bir faktöre yüklendiğinin birçok çalışmada gösterilmiş olduğu görülmektedir (2, 28, 131). Ancak YBT'nin faktör yapısının özel olarak çok daha az incelendiği ve bu incelemelerde de birbirinden farklı sonuçlar elde edildiği göze çarpmaktadır (3, 21, 118, 128). Bazı araştırmacılar YBT'nin iki ila dört arasında boyutu olduğunu saptarken bazı araştırmacılar YBT'nin tek boyutlu olarak

kavramsallaştırılmasının en iyi uyumu sağladığını öne sürmektedir (49). Bugüne dek farklı çalışmalarda ‘’yavaşlık’’, ‘’uykululuk’’, ‘’hayallere dalma’’, ‘’düşük girişimcilik/sebat edememe’’, ‘’çalışma belleği sorunları’’ şeklinde YBT alt boyutları tanımlanmıştır (3, 118, 128). Ayrıca bazı çalışmalarda uykululuk/hayallere dalma, yavaşlık/hayallere dalma gibi örtüşen alt boyutlar da bildirilmiştir (21, 118).

Literatürde birbirinden farklı boyutlar bildiriliyor olmasının nedenlerinden biri ölçeklerin madde içeriklerinin birbirinden farklı olması olabilir. Becker (2021) tarafından Eylül 2009 ile Aralık 2019 arasında geliştirilmiş olan YBT ölçekleri sistematik olarak incelendiğinde ölçeklerde ‘’Hayallere dalma’’, ‘’Uykululuk/Uyuşukluk’’, ‘’Yorgun/letarjik olma’’, ‘’Az aktif olma/Yavaş hareket etme’’, ‘’Kolayca kafası karışma’’, ‘’Kendi düşüncelerinde kaybolma’’, ‘’Dalgınlık’’, ‘’Kolayca sıkılma’’, ‘’Zihin bulanıklığı’’, ‘’Aklındakini unutma/Söyleyeceklerini unutma’’, ‘’Yavaş düşünme/Bilgileri işlemede yavaşlık’’, ‘’Aklı başka yerde gibi görünme’’, ‘’Boş gözlerle bakma’’, ‘’İlgisizlik/Motivasyon düşüklüğü’’, ‘’Düşük girişimcilik/Sebat edememe’’, ‘’Yavaş çalışma/Görevleri tamamlamada yavaşlık’’ alanları ile ilgili maddelerin olduğu bildirilmiştir (49). ‘’Hayallere dalma’’ ve ‘’uykululuk/uyuşukluk’’ alanları dokuz ölçeğin tümünde, ‘’yorgun/letarjik olma’’ ve ‘’az aktif olma/yavaş hareket etme’’ alanları sekiz ölçekte, ‘’kolayca kafası karışma’’ ve ‘’kendi düşüncelerinde kaybolma’’ alanları yedi ölçekte, diğer alanlar ile ilgili maddeler ise üç veya daha az ölçekte bulunmaktadır (35). ‘’İlgisizlik/motivasyon düşüklüğü’’, ’’düşük girişimcilik/sebat edememe’’ ve ‘’yavaş çalışma/görevleri tamamlamada yavaşlık’’ alanları ile ilgili maddelerin DEHB’nin dikkatsizlik boyutu ile yakından ilişkili olduğu saptandıktan sonra ayırıcı tanıda yararının olmayacağı düşünüldüğü için kullanımları giderek azalmıştır (3, 4, 21, 101, 118, 192-195).

YBT ölçekleri arasında sadece madde içerikleri açısından değil maddelerin sayısı, maddelerin puanlanması ve değerlendirmenin kaynağı bakımından da farklılıklar bulunmaktadır (2, 3, 26, 28, 118, 128, 196). Bununla birlikte son yıllarda YBT’nin ölçüm alanında kat edilen mesafe ile, henüz ölçüm standardı yakalanamamış olsa da, yeni geliştirilen ölçekler arasında daha az farklılık bulunmaktadır. Bu durum YBT’nin faktör yapısının araştırıldığı çalışmaların sonuçlarına da yansımaktadır.

Çalışmamızda elde ettiğimiz AFA bulguları ile EKE’nin diğer psikometrik inceleme çalışmalarından elde edilen bulguları karşılaştırmak için literatürü incelediğimizde, EKE’nin faktör yapısının diğer psikopatoloji boyutlarından bağımsız

olarak henüz bir çalışmada araştırılmış olduğunu gördük. Basha ve Alsubie tarafından (2021) 154 kadın üniversite öğrencisi ile gerçekleştirilen bu çalışma incelendiğinde EKE'nin Arapça formunun özdeğerleri 1'den büyük, açıkladıkları kümülatif toplam varyans %49,82 olan, ''yavaş düşünme ve hareket etme'', ''dağınıklık ve dikkat dağıtan düşünceler'', ''enerji eksikliği'' şeklinde isimlendirilen üç boyuttan oluştuğu görülmektedir (132). Tablo 5.1'de Türkçe ve Arapça formun AFA sonuçları görülmektedir.

İki formu madde ve boyut sayısı ile boyutların ihtiva ettiği maddeler açısından karşılaştırdığımızda her iki formun da 16 maddeden ve üç alt boyuttan oluştuğunu; 12 maddenin iki formda tutarlı bir şekilde aynı alt boyutlara dağıldığını; Türkçe formda ''dalgınlık'', Arapça formda ''dikkatsizlik ve dikkat dağıtıcı düşünceler'' olarak adlandırılan alt boyutların birebir aynı olan yedişer maddeden oluştuğunu; Türkçe formda ''psikomotor yavaşlık'', Arapça formda ''düşünce ve hareketlerde yavaşlık'' olarak adlandırılan alt boyutların dördü ortak altışar maddeden oluştuğunu; Türkçe formda ''bellek sorunları'', Arapça formda ''enerji düşüklüğü'' olarak adlandırılan alt boyutların biri ortak üçer maddeden oluştuğunu gördük. Türkçe ve Arapça formlarda on iki madde aynı boyutlara dağılırken dört maddenin farklı faktörlere dağılması dilsel ve kültürel farklılıklarla ilişkili olabilir.

Formları faktörlerin özdeğerleri, açıkladıkları varyans yüzdeleri ve açıkladıkları toplam varyans yüzdeleri açısından karşılaştırdığımızda ise Türkçe formun kümülatif toplam varyans yüzdesinin (%56,191), Arapça formun kümülatif toplam varyans yüzdesinden (%49,820) biraz daha yüksek olduğunu; Türkçe formdaki faktör özdeğerleri ile faktörlerin total varyansa katkılarının birbirlerine oldukça yakın iken Arapça formda birinci faktörün özdeğeri (5,761) ile ikinci faktörün özdeğeri (1,176) arasında ve birinci faktörün total varyansa katkısı (%36,003) ile ikinci faktörün total varyansa katkısı (%7,350) arasında yaklaşık beş kat fark olduğunu gördük. Literatürde bir ölçeğin faktör özdeğerleri arasında üç kattan daha fazla fark görüldüğünde o ölçeğin tek boyutlu olarak ele alınmasının daha doğru olabileceği düşünülmektedir (197). Buna göre Türkçe formun, Arapça forma kıyasla, üç boyutluluğu daha iyi açıkladığını söyleyebiliriz. Türkçe ve Arapça formlar arasında faktörlerin açıkladığı varyans yüzdeleri ile kümülatif varyans yüzdeleri arasında farklılık olması örneklem sayısındaki farklılıkla ilişkili olabilir.

Hem AFA ile ortaya çıkan üç boyutlu yapıyı hem de ölçeğin ilk doğrulama çalışmasında sunulmuş olan tek boyutlu yapıyı test etmek için yapısal eşitlik modellemesiyle DFA gerçekleştirdik ve modellerin faktör yükleri ile uyum indeks değerlerini inceledik. Faktör yüklerinin tek boyutlu modelde 0,39-0,84; üç boyutlu modelin birinci boyutunda 0,39-0,83, ikinci boyutunda 0,53-0,70, üçüncü boyutunda 0,39-0,82 arasında değiştiğini gördük. Her iki modelde de, literatürde alt sınır değeri olarak önerilen,

Tablo 5.1. Türkçe ve Arapça formların AFA sonuçları bakımından karşılaştırılması

	Türkçe Form			Arapça Form		
	Dalgınlık	Psikomotor Yavaşlık	Bellek sorunları	Düşünce ve hareketlerde yavaşlık	Dikkatsizlik ve dikkat dağıtıcı düşünceler	Enerji düşüklüğü
2. Zihnim bulanıktır	0,624				0,708	
3.Gözlerim dalar	0,550				0,547	
7. Kendi düşüncelerimde kaybolurum.	0,732				0,519	
10. Kafam karışır	0,546				0,580	
12. Zihnimde bulunduğum yer ve durumdan kopmalar olur.	0,671				0,692	
13. Zihnim dağınıktır	0,704				0,650	
15. Hayallere dalarım	0,691				0,403	
1. İşlerimi yavaş yaparım.		0,669		0,573		
4.Gün içerisinde kendimi uykulu veya uyuşuk hissederim.		0,680				0,730
6. Çok aktif değilim.		0,749				0,597
8. Kolayca yorulurum.		0,670		0,648		
11.Bir şeyler yapmak için motive olamam.		0,628		0,484		
14. Düşüncelerim yavaş veya ağırdır.		0,476		0,671		
5. Aklımdakini unuturum.			0,828	0,388		
9. Söyleyeceğim şeyi unuturum.			0,877	0,638		
16. Düşüncelerimi söze dökmekte zorlanırım.			0,395			0,646
Faktörlere Ait Özdeğerler	3,337	3,116	2,537	5,761	1,176	1,035
Açıklanan Varyans Yüzdesi	20,856	19,476	15,859	36,003	7,350	6,466
Açıklanan Kümülatif Toplam Varyans Yüzdesi	56,191			49,820		

0,30'dan daha düşük faktör yüküne sahip maddeye rastlamadık. Ardından her iki modelin uyumunu Minimum Tutarsızlık/Serbestlik Derecesi (CMIN/DF), Uyum İndeksinin İyiliği (Goodness of Fit Index, GFI), Karşılaştırmalı Uyum İyiliği (Comparative Fit Index, CFI) ve Hata Kareler Ortalamasının Tahmini Kökü (Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA) değerleri ile inceledik. Modellerin iyi uyum değerleri ile literatürde uyum iyiliği için önerilen referans aralıkları Tablo 5.2'de görülmektedir (181).

Tablo 5.2. Uyum iyiliği ölçütlerinin referans aralıkları ve modeller için hesaplanan uyum değerleri

Uyum İyiliği Ölçütleri	İyi Uyum Değerleri	Kabul Edilebilir Uyum Değerleri	Tek Boyutlu Model	Üç Boyutlu Model
CMIN/DF	0<CMIN/DF<2	2<CMIN/DF<5	4,916	4,080
GFI	$0.95 \leq GFI \leq 1$	$0.90 \leq GFI \leq 0.95$	0,902	0,928
CFI	$0.97 \leq CFI \leq 1$	$0.95 \leq CFI \leq 0.97$	0,904	0,926
RMSEA	0<RMSEA<0.05	$0.05 \leq RMSEA \leq 0.10$	0,078	0,070

Kaynak: Engel, Moosbrugger ve Müller (2003)

Tablo 5.2'ye göre hem tek boyutlu hem de üç boyutlu modelin CMIN/DF, GFI ve RMSEA değerlerinin kabul edilebilir olduğu fakat CFI değerlerinin kabul edilebilir olmadığı düşünülebilir. Ancak bir modelin uyumu ile ilgili değerlendirme yaparken birçok değer birden incelenmelidir (148). Bir değere göre uyumun iyi olduğu söylenemeyeceği gibi, bir değere göre uyumun kötü olduğu da söylenemez. Ayrıca tabloda belirtilen referans değerler araştırmacılar tarafından genel kabul gören değerlerdir. Birçok istatistiksel değerde olduğu gibi uyum iyiliği indeksleri için de farklı araştırmacılar tarafından farklı uyum değerleri önerilmiştir. Nitekim kimi araştırmacılara göre CFI uyum indeksinin 0,90 ve üzerinde olması yeterlidir (198). Sonuç olarak; DFA ile, hem AFA'yla belirlediğimiz üç boyutlu yapının hem de orijinal ölçek çalışmasında sunulan tek boyutlu yapının uyumunun kabul edilebilir olduğunu gösterdik.

Genel olarak bakıldığında Türkçe ve Arapça formlardaki maddelerin çoğunun tutarlı bir şekilde aynı boyutlara dağılıyor olması EKE'nin ölçülmesi amaçlanan alan olan YBT'yi ölçtüğünü göstermektedir. Bununla birlikte ''dalgınlık'' olarak adlandırdığımız

boyutun her iki formda tamamen aynı maddelerden oluşuyor olması, ‘’dalgınlık’’ boyutunun diğer boyutlara göre daha geçerli ve güvenilir olduğunu düşündürmektedir. Üç boyutlu modeldeki faktörlerin madde içeriklerinin birbiri ile oldukça uyumlu, faktörlerin toplam varyansa olan katkılarının birbirlerine oldukça yakın olması ve uyum iyiliği kriterlerine göre üç boyutlu yapının tek boyutlu yapıya göre daha iyi bir uyum sergilemesi EKE’nin üç boyutlu olarak değerlendirilebileceğini göstermektedir. Ancak YBT ölçümünde madde içerikleri, faktör yapısı gibi henüz netliğe kavuşmayan alanlar olduğu için benzer sonuçlar çalışmalar arasında tutarlı bir şekilde gösterilene kadar YBT belirtilerinin tek bir toplam puan ile değerlendirilmesi daha uygun olabilir.

5.2.3. Ölçüt Geçerliği Bulgularının Tartışılması

EKE eş zamanlı geçerliğini Erişkin Dikkat Eksikiği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği 21, Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, UCLA Yalnızlık Ölçeği ve SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği’ni ölçüt alarak, özgün çalışmanın tasarımına benzer bir biçimde araştırarak YBT ile DEHB, depresyon, anksiyete, stres, duygu düzenleme güçlüğü, düşük benlik saygısı, yüksek yalnızlık düzeyi ve düşük yaşam kalitesi arasındaki ilişkileri araştırdık.

YBT ile DEHB’nin dikkat eksikliği alt tipi arasında güçlü ilişki olduğunu bulduk (r=0,69). EKE’nin ilk psikometrik inceleme çalışması (r=0,73) ile ABD’de gerçekleştirilen diğer psikometrik inceleme çalışmasında da (r=0,64) güçlü korelasyonlar saptanmıştır (28, 131). Becker ve arkadaşlarının meta-analiz çalışması da YBT ile DEHB dikkat eksikliği alt tipi arasında güçlü ilişki olduğunu göstermiştir (4).

YBT ile DEHB hiperaktivite/dürtüsellik alt tipi arasında düşük düzeyde, pozitif yönlü bir ilişki olduğunu saptandı (r=0,38). Çalışmamızda hesapladığımız korelasyon katsayısı (r=0,38), orta değere yakın olsa da, özgün ölçek çalışması (r=0,56) ile Fredrick ve arkadaşlarının çalışmalarında (r=0,47) hesaplanan korelasyon katsayılarına göre daha düşüktür (28, 131). Becker ve arkadaşlarının meta-analiz çalışmasında da hesaplanan korelasyon değerleri çocuk ve ergen popülasyonları için 0,32; erişkin popülasyonları için 0,46’dır (4). Aslında hareketlerde yavaşlık, uyuşukluk, çabuk yorulma gibi belirtiler ile tanımlanan YBT’nin doğası göz önüne alındığında YBT belirtileri ile hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri arasında herhangi bir ilişkinin olmaması ya da negatif

yönlü bir ilişkinin olması beklenir. Nitekim literatürde yukarıda belirtilen çalışmaların aksine sonuçların elde edildiği de birçok çalışma bulunmaktadır. Meta-analiz çalışmasında da DEHB dikkat eksikliği belirtileri kontrol edildiğinde YBT ile DEHB hiperaktivite/dürtüsellik arasındaki ilişkinin genellikle önemsiz ya da negatif hale geldiği bildirilmiştir (4). Bu doğrultuda çalışmamızda DEHB dikkat eksikliği belirtilerinin etkisini kontrol ettik ve YBT belirtileri ile DEHB hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri arasındaki korelasyonun belirgin olarak azaldığını saptadık (r= 0,082). Literatürde iki değişken arasında hesaplanan korelasyon katsayısının 0,20'nin altında olması değişkenler arasında çok düşük bir ilişki olduğu (tesadüfe bağlı olabilir) şeklinde yorumlanmaktadır (142). Buna göre YBT ile DEHB hiperaktivite/dürtüsellik alt tipi arasında, tesadüfe bağlı olabilecek, çok zayıf bir ilişkinin olduğunu söyleyebiliriz.

YBT ile DEHB hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri arasındaki ilişkiyi YBT alt boyutları açısından incelediğimizde ise DEHB hiperaktivite dürtüsellik belirtilerinin YBT'nin ''dalgınlık'' boyutu ile orta düzeyde; ''psikomotor yavaşlık'' ve ''bellek sorunları'' boyutları ile zayıf düzeyde pozitif yönlü korelasyonlar gösterdiğini saptadık (sırasıyla r=0,440 p<0,01; r=0,212 p<0,01; r=0,253 p<0,01). DEHB dikkat eksikliği belirtilerinin etkisini kontrol ettiğimizdeyse DEHB hiperaktivite dürtüsellik belirtileri ile YBT'nin ''dalgınlık'' boyutu arasındaki korelasyonun zayıfladığını; ''psikomotor yavaşlık'' boyutu ile olan korelasyonun tersine döndüğünü ve ''bellek sorunları''boyutu ile olan korelasyonun kaybolduğunu saptadık (sırasıyla r=0,231 p<0,001; r=-0,096 p=0,017; r=-0,025 p=0,536). Buna göre, DEHB hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri ile YBT'nin 'dalgınlık'' belirtileri arasında pozitif yönlü, zayıf bir ilişki olduğunu; ''psikomotor yavaşlık'' belirtileri arasında negatif yönlü, çok zayıf bir ilişki olduğunu; ''bellek sorunları'' belirtileri arasında ilişki olmadığını gördük. Bu sonuçlar kavramsal açıdan uygun görünmekte ve EKE'nin boyutsal yapısını da desteklemesi bakımından önemlidir.

Sonuç olarak çalışmamızda YBT belirtileri ile hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri arasındaki ilişkinin, dikkat eksikliği belirtilerinin etkisinin kontrol edilip edilmemesine ve YBT'nin alt boyutlarına göre değiştiğini saptadık. Buna göre ''bellek sorunları'' belirtileri ağırlıkta olan YBT'li bireylerde YBT ile hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri arasında herhangi bir ilişki saptanmazken ''dalgınlık'' belirtileri ağırlıkta olan YBT'li bireylerde YBT ile hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri arasında pozitif yönde bir ilişki, ''psikomotor

yavaşlık'' belirtileri ağırlıkta olan YBT'li bireylerde YBT ile hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri arasında negatif yönde bir ilişkinin olduğu söylenebilir.

Araştırmamızda YBT ile depresyon arasında güçlü seviyede (r=0,669); YBT ile anksiyete ve stres arasında ise orta seviyede korelasyonlar olduğunu saptadık (sırasıyla r=0,571; r=0,561). Orijinal ölçek çalışmasında anksiyete ve depresyon belirtileri tek boyutta değerlendirilmiş, YBT ile anksiyete/depresyon arasında (r=0,49) orta seviyede korelasyon olduğu gösterilmiştir (28). Fredrick ve arkadaşlarının çalışmasında YBT'nin depresyon, anksiyete ve stres ile arasındaki ilişkiler ayrı ayrı değerlendirilmiş, YBT'nin bu üç psikopatoloji ile de orta seviyede korelasyonlara sahip olduğu bulunmuştur (sırasıyla r=0,48; r=0,50; r=0,57) (131). Ayrıca çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde, literatürde de YBT'nin depresyon ile anksiyeteye kıyasla daha yüksek seviyelerde ilişkili olduğu bildirilmektedir (4). YBT ile depresyon arasındaki ilişkinin olası sebeplerinden biri YBT ve depresyon arasında, uykululuk, psikomotor yavaşlama ve ilgisizlik yönleriyle, bir dereceye kadar var olan kavramsal örtüşme olabilir. Depresyonda görülen uykululuk, psikomotor yavaşlama ve ilgide azalma belirtilerinin YBT'li bireylerde zaten var olması, bu özelliklerin yanlışlıkla depresif belirtiler olarak yorumlanması neden oluyor olabilir. Çalışmamızda depresyonu ölçmek için kullanılan Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği 21'in depresyon alt skalasını incelediğimizde ''Hiçbir şey bende heyecan uyandırmıyordu'' ve ''Bir iş yapmak için gerekli olan ilk adımı atmada zorlandım.'' maddelerinin YBT'li bireyler tarafından yüksek olarak derecelendirilmiş olabileceğini düşündük. Bunun yanında Erişkin Konsantrasyon Envanteri'nin özellikle ''psikomotor yavaşlık'' maddeleri de depresyonu olan bireyler tarafından yüksek derecelendirilmiş olabilir. Yani bazı depresif belirtiler de yanlışlıkla YBT belirtileri olarak yorumlanıyor olabilir. Bu ilişkinin olası sebeplerinden biri de YBT'li bireylerde görülen sosyal, akademik ve genel işlevsellik alanlarındaki bozulmaların depresyon için yatkınlık yaratabileceğidir.

Araştırmamızda duygu düzenleme güçlüğü araştırılırken Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği'nden (DDGÖ) yararlandık. EKE toplam puanı ile DDGÖ'nün toplam puanı arasında orta-yüksek seviyede pozitif yönlü korelasyon saptadık (r=0,597). EKE toplam puanının DDGÖ'nün alt ölçeklerinden alınan puanlar ile olan korelasyonlarını incelediğimizde; EKE'nin DDGÖ'nün farkındalık alt ölçeği ile çok düşük seviyede (r=0,183); kabul etmeme alt ölçeği ile düşük-orta seviyede (0,392); netlik (r=0,482), dürtüsellik (r=0,432), stratejiler (r=0,541) ve amaçlar (r=0,455) alt ölçekleri ile orta

seviyede pozitif yönlü korelasyonlara sahip olduğunu gördük. Orijinal ölçek çalışmasında YBT ile duygu düzenleme güçlüğü arasında orta seviyede pozitif yönlü korelasyon (r=0,51) saptanmış olup YBT ile duygu düzenleme güçlüğünün alt boyutları arasındaki ilişkiler incelenmemiştir (28). Becker ve arkadaşlarının (2020) gerçekleştirdikleri bir çalışmada YBT'nin hem genel duygu düzenleme güçlüğü hem de duygu düzenleme güçlüğünün alt boyutları ile olan ilişkileri incelenmiştir (126). Adölesanlarda yürütülen bu çalışmada YBT, EKE ile örtüşen madde içeriğine sahip Child Concentration Inventory II (CCI-II) ile, duygu düzenleme güçlüğü de Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği'nin (DDGÖ) 18 maddelik kısa formu ile değerlendirilmiştir. CCI-II toplam puanı ile DDGÖ toplam puanı arasında orta seviyede pozitif yönlü korelasyon saptanmıştır (r=0,55). CCI-II toplam puanının DDGÖ'nün alt ölçeklerinden alınan puanlar ile olan korelasyonları incelendiğinde; CCI-II'nin DDGÖ'nün farkındalık alt ölçeği ile çok düşük seviyede (r=0,14); kabul etmeme, (r=0,45), netlik (r=0,48), dürtüsellik (r=0,43), stratejiler (r=0,50) ve amaçlar (r=0,46) alt ölçekleri ile orta seviyede pozitif yönlü korelasyonlara sahip olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda elde edilen korelasyon değerleri ile Becker ve arkadaşlarının (2020) çalışmalarında elde edilen korelasyon değerleri karşılaştırıldığında tüm değerlerin birbirine çok yakın olduğunu gördük. Bu bulgular ışığında, YBT belirtileri yüksek olan bireylerin duygularını fark etme konusunda ciddi sorun yaşamadıklarını ancak duygularını anlamlandırma, kabul etme, hoş olmayan duygular içerisindeyken amaca yönelik davranışlarda bulunma, dürtü kontrolünü sağlama ve işlevsel duygu düzenleme stratejilerini kullanma konularında güçlükler yaşadıklarını söyleyebiliriz.

Çalışmamızda YBT ile benlik saygısı arasında negatif yönlü, orta seviyede korelasyon olduğunu gördük (r=-0,51). Orijinal ölçek çalışmasında da YBT ile benlik saygısı arasında orta seviyede negatif yönlü korelasyon saptanmıştır (r=-0,44) (28). Çalışmamızda YBT ile yalnızlık arasında orta seviyede pozitif yönlü korelasyon olduğunu saptadık (r=0,50). Orijinal ölçek çalışmasında da YBT ile yalnızlık arasında orta seviyede pozitif yönlü korelasyon saptanmıştır (r=-0,40) (28).

Araştırmamızda YBT'nin yaşam kalitesinin vitalite ve ruhsal sağlık alanları ile negatif yönlü, orta derecede ilişkili olduğunu saptarken; fiziksel işlev, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, sosyal işlev ve genel sağlık alanları ile negatif yönlü, düşük derecede korele olduğunu saptadık. Literatürde YBT'nin iş, ev, okul, para yönetimi, boş zaman etkinlikleri ve özbakım gibi çeşitli yaşam alanlarındaki genel işlevselliği olumsuz

yönde etkilediği bir çok çalışmada gösterilmiştir. Ölçeğin orijinal çalışmasında da YBT ile genel işlevsellikte bozulma arasında orta seviyede korelasyon (r=0,43) saptanmıştır (28). Ancak literatürde YBT ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelendiği az sayıda çalışma vardır. Combs ve arkadaşları (2014) YBT ile yaşam kalitesi arasında negatif yönlü ilişki olduğunu saptamışlardır (115).

5.3. Erişkin Konsantrasyon Envanteri ile Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri Arasındaki İlişkilere Ait Bulguların Tartışılması

Çalışmamıza dahil edilen katılımcıların %28,'u erkek, %71'i kadındı. Cinsiyetini belirtmeyen bir katılımcı vardı. EKE toplam puan ortalamalarını kadınlar için 21,35 olarak hesaplarken erkekler için 19,02 olarak hesapladık (t=3,12; p=0,02). YBT ile kadın cinsiyet arasında çok zayıf seviyede, pozitif yönlü bir ilişki olduğunu saptadık. Ölçeğin orijinal çalışmasında da kadınların EKE toplam puan ortalamalarının, erkeklere kıyasla, daha yüksek olduğu bildirilmiştir (28). Ancak literatürdeki genel kabul cinsiyet ile YBT belirtileri arasında herhangi bir ilişki olmadığıdır. Çalışmamızda literatür bulgularından farklı bir sonuç elde edilmesinin olası nedenlerinden biri Türk ve Batı toplumlarında toplumsal cinsiyet rolleri bağlamında erkeklik algısının birbirinden farklı olması ile ilgili olabilir. Ülkemizde yavaşlık, uyuşukluk gibi belirtiler erkekler tarafından olumsuz bir durum olarak algılanıyor ve bu nedenle daha az bildiriyor olabilir. Ayrıca bu sonuç değerlendirilirken çalışmamızın 18-30 yaş arası bireylerde gerçekleştirildiği akılda tutulmalıdır. Türkiye'deki erişkin bireylerin YBT profili ile ilgili kesin sonuçlara varmadan önce YBT belirtileri daha geniş yaş aralığındaki katılımcılar ile incelenmelidir.

Çalışmamızda yaş ile EKE toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fakat çok zayıf düzeyde, negatif yönlü bir ilişki olduğunu saptadık (r=-0,15, p<0,001). Literatürde ise genelde zayıf düzeyde, pozitif yönlü bir ilişkinin olduğu bildirilmektedir. Becker ve arkadaşlarının (2016) meta-analiz çalışması da yaş ile YBT belirtileri arasında çok zayıf düzeyde, pozitif yönlü bir ilişki olduğunu göstermiştir (4). Çalışmamızda literatürdeki genel kanının aksine bir bulgu elde etmiş olmamız araştırmamızın örneklemi ile ilişkili olabilir. Çalışmamızın örneklemi üniversite öğrencileri ağırlıktaydı ve üniversite öğrencilerinin EKE toplam puan ortalamaları (20,97) üniversite mezunlarının EKE toplam puan ortalamalarından (18,82) daha yüksekti (t=-2,15; p=0,03). Literatürde de üniversite öğrencilerinin YBT belirti puanlarının genel

topluma kıyasla daha yüksek olduğunun bildirildiği çalışmalar mevcuttur (103). Bu durumun olası bir nedeni üniversite öğrencilerinin genel topluma kıyasla aileden ayrılma, şehir değiştirme, yeni arkadaşlıklar kurma, yeni bir eğitim sistemine alışma gibi çeşitli sosyal ve akademik zorlukla daha fazla karşılaşması ve bu zorlukların üniversite öğrencilerinin YBT tablosunu belirginleştirmesi olabilir. Üniversite öğrencilerinin özellikle üniversitenin ilk yıllarında daha fazla zorlukla karşılaştığı göz önüne alındığında, bizim çalışmamızda olduğu gibi, örneklemleri ağırlıklı olarak üniversitenin ilk yılında olan öğrencilerden oluşan çalışmalarda yaş ile YBT belirtileri arasında negatif yönlü bir ilişki saptanma ihtimali daha yüksek olabilir.

Çalışmamıza dahil edilen katılımcıların %76,81'i daha önce herhangi bir ruhsal hastalık tanısı almadığını bildirirken %12,15'i anksiyete bozuklukları, %11,36'sı depresif bozukluk, %7,1'i dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, %4,1'i obsesif kompulsif bozukluk, %0,79'u bipolar bozukluk, %0,79'u öğrenme bozuklukları, %0,32'si alkol kullanım bozukluğu, %0,63'ü diğer tanıları (1 kişi borderline kişilik bozukluğu, 1 kişi yeme bozukluğu, 2 kişi sigara bağımlılığı) aldığını bildirdi. Katılımcılara bir ruh sağlığı profesyoneli tarafından en sık konulan ruhsal hastalık tanılarının sırasıyla anksiyete bozuklukları, depresif bozukluk, DEHB ve OKB olduğunu gördük. Ardından herbir tanı için; katılımcılar arasında tanının geçmişte bulunma ve bulunmama durumlarına göre iki grup oluşturduk. Geçmişte bu dört tanının bulunduğu katılımcıların, bulunmayan katılımcılara göre, EKE toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu saptadık. En büyük farkın depresif bozukluk için olduğunu ardından sırasıyla anksiyete bozuklukları, DEHB ve OKB tanıları için olduğunu bulduk (depresif bozukluk için $t=3,94$, $p<0,001$; anksiyete bozuklukları için $t=3,07$, $p=0,02$; DEHB için $t=2,28$, $p=0,02$; OKB için $t=2,04$, $p=0,04$). Bu bulgular depresif bozukluk, anksiyete bozuklukları, DEHB ya da OKB tanıları bulunan bireylerin YBT açısından da değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmüştür.

5.4. Çalışmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları

Araştırmamız erişkinlerde YBT belirtilerini değerlendiren bir ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliğinin incelendiği ilk araştırma olmasının yanı sıra YBT'nin geçerliğinin araştırılarak Türkiye toplumundaki erişkinlere dair verilerin sunulması ve Erişkin Konsantrasyon Envanteri'nin zamana karşı değişmezliğinin gösterilmesi konularında da ilk olma özelliğine sahiptir. Ayrıca araştırmamız, EKE ile YBT'nin üç

farklı alt boyutta değerlendirilebileceğini göstermiş olması nedeniyle, teoriye katkı sağlayacak çalışmaların önünü açma potansiyeli taşıması bakımından da önemli bir konuma sahiptir. Türkçe geçerlik ve güvenirliğini araştırdığımız EKE'nin meta-analitik verilere dayandırılarak geliştirilmiş, kolay anlaşılabilir ve kolay uygulanabilir bir ölçek olması da araştırmamızın güçlü yönlerinden biridir.

Araştırmamızın örneklemi, örneklem büyüklüğü açısından değerlendirildiğinde sonuçlarımızın güvenilirliğini artırsa da araştırma örneklemimize sadece üniversite öğrencisi ya da mezunu olan 18-30 yaş arasındaki bireyleri dahil etmemiz ve dahil ettiğimiz bu bireylerin de ağırlıklı olarak kadın üniversite öğrencisi olması nedenleriyle araştırma bulgularımızı tüm toplum için genellemek mümkün değildir. Ancak orijinal çalışma yöntemine sadık kalmak için bu yöntemi tercih ettik. Gelecek araştırmaların, klinik örneklemler dahil, farklı özelliklere sahip örneklemlerde gerçekleştirilmesi, hem EKE'nin geçerlik ve güvenirliğine ilişkin ek kanıtlar hem de YBT ile ilgili ek bilgiler elde etmek adına değerli olacaktır. Ayrıca gelecekteki araştırmalarda bireyleri özbildirim değerlendirmelerine ek olarak klinik görüşmelerle de değerlendirmek ve bireyler hakkında partner/ebeveyn gibi dış kaynaklardan bilgi almak araştırma sonuçlarının güvenilirliğini arttırabilir. Çalışmamızın bir sınırlılığı da EKE'nin yordayıcı geçerliliğini araştırmamamız olabilir. Ancak çalışmamızın odaklanmış kalması için yordayıcı geçerlilik incelemesini başka araştırmalara bıraktık. EKE'nin YBT belirtilerini değerlendiren başka bir ölçek ile karşılaştırılmamış olması da bir sınırlılık olarak değerlendirilebilir. Ancak Türkçe geçerlik ve güvenirliği araştırılmış bir erişkin YBT ölçeği olmadığı için bu mümkün olmamıştır.

6. SONUÇ

Araştırmamızda Erişkin Konsantrasyon Envanteri'nin Türkçe formunun geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu saptadık. Böylece erişkin bireylerde yavaş bilişsel tempo belirtilerinin değerlendirilmesine katkı sağlayabilecek bir ölçüm aracını ilk kez Türkiye literatürüne kazandırdık. Ancak araştırma sonuçlarımız değerlendirilirken araştırmamızın 18-30 yaş aralığında olan, üniversite öğrencisi ya da üniversite mezunu bireyler ile yürütüldüğü akılda tutulmalıdır. Araştırmamız farklı özelliklere sahip örneklemlerde de EKE'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliğinin araştırılmasına ihtiyaç duyar.

7. KAYNAKLAR

1. Becker SP, Barkley RA. Sluggish cognitive tempo. Oxford textbook of attention deficit hyperactivity disorder. 2018:147-53.

2. Barkley RA. Distinguishing sluggish cognitive tempo from attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. J Abnorm Psychol. 2012;121(4):978-90.

3. Barkley RA. Distinguishing sluggish cognitive tempo from ADHD in children and adolescents: executive functioning, impairment, and comorbidity. J Clin Child Adolesc Psychol. 2013;42(2):161-73.

4. Becker SP, Leopold DR, Burns GL, Jarrett MA, Langberg JM, Marshall SA, et al. The internal, external, and diagnostic validity of sluggish cognitive tempo: A meta-analysis and critical review. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2016;55(3):163-78.

5. Barkley RA. Sluggish cognitive tempo (concentration deficit disorder?): Current status, future directions, and a plea to change the name. Journal of abnormal child psychology. 2014;42(1):117-25.

6. Becker SP, Willcutt EG. Advancing the study of sluggish cognitive tempo via DSM, RDoC, and hierarchical models of psychopathology. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2019;28(5):603-13.

7. Başay Ö, Çiftçi E, Becker SP, Burns GL. Validity of Sluggish Cognitive Tempo in Turkish Children and Adolescents. Child Psychiatry Hum Dev. 2021;52(2):191-9.

8. Baytunca MB, Inci SB, Ipci M, Kardas B, Bolat GU, Ercan ES. The neurocognitive nature of children with ADHD comorbid sluggish cognitive tempo: Might SCT be a disorder of vigilance? Psychiatry research. 2018;270:967-73.

9. Bolat H, Ercan ES, Ünsel-Bolat G, Tahillioğlu A, Yazici KU, Bacanli A, et al. DRD4 genotyping may differentiate symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and sluggish cognitive tempo. Brazilian Journal of Psychiatry. 2020;42:630-7.

10. Firat S, Bolat GU, Gul H, Baytunca MB, Kardas B, Aysev A, et al. Barkley child attention scale validity and reliability study. Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences. 2018;31(3):284.

11. Fırat S, Gul H, Aysev A. An open-label trial of methylphenidate treating sluggish cognitive tempo, inattention, and hyperactivity/impulsivity symptoms among 6-to 12-year-old ADHD children: What are the predictors of treatment response at home and school? Journal of attention disorders. 2021;25(9):1321-30.

12. Gozpinar N, Cakiroglu S, Gormez V. Psychometric Properties of the Sluggish Cognitive Tempo Scale in a Turkish Sample of Children and Adolescents. J Atten Disord. 2020:1087054720961824.

13. Kardaş B, Baytunca B, Bolat GÜ, Çallı C, Ercan ES. An investigation of cranial functional magnetic resonance imaging results in children and adolescents with attention deficit and hyperactivity disorder and sluggish cognitive tempo (SCT). International Journal of Child Health and Human Development. 2021;14(1):21-33.

14. Sevincok D, Avcil S, Ozbek MM. The relationship between theory of mind and sluggish cognitive tempo in school-age children with attention deficit and hyperactivity disorder. Clinical Child Psychology and Psychiatry. 2021:13591045211030665.

15. Sevincok D, Ozbay HC, Ozbek MM, Tunagur MT, Aksu H. ADHD symptoms in relation to internalizing and externalizing symptoms in children: the mediating role of sluggish cognitive tempo. Nordic journal of psychiatry. 2020;74(4):265-72.

16. Tahıllıoğlu A, Ercan E. Atomoxetine Might Be More Effective in Improving Sluggish Cognitive Tempo Symptoms Compared to Methylphenidate: A Case Report. Authorea Preprints. 2020.

17. Ünsel-Bolat G, Baytunca MB, Kardaş B, İpçi M, İnci İzmir SB, Özyurt O, et al. Diffusion tensor imaging findings in children with sluggish cognitive tempo comorbid Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Nordic Journal of Psychiatry. 2020;74(8):620-6.

18. Gul A, Gul H. Evaluation of childhood Sluggish Cognitive Tempo among patients with substance use disorder, substance-induced psychosis and childhood ADHD. Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences. 2019;32(2):142.

19. Gül A, Gül H, Özkal UC, Kıncır Z, Gültekin G, Emul HM. The relationship between sluggish cognitive tempo and burnout symptoms in psychiatrists with different therapeutic approaches. Psychiatry Res. 2017;252:284-8.

20. Becker SP, Langberg JM. Sluggish cognitive tempo among young adolescents with ADHD: relations to mental health, academic, and social functioning. J Atten Disord. 2013;17(8):681-9.

21. Jacobson LA, Murphy-Bowman SC, Pritchard AE, Tart-Zelvin A, Zabel TA, Mahone EM. Factor structure of a sluggish cognitive tempo scale in clinically-referred children. Journal of abnormal child psychology. 2012;40(8):1327-37.

22. McBurnett K, Pfiffner LJ, Frick PJ. Symptom properties as a function of ADHD type: An argument for continued study of sluggish cognitive tempo. Journal of abnormal child psychology. 2001;29(3):207-13.

23. Saxbe C, Barkley RA. The second attention disorder? Sluggish cognitive tempo vs. attention-deficit/hyperactivity disorder: update for clinicians. Journal of Psychiatric Practice®. 2014;20(1):38-49.

24. Becker SP. Topical review: Sluggish cognitive tempo: Research findings and relevance for pediatric psychology. Journal of pediatric psychology. 2013;38(10):1051-7.

25. Barkley RA. A plea to rename sluggish cognitive tempo (SCT) as concentration deficit disorder (CDD). The ADHD Report. 2013;21(7):1-4.

26. Becker SP, Luebbe AM, Joyce AM. The Child Concentration Inventory (CCI): Initial validation of a child self-report measure of sluggish cognitive tempo. Psychol Assess. 2015;27(3):1037-52.

27. Leopold DR, Christopher ME, Burns GL, Becker SP, Olson RK, Willcutt EG. Attention-deficit/hyperactivity disorder and sluggish cognitive tempo throughout childhood: temporal invariance and stability from preschool through ninth grade. J Child Psychol Psychiatry. 2016;57(9):1066-74.

28. Becker SP, Burns GL, Garner AA, Jarrett MA, Luebbe AM, Epstein JN, et al. Sluggish cognitive tempo in adults: Psychometric validation of the Adult Concentration Inventory. Psychological assessment. 2018;30(3):296.

29. Palmer ED, Finger S. An early description of ADHD (inattentive subtype): Dr Alexander Crichton and 'Mental Restlessness'(1798). Child Psychology and Psychiatry Review. 2001;6(2):66-73.

30. Crichton A. An inquiry into the nature and origin of mental derangement: comprehending a concise system of the physiology and pathology of the human mind. and a history of the passions and their effects: T. Cadell, junior and W. Davies; 1798.

31. Becker SP, Marshall SA, McBurnett K. Sluggish cognitive tempo in abnormal child psychology: an historical overview and introduction to the special section. J Abnorm Child Psychol. 2014;42(1):1-6.

32. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2nd ed. Washington, DC1968.
33. Douglas VI. Stop, look and listen: The problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement. 1972;4(4):259.

34. Milich R, Balentine AC, Lynam DR. ADHD combined type and ADHD predominantly inattentive type are distinct and unrelated disorders. Clinical psychology: science and practice. 2001;8(4):463.

35. Lahey BB, Pelham WE, Schaughency EA, Atkins MS, Murphy HA, Hynd G, et al. Dimensions and types of attention deficit disorder. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 1988;27(3):330-5.

36. Barkley RA. Concentration deficit disorder (sluggish cognitive tempo). Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. 2015:81-115.

37. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4 text rev ed: American Psychiatric Association Washington, D.C. ; 1980.

38. Lahey BB, Schaughency EA, Strauss CC, Frame CL. Are attention deficit disorders with and without hyperactivity similar or dissimilar disorders? Journal of the American Academy of Child Psychiatry. 1984;23(3):302-9.

39. Lahey BB, Schaughency EA, Frame CL, Strauss CC. Teacher ratings of attention problems in children experimentally classified as exhibiting attention deficit disorder with and without hyperactivity. Journal of the American Academy of Child Psychiatry. 1985;24(5):613-6.

40. Neeper R, Lahey BB. The Children's Behavior Rating Scale: A factor analytic developmental study. School Psychology Review. 1986;15(2):277-88.

41. Lahey BB, Schaughency EA, Hynd GW, Carlson CL, Nieves N. Attention deficit disorder with and without hyperactivity: Comparison of behavioral characteristics of clinic-referred children. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 1987;26(5):718-23.

42. Carlson CL, Lahey BB, Neeper R. Direct assessment of the cognitive correlates of attention deficit disorders with and without hyperactivity. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 1986;8(1):69-86.

43. Conners CK. A teacher rating scale for use in drug studies with children. American journal of Psychiatry. 1969;126(6):884-8.

44. Peterson DR. Behavior problems of middle childhood. Journal of Consulting Psychology. 1961;25(3):205.

45. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 3rd ed., rev. ed1987.

46. Frick PJ, Lahey BB, Applegate B, Kerdyck L, Ollendick T, Hynd GW, et al. DSM-IV field trials for the disruptive behavior disorders: Symptom utility estimates. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 1994;33(4):529-39.

47. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed1994.

48. Skansgaard EP, Burns GL. Comparison of DSM-IV ADHD combined and predominantly inattention types: Correspondence between teacher ratings and direct observations of inattentive, hyperactivity/impulsivity, slow cognitive tempo, oppositional defiant, and overt conduct disorder symptoms. Child & Family Behavior Therapy. 1998;20(1):1-14.

49. Becker SP. Systematic Review: Assessment of Sluggish Cognitive Tempo Over the Past Decade. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2021;60(6):690-709.

50. Willcutt EG, Chhabildas N, Kinnear M, DeFries JC, Olson RK, Leopold DR, et al. The internal and external validity of sluggish cognitive tempo and its relation with DSM-IV ADHD. J Abnorm Child Psychol. 2014;42(1):21-35.

51. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. . 4th ed., text rev. ed2000.

52. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed2013.

53. Burns GL, Servera M, Bernad Mdel M, Carrillo JM, Cardo E. Distinctions between sluggish cognitive tempo, ADHD-IN, and depression symptom dimensions in Spanish first-grade children. J Clin Child Adolesc Psychol. 2013;42(6):796-808.

54. Camprodon-Rosanas E, Batlle S, Estrada-Prat X, Aceña-Díaz M, Petrizan-Aleman A, Pujals E, et al. Sluggish Cognitive Tempo in a Child and Adolescent Clinical Outpatient Setting. J Psychiatr Pract. 2016;22(5):355-62.

55. Ludwig HT, Matte B, Katz B, Rohde LA. Do sluggish cognitive tempo symptoms predict response to methylphenidate in patients with attention-deficit/hyperactivity disorder-inattentive type? J Child Adolesc Psychopharmacol. 2009;19(4):461-5.

56. Marshall SA, Evans SW, Eiraldi RB, Becker SP, Power TJ. Social and academic impairment in youth with ADHD, predominately inattentive type and sluggish cognitive tempo. J Abnorm Child Psychol. 2014;42(1):77-90.

57. Garner AA, Marceaux JC, Mrug S, Patterson C, Hodgens B. Dimensions and correlates of attention deficit/hyperactivity disorder and Sluggish Cognitive Tempo. J Abnorm Child Psychol. 2010;38(8):1097-107.

58. Atar B, Ercan ES. Yavaş Bilişsel Tempo. In: Motavalli Mukaddes N, Ercan ES, editors. Nörogelişimsel Bozukluklar. 1 ed. İstanbul: Nobel Yayınları; 2018. p. 110-7.

59. Moruzzi S, Rijsdijk F, Battaglia M. A twin study of the relationships among inattention, hyperactivity/impulsivity and sluggish cognitive tempo problems. Journal of abnormal child psychology. 2014;42(1):63-75.

60. Faraone SV, Bonvicini C, Scassellati C. Biomarkers in the diagnosis of ADHD–promising directions. Current psychiatry reports. 2014;16(11):1-20.

61. Froehlich TE, Becker SP, Nick TG, Brinkman WB, Stein MA, Peugh J, et al. Sluggish cognitive tempo as a possible predictor of methylphenidate response in children with ADHD: A randomized controlled trial. The Journal of clinical psychiatry. 2018;79(2):0-.

62. Fassbender C, Krafft CE, Schweitzer JB. Differentiating SCT and inattentive symptoms in ADHD using fMRI measures of cognitive control. NeuroImage: Clinical. 2015;8:390-7.

63. Camprodon-Rosanas E, Pujol J, Martínez-Vilavella G, Blanco-Hinojo L, Medrano-Martorell S, Batlle S, et al. Brain structure and function in school-aged children with sluggish cognitive tempo symptoms. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2019;58(2):256-66.

64. Graham DM, Crocker N, Deweese BN, Roesch SC, Coles CD, Kable JA, et al. Prenatal alcohol exposure, attention-deficit/hyperactivity disorder, and sluggish cognitive tempo. Alcoholism: Clinical and Experimental Research. 2013;37:E338-E46.

65. Camprodon-Rosanas E, Ribas-Fitó N, Batlle-Vila S, Persavento C, Alvarez-Pedrerol M, Sunyer J, et al. Sluggish cognitive tempo: Sociodemographic, behavioral, and clinical characteristics in a population of Catalan school children. Journal of attention disorders. 2017;21(8):632-41.

66. Reeves CB, Palmer S, Gross AM, Simonian SJ, Taylor L, Willingham E, et al. Brief report: sluggish cognitive tempo among pediatric survivors of acute lymphoblastic leukemia. Journal of Pediatric Psychology. 2007;32(9):1050-4.

67. Willard VW, Hardy KK, Allen TM, Hwang EI, Gururangan S, Hostetter SA, et al. Sluggish cognitive tempo in survivors of pediatric brain tumors. Journal of Neuro-oncology. 2013;114(1):71-8.

68. Becker SP, Luebbe AM, Greening L, Fite PJ, Stoppelbein L. A preliminary investigation of the relation between thyroid functioning and sluggish cognitive tempo in children. Journal of attention disorders. 2017;21(3):240-6.

69. Koriakin TA, Mahone EM, Jacobson LA. Sleep difficulties are associated with parent report of sluggish cognitive tempo. Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP. 2015;36(9):717.

70. Langberg JM, Becker SP, Dvorsky MR, Luebbe AM. Are sluggish cognitive tempo and daytime sleepiness distinct constructs? Psychol Assess. 2014;26(2):586-97.

71. Becker SP, Garner AA, Byars KC. Sluggish cognitive tempo in children referred to a pediatric Sleep Disorders Center: Examining possible overlap with sleep problems and associations with impairment. Journal of psychiatric research. 2016;77:116-24.

72. Smith JN, Suhr JA. Sluggish Cognitive Tempo Factors in Emerging Adults: Symptomatic and Neuropsychological Correlates. Developmental Neuropsychology. 2021;46(3):169-83.

73. Becker SP, Burns GL, Leopold DR, Olson RK, Willcutt EG. Differential impact of trait sluggish cognitive tempo and ADHD inattention in early childhood on adolescent functioning. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2018;59(10):1094-104.

74. Becker SP, Langberg JM. Attention-deficit/hyperactivity disorder and sluggish cognitive tempo dimensions in relation to executive functioning in adolescents with ADHD. Child Psychiatry & Human Development. 2014;45(1):1-11.

75. Burns GL, Becker SP. Sluggish Cognitive Tempo and ADHD Symptoms in a Nationally Representative Sample of U.S. Children: Differentiation Using Categorical and Dimensional Approaches. J Clin Child Adolesc Psychol. 2021;50(2):267-80.

76. Camprodon-Rosanas E, Ribas-Fitó N, Batlle S, Persavento C, Alvarez-Pedrerol M, Sunyer J, et al. Association between sluggish cognitive tempo symptoms and

attentional network and working memory in primary schoolchildren. Journal of attention disorders. 2020;24(13):1787-95.

77. Creque CA, Willcutt EG. Sluggish Cognitive Tempo and Neuropsychological Functioning. Research on Child and Adolescent Psychopathology. 2021:1-13.

78. Flannery AJ, Luebbe AM, Becker SP. Sluggish cognitive tempo is associated with poorer study skills, more executive functioning deficits, and greater impairment in college students. Journal of clinical psychology. 2017;73(9):1091-113.

79. Kim K, Kim H-J. Normal executive attention but abnormal orienting attention in individuals with sluggish cognitive tempo. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2021;21(1):100199.

80. Kofler MJ, Irwin LN, Sarver DE, Fosco WD, Miller CE, Spiegel JA, et al. What cognitive processes are "sluggish" in sluggish cognitive tempo? Journal of consulting and clinical psychology. 2019;87(11):1030.

81. Leikauf JE, Solanto MV. Sluggish cognitive tempo, internalizing symptoms, and executive function in adults with ADHD. Journal of Attention Disorders. 2017;21(8):701-11.

82. Servera M, Sáez B, Burns GL, Becker SP. Clinical differentiation of sluggish cognitive tempo and attention-deficit/hyperactivity disorder in children. J Abnorm Psychol. 2018;127(8):818-29.

83. Skirbekk B, Hansen BH, Oerbeck B, Kristensen H. The relationship between sluggish cognitive tempo, subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder, and anxiety disorders. J Abnorm Child Psychol. 2011;39(4):513-25.

84. Tamm L, Brenner SB, Bamberger ME, Becker SP. Are sluggish cognitive tempo symptoms associated with executive functioning in preschoolers? Child Neuropsychology. 2018;24(1):82-105.

85. Wåhlstedt C, Bohlin G. DSM-IV-defined inattention and sluggish cognitive tempo: independent and interactive relations to neuropsychological factors and comorbidity. Child Neuropsychol. 2010;16(4):350-65.

86. Wood WLM, Lewandowski LJ, Lovett BJ, Antshel KM. Executive Dysfunction and Functional Impairment Associated With Sluggish Cognitive Tempo in Emerging Adulthood. J Atten Disord. 2017;21(8):691-700.

87. Jarrett MA, Rapport HF, Rondon AT, Becker SP. ADHD Dimensions and Sluggish Cognitive Tempo Symptoms in Relation to Self-Report and Laboratory

Measures of Neuropsychological Functioning in College Students. J Atten Disord. 2017;21(8):673-83.

88. Bauermeister JJ, Barkley RA, Bauermeister JA, Martínez JV, McBurnett K. Validity of the sluggish cognitive tempo, inattention, and hyperactivity symptom dimensions: Neuropsychological and psychosocial correlates. Journal of abnormal child psychology. 2012;40(5):683-97.

89. Becker SP, Dvorsky MR, Tamm L, Willoughby MT. Preschool Neuropsychological Predictors of School-aged Sluggish Cognitive Tempo and Inattentive Behaviors. Research on Child and Adolescent Psychopathology. 2021;49(2):197-210.

90. Becker SP, Marsh NP, Holdaway AS, Tamm L. Sluggish cognitive tempo and processing speed in adolescents with ADHD: do findings vary based on informant and task? European child & adolescent psychiatry. 2020;29(10):1371-84.

91. Capdevila-Brophy C, Artigas-Pallarés J, Navarro-Pastor JB, García-Nonell K, Rigau-Ratera E, Obiols JE. ADHD predominantly inattentive subtype with high sluggish cognitive tempo: A new clinical entity? Journal of Attention Disorders. 2014;18(7):607-16.

92. Cook NE, Braaten EB, Vuijk PJ, Lee BA, Samkavitz AR, Doyle AE, et al. Slow processing speed and sluggish cognitive tempo in pediatric Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Evidence for differentiation of functional correlates. Child Psychiatry & Human Development. 2019;50(6):1049-57.

93. Kamradt JM, Momany AM, Nikolas MA. Sluggish cognitive tempo symptoms contribute to heterogeneity in adult attention-deficit hyperactivity disorder. Journal of psychopathology and behavioral assessment. 2018;40(2):206-23.

94. Mueller AK, Tucha L, Koerts J, Groen Y, Lange KW, Tucha O. Sluggish cognitive tempo and its neurocognitive, social and emotive correlates: a systematic review of the current literature. Journal of Molecular Psychiatry. 2014;2(1):1-13.

95. Somma A, Becker SP, Leitner C, Fossati A. Reliability, Factor Validity, and Neuropsychological Correlates of the Child Concentration Inventory–2 in a Community Sample of Italian Adolescents. Assessment. 2021:10731911211033349.

96. Wood WL, Potts HE, Lewandowski LJ, Lovett BJ. Sluggish cognitive tempo and speed of performance. Journal of attention disorders. 2017;21(8):684-90.

97. Becker SP. Sluggish cognitive tempo and peer functioning in school-aged children: A six-month longitudinal study. Psychiatry research. 2014;217(1-2):72-8.

98. del Mar Bernad M, Servera M, Becker SP, Burns GL. Sluggish cognitive tempo and ADHD inattention as predictors of externalizing, internalizing, and impairment domains: A 2-year longitudinal study. Journal of abnormal child psychology. 2016;44(4):771-85.

99. Servera M, Bernad MdM, Carrillo JM, Collado S, Burns GL. Longitudinal correlates of sluggish cognitive tempo and ADHD-inattention symptom dimensions with Spanish children. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 2016;45(5):632-41.

100. del Mar Bernad M, Servera M, Grases G, Collado S, Burns GL. A cross-sectional and longitudinal investigation of the external correlates of sluggish cognitive tempo and ADHD-inattention symptoms dimensions. Journal of abnormal child psychology. 2014;42(7):1225-36.

101. Becker SP, Burns GL, Schmitt AP, Epstein JN, Tamm L. Toward Establishing a Standard Symptom Set for Assessing Sluggish Cognitive Tempo in Children: Evidence From Teacher Ratings in a Community Sample. Assessment. 2019;26(6):1128-41.

102. Becker SP, Langberg JM, Luebbe AM, Dvorsky MR, Flannery AJ. Sluggish cognitive tempo is associated with academic functioning and internalizing symptoms in college students with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. J Clin Psychol. 2014;70(4):388-403.

103. Flannery AJ, Becker SP, Luebbe AM. Does emotion dysregulation mediate the association between sluggish cognitive tempo and college students' social impairment? Journal of attention disorders. 2016;20(9):802-12.

104. Becker SP, Garner AA, Tamm L, Antonini TN, Epstein JN. Honing in on the social difficulties associated with sluggish cognitive tempo in children: Withdrawal, peer ignoring, and low engagement. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 2019;48(2):228-37.

105. Rondon AT, Hilton DC, Jarrett MA, Ollendick TH. Sleep, internalizing problems, and social withdrawal: Unique associations in clinic-referred youth with elevated sluggish cognitive tempo symptoms. Journal of attention disorders. 2020;24(4):524-34.

106. Hoza B. Peer functioning in children with ADHD. Journal of pediatric psychology. 2007;32(6):655-63.

107. Gardner DM, Gerdes AC. A review of peer relationships and friendships in youth with ADHD. Journal of attention disorders. 2015;19(10):844-55.

108. Mikami AY, Huang-Pollock CL, Pfiffner LJ, McBurnett K, Hangai D. Social skills differences among attention-deficit/hyperactivity disorder types in a chat room assessment task. Journal of abnormal child psychology. 2007;35(4):509-21.

109. Harrington KM, Waldman ID. Evaluating the utility of sluggish cognitive tempo in discriminating among DSM-IV ADHD subtypes. Journal of abnormal child psychology. 2010;38(2):173-84.

110. Langberg JM, Becker SP, Dvorsky MR. The association between sluggish cognitive tempo and academic functioning in youth with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). Journal of Abnormal Child Psychology. 2014;42(1):91-103.

111. Jacobson LA, Mahone EM. Sluggish cognitive tempo predicts academic fluency, beyond contributions of core academic skills, attention, and motor speed. Journal of attention disorders. 2019;23(14):1703-10.

112. Lee S, Burns GL, Becker SP. Toward establishing the transcultural validity of sluggish cognitive tempo: Evidence from a sample of South Korean children. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 2018;47(1):61-8.

113. Belmar M, Servera M, Becker SP, Burns GL. Validity of sluggish cognitive tempo in South America: An initial examination using mother and teacher ratings of Chilean children. Journal of attention disorders. 2017;21(8):667-72.

114. Watabe Y, Owens JS, Evans SW, Brandt NE. The relationship between sluggish cognitive tempo and impairment in children with and without ADHD. Journal of Abnormal Child Psychology. 2014;42(1):105-15.

115. Combs MA, Canu WH, Fulks JJB, Nieman DC. Impact of sluggish cognitive tempo and attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms on adults' quality of life. Applied Research in Quality of Life. 2014;9(4):981-95.

116. Hartman CA, Willcutt EG, Rhee SH, Pennington BF. The relation between sluggish cognitive tempo and DSM-IV ADHD. J Abnorm Child Psychol. 2004;32(5):491-503.

117. Lee S, Burns GL, Snell J, McBurnett K. Validity of the sluggish cognitive tempo symptom dimension in children: sluggish cognitive tempo and ADHD-inattention as distinct symptom dimensions. J Abnorm Child Psychol. 2014;42(1):7-19.

118. Penny AM, Waschbusch DA, Klein RM, Corkum P, Eskes G. Developing a measure of sluggish cognitive tempo for children: content validity, factor structure, and reliability. Psychol Assess. 2009;21(3):380-9.

119. Fenollar Cortés J, Servera M, Becker SP, Burns GL. External validity of ADHD inattention and sluggish cognitive tempo dimensions in Spanish children with ADHD. Journal of attention disorders. 2017;21(8):655-66.

120. Becker SP, Luebbe AM, Fite PJ, Stoppelbein L, Greening L. Sluggish cognitive tempo in psychiatrically hospitalized children: Factor structure and relations to internalizing symptoms, social problems, and observed behavioral dysregulation. Journal of abnormal child psychology. 2014;42(1):49-62.

121. Smith ZR, Langberg JM. Predicting academic impairment and internalizing psychopathology using a multidimensional framework of sluggish cognitive tempo with parent-and adolescent reports. European Child & Adolescent Psychiatry. 2017;26(9):1141-50.

122. Khadka G, Burns GL, Becker SP. Internal and external validity of sluggish cognitive tempo and ADHD inattention dimensions with teacher ratings of Nepali children. Journal of psychopathology and behavioral assessment. 2016;38(3):433-42.

123. Lee S, Burns GL, Becker SP. Can sluggish cognitive tempo be distinguished from ADHD inattention in very young children? Evidence from a sample of Korean preschool children. Journal of Attention Disorders. 2017;21(8):623-31.

124. Becker SP, Holdaway AS, Luebbe AM. Suicidal behaviors in college students: Frequency, sex differences, and mental health correlates including sluggish cognitive tempo. Journal of Adolescent Health. 2018;63(2):181-8.

125. Becker SP, Withrow AR, Stoppelbein L, Luebbe AM, Fite PJ, Greening L. Sluggish cognitive tempo is associated with suicide risk in psychiatrically hospitalized children. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2016;57(12):1390-9.

126. Becker SP, Burns GL, Smith ZR, Langberg JM. Sluggish cognitive tempo in adolescents with and without ADHD: Differentiation from adolescent-reported ADHD inattention and unique associations with internalizing domains. Journal of abnormal child psychology. 2020;48(3):391-406.

127. Kardaş B. Yavaş Bilişsel Tempo. In: Ercan ESEA, editor. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi - Güncel Yaklaşımlar ve Temel Kavramlar. 1st ed. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2020. p. 219-25.

128. McBurnett K, Villodas M, Burns GL, Hinshaw SP, Beaulieu A, Pfiffner LJ. Structure and validity of sluggish cognitive tempo using an expanded item pool in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. J Abnorm Child Psychol. 2014;42(1):37-48.

129. Takeda T, Burns GL, Jiang Y, Becker SP, McBurnett K. Psychometric properties of a sluggish cognitive tempo scale in Japanese adults with and without ADHD. Atten Defic Hyperact Disord. 2019;11(4):353-62.

130. Lunsford-Avery JR, Kollins SH, Mitchell JT. Sluggish Cognitive Tempo in Adults Referred for an ADHD Evaluation: A Psychometric Analysis of Self- and Collateral Report. J Atten Disord. 2021;25(3):322-31.

131. Fredrick JW, Burns GL, Langberg JM, Becker SP. Examining the Structural and External Validity of the Adult Concentration Inventory for Assessing Sluggish Cognitive Tempo in Adults. Assessment. 2021:10731911211027224.

132. Basha SE, Alsubie FN. The Relationship between Sluggish Cognitive Tempo, Self-esteem, and Attention-deficit Hyperactivity Disorder among University Students. Journal of Educational and Social Research. 2021;11(2):238-.

133. Adler LA, Leon TL, Sardoff TM, Krone B, Faraone SV, Silverstein MJ, et al. A Placebo-Controlled Trial of Lisdexamfetamine in the Treatment of Comorbid Sluggish Cognitive Tempo and Adult ADHD. The Journal of Clinical Psychiatry. 2021;82(4):0-.

134. Wietecha L, Williams D, Shaywitz S, Shaywitz B, Hooper SR, Wigal SB, et al. Atomoxetine improved attention in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder and dyslexia in a 16 week, acute, randomized, double-blind trial. Journal of child and adolescent psychopharmacology. 2013;23(9):605-13.

135. Yang R, Li R. Could atomoxetine improve sluggish cognitive tempo symptoms? Journal of child and adolescent psychopharmacology. 2014;24(8):462-.

136. McBurnett K, Clemow D, Williams D, Villodas M, Wietecha L, Barkley R. Atomoxetine-related change in sluggish cognitive tempo is partially independent of change in attention-deficit/hyperactivity disorder inattentive symptoms. Journal of child and adolescent psychopharmacology. 2017;27(1):38-42.

137. Pfiffner LJ, Mikami AY, Huang-Pollock C, Easterlin B, Zalecki C, McBurnett K. A randomized, controlled trial of integrated home-school behavioral treatment for ADHD, predominantly inattentive type. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2007;46(8):1041-50.

138. Ercan İ, İsmet K. Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2004;30(3):211-6.

139. Turgut MF. Eğitimde ölçme ve değerlendirme metotları: M. Fuat Turgut; 1993.

140. Carmines EG, Zeller RA. Reliability and validity assessment: Sage publications; 1979.

141. Meeker WQ, Escobar LA. Statistical methods for reliability data: John Wiley & Sons; 2014.

142. Şencan H. Güvenilirlik ve geçerlilik: Hüner Şencan; 2005.

143. Tekin H. Eğitimde ölçme ve değerlendirme (20. Baskı). Ankara: Yargı Yayınevi. 2010.

144. Karasar N. Bilimsel araştırma yöntemi: kavramlar, ilkeler, teknikler: Nobel Yayın Dağıtım; 2007.

145. Crocker L, Algina J. Introduction to classical and modern test theory: ERIC; 1986.

146. Brennan RL, Education NCoMi. Educational measurement: Praeger Publishers; 2006.

147. Karakoç AGDFY, Dönmez L. Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. Tıp Eğitimi Dünyası. 2014;13(40):39-49.

148. Yaslioglu MM. Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi. 2017;46:74-85.

149. Patır S. Faktör Analizi İle Öğretim Üyesi Değerleme Çalışması. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi. 2009;23(4):69-86.

150. Kalaycı Ş. SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri: Asil Yayın Dağıtım Ankara, Turkey; 2010.

151. Johnson RA, Wichern DW. Applied multivariate statistical analysis: Pearson London, UK:; 2014.

152. Kim KH. The relation among fit indexes, power, and sample size in structural equation modeling. Structural Equation Modeling. 2005;12(3):368-90.

153. Hoerger M. Participant dropout as a function of survey length in Internet-mediated university studies: Implications for study design and voluntary participation in psychological research. Cyberpsychology, behavior, and social networking. 2010;13(6):697-700.

154. Osborne JW, Costello AB. Sample size and subject to item ratio in principal components analysis. Practical Assessment, Research, and Evaluation. 2004;9(1):11.

155. Barrett PT, Kline P. The observation to variable ratio in factor analysis. Personality Study & Group Behaviour. 1981.

156. Aleamoni LM. The relation of sample size to the number of variables in using factor analysis techniques. Educational and Psychological Measurement. 1976;36(4):879-83.

157. Nunnally JC. Psychometric Theory 2nd ed. Mcgraw hill book company; 1978.

158. Akgül A. İstatistiksel analiz teknikleri:" SPSS'te işletme uygulamaları": Yayl. y.; 2003.

159. Heckler CE. A Step-by-Step Approach to Using the SAS™ System for Factor Analysis and Structural Equation Modeling. Taylor & Francis Group; 1996.

160. Kline R. Exploratory and Confi rmatory Factor Analysis. Applied quantitative analysis in education and the social sciences: Routledge; 2013. p. 183-217.

161. Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E, et al. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. Psychological medicine. 2005;35(2):245.

162. Kim J-H, Lee E-H, Joung Y-S. The WHO Adult ADHD Self-Report Scale: reliability and validity of the Korean version. Psychiatry investigation. 2013;10(1):41.

163. Morin AJ, Tran A, Caci H. Factorial validity of the ADHD Adult Symptom Rating Scale in a French community sample: Results from the ChiP-ARD Study. Journal of attention disorders. 2016;20(6):530-41.

164. Yeh CB, Gau SSF, Kessler RC, Wu YY. Psychometric properties of the Chinese version of the adult ADHD Self-report Scale. International Journal of Methods in Psychiatric Research. 2008;17(1):45-54.

165. Kessler RC, Adler LA, Gruber MJ, Sarawate CA, Spencer T, Van Brunt DL. Validity of the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS)

Screener in a representative sample of health plan members. International journal of methods in psychiatric research. 2007;16(2):52-65.

166. Doğan S, Öncü B, Varol Saraçoğlu G, Küçükgöncü S. Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu kendi bildirim ölçeği (ASRS-v1. 1): Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2009;10(2):77-87.

167. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behaviour research and therapy. 1995;33(3):335-43.

168. Henry JD, Crawford JR. The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. British journal of clinical psychology. 2005;44(2):227-39.

169. Yılmaz Ö, Hakan B, Arslan A. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeğinin (DASS 21) Türkçe kisa formunun geçerlilik-güvenilirlik çalişmasi. Finans Ekonomi ve Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2017;2(2):78-91.

170. Sarıçam H. The psychometric properties of Turkish version of Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21) in health control and clinical samples. 2018.

171. Yıldırım A, Boysan M, Kefeli MC. Psychometric properties of the Turkish version of the Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21). British Journal of Guidance & Counselling. 2018;46(5):582-95.

172. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. Journal of psychopathology and behavioral assessment. 2004;26(1):41-54.

173. Rugancı RN, Gençöz T. Psychometric properties of a Turkish version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. Journal of Clinical Psychology. 2010;66(4):442-55.

174. Kavcıoğlu F, Gençöz T. Psychometric characteristics of Difficulties in Emotion Regulation Scale in a Turkish sample: New suggestions. Unpublished raw data. 2011.

175. Çuhadaroğlu F. Adolesanlarda benlik saygısı. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara. 1986.

176. Russell D, Peplau LA, Ferguson ML. Developing a measure of loneliness. Journal of personality assessment. 1978;42(3):290-4.

177. Russell D, Peplau LA, Cutrona CE. The revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. Journal of personality and social psychology. 1980;39(3):472.

178. Demir AG. UCLA yalnızlık ölçeğinin geçerlik ve güvenirliği. 1989.

179. Ware Jr JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. Medical care. 1992:473-83.

180. Kocyigit H. Reliability and validity of the Turkish version of short form-36 (SF-36): a study in a group of patients will rheumatic diseases. Turk J Drugs Ther. 1999;12:102-6.

181. Schermelleh-Engel K, Moosbrugger H, Müller H. Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. Methods of psychological research online. 2003;8(2):23-74.

182. Loewenthal K, Lewis CA. An introduction to psychological tests and scales: Psychology press; 2018.

183. Nunnally JC. Psychometric theory 3E: Tata McGraw-hill education; 1994.

184. Sipahi B. Sosyal bilimlerde SPSS'le veri analizi: Beta; 2008.

185. Taber KS. The use of Cronbach's alpha when developing and reporting research instruments in science education. Research in science education. 2018;48(6):1273-96.

186. Büyüköztürk Ş. Veri analizi el kitabı. 2004.

187. Alpar C. Spor Sağlık Ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik Güvenirlik. 2016.

188. Davis LL. Instrument review: Getting the most from a panel of experts. Applied nursing research. 1992;5(4):194-7.

189. Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik: SPSS ve LISREL uygulamaları: Pegem Akademi Ankara; 2012.

190. Becker SP, Mossing KW, Zoromski AK, Vaughn AJ, Epstein JN, Tamm L, et al. Assessing sluggish cognitive tempo and ADHD inattention in elementary students: Empirical differentiation, invariance across sex and grade, and measurement precision. Psychological Assessment. 2020.

191. Burns GL, Preszler J, Becker SP. Psychometric and normative information on the Child and Adolescent Behavior Inventory in a nationally representative sample of United States children. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 2021:1-10.

192. Sáez B, Servera M, Becker SP, Burns GL. Optimal Items for Assessing Sluggish Cognitive Tempo in Children Across Mother, Father, and Teacher Ratings. J Clin Child Adolesc Psychol. 2019;48(6):825-39.

193. Jacobson LA, Geist M, Mahone EM. Sluggish Cognitive Tempo, Processing Speed, and Internalizing Symptoms: the Moderating Effect of Age. J Abnorm Child Psychol. 2018;46(1):127-35.

194. Yung TWK, Lai CYY, Chan JYC, Ng SSM, Chan CCH. Neuro-physiological correlates of sluggish cognitive tempo (SCT) symptoms in school-aged children. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2020;29(3):315-26.

195. Holdaway AS, Becker SP. Sluggish cognitive tempo and student-teacher relationship quality: Short-term longitudinal and concurrent associations. Sch Psychol Q. 2018;33(4):537-46.

196. Sáez B, Servera M, Burns GL, Becker SP. Advancing the Multi-Informant Assessment of Sluggish Cognitive Tempo: Child Self-Report in Relation to Parent and Teacher Ratings of SCT and Impairment. J Abnorm Child Psychol. 2019;47(1):35-46.

197. Slocum-Gori SL, Zumbo BD. Assessing the unidimensionality of psychological scales: Using multiple criteria from factor analysis. Social Indicators Research. 2011;102(3):443-61.

198. Hu Lt, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. Structural equation modeling: a multidisciplinary journal. 1999;6(1):1-55.

8. EKLER

EK-1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı ‘’Erişkin Konsantrasyon Envanteri’nin Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışması’’dır.

Bu araştırmanın amacı yavaş bilişsel tempo belirtilerini belirlemek için yurt dışında geliştirilen Erişkin Konsantrasyon Envanteri’nin Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenirliğinin araştırılmasıdır. Ayrıca yavaş bilişsel temponun sosyodemografik özellikler, sosyoduygusal uyum (depresyon, anksiyete, duygu düzenlemede güçlük, benlik saygısı, yalnızlık) ve yaşam kalitesi ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde sizden bazı ölçek formlarını doldurmanız istenmektedir. Bu araştırmada yer almanız öngörülen süre yaklaşık 15-20 dakikadır. Formları doldurmanızdan 1 hafta sonra 5 dakikadan daha kısa bir sürede doldurulabilen Erişkin Konsantrasyon Envanteri’ni kabul ettiğiniz takdirde tekrar doldurmanız istenecektir. Çalışmanın 6 ay sürdürülmesi ve 200 gönüllünün çalışmaya dahil edilmesi planlanmaktadır.

Bu araştırma ile ilgili olarak ölçek formlarını olabildiğince samimi, doğru ve eksiksiz bir biçimde doldurmaya çalışmak sizin sorumluluklarınızdır.

Bu araştırmada sizin için herhangi bir rahatsızlık veya tıbbi bir risk söz konusu değildir. Araştırma sonlandığında sizin adınıza doğrudan klinik bir fayda olmayabilir. Sizin katılımınızla elde edilecek veriler sayesinde bu ölçeğin Türkçeye kazandırılması hem yavaş bilişsel tempoya sahip hastaların tanı, takip ve tedavi uygulamalarına hem de araştırmacıların çalışmalarına katkı sağlayabilir. Ayrıca isteyen ve başvuran kişilerin, çalışmadan bağımsız olarak psikiyatri polikliniğinde değerlendirmesi yapılacak, tedavileri düzenlenecek ve sürdürülecektir.

Araştırmaya bağlı bir zarar öngörülmemektedir, söz konusu olduğunda, bu durumun tedavisi araştırma ekibi tarafından yapılacak, ortaya çıkan masraflar araştırmacılar tarafından karşılanacaktır. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 03125526000 no.lu telefondan veya yavasbilisseltempo@gmail.com adresinden Dr. Özlem Karakaya’ya başvurabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır; ayrıca, bu araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik, testler ve tıbbi bakım hizmetleri için sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan herhangi bir ücret istenmeyecektir. Bu araştırma herhangi bir finansal kurum ya da kuruluş tarafından desteklenmemektedir.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırıcı bilginiz dâhilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan gerekleri yerine getirmemeniz nedeni

ile sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilecektir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

ÇALIŞMAYA KATILMAYI KABUL EDİYORSANIZ LÜTFEN ÇALIŞMA SAYFASINA GERİ DÖNEREK ÇALIŞMAYA KATILMAYI ONAYLAYINIZ.

EK-2. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Cinsiyet: Kadın ( ) Erkek ( )

2. Yaşınız:

3. Öğrenim durumunuz nedir?

Üniversite öğrencisiyim ( )

Önlisans / Lisans / Yüksek lisans / Doktora mezunuyum ( )

Diğer ( ) Lütfen belirtiniz:

4. Eğer üniversite öğrencisi iseniz kaçıncı sınıf öğrencisisiniz?

5. Doğum yeriniz neresi? Türkiye ( ) Diğer ( )

6. Daha önce bir klinisyen tarafından tanı konulan herhangi bir ruhsal hastalığınız oldu mu? Evet ise lütfen hangi tanı/tanılar olduğunu belirtiniz.

Hayır ( )
Evet ( ) Depresyon ( )
Anksiyete ( )
Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ( )
Obsesif-kompulsif bozukluk ( )
Bipolar bozukluk ( )
Şizofreni ( )
Alkol kullanım bozukluğu ( )
Madde kullanım bozukluğu ( )
Otizm spektrum bozukluğu ( )
Öğrenme bozuklukları (örn. disleksi, disgrafi, diskalkuli) ( )
Diğer ( ) Diğer seçeneği için lütfen tanı/tanıları belirtiniz:

7. Son altı aydır psikiyatrik tedavi alıyor musunuz? Evet ( ) Hayır ( )

9. Bilinen bir fiziksel hastalığınız var mı? Varsa lütfen belirtiniz. Evet ( ) Belirtiniz:
Hayır ( )

8. e-mail:

16 soruluk Erişkin Konsantrasyon Envanteri'ni bir hafta sonra tekrar doldurmanız araştırmamıza önemli bir ek katkı sağlayacaktır. Eğer bu ölçeği tekrar doldurmayı kabul ediyorsanız e-posta adresinizi lütfen yukarıdaki boşluğa yazınız. Sadece 16 soruluk olan bu ölçeği e-posta aracılığı ile 1 hafta sonra tarafınıza ileteceğiz. E-posta adresinizin istenmesinin tek nedeni ölçeği tarafınıza iletebilmek içindir. E-posta adresiniz diğer yanıtlarınızdan ayrı olarak saklanacak, böylece kimliğiniz bilinmeyecek ve çalışmanın sonunda, tüm veriler toplandıktan sonra, e-posta bilginiz silinecektir.

EK-3. ERİŞKİN KONSANTRASYON ENVANTERİ

Tarih:

Erişkin Konsantrasyon Envanteri

AÇIKLAMA: Lütfen her bir cümlenin son altı ay içinde sizin için ne kadar doğru olduğunu düşündüğünüzü yuvarlak içine alın.

		Hiç	**Bazen**	**Genellikle**	**Çok Sık**
1	İşlerimi yavaş yaparım.				
2	Zihnim bulanıktır.				
3	Gözlerim dalar.				
4	Gün içerisinde kendimi uykulu veya uyuşuk hissederim.				
5	Aklımdakini unuturum.				
6	Çok aktif değilim.				
7	Kendi düşüncelerimde kaybolurum.				
8	Kolayca yorulurum.				
9	Söyleyeceğim şeyi unuturum.				
10	Kafam karışır.				
11	Bir şeyler yapmak için motive olamam.				
12	Zihnimde bulunduğum yer ve durumdan kopmalar olur.				
13	Zihnim dağınıktır.				
14	Düşüncelerim yavaş veya ağırdır.				
15	Hayallere dalarım.				
16	Düşüncelerimi söze dökmekte zorlanırım.				

Becker, S. P., Burns, G. L., & Willcutt, E. G. (2015). *Adult Concentration Inventory (ACI)*. Cincinnati, OH: Author.

Yukarıdaki ifadeler ..... alanlarında sizin için ne kadar güçlüğe sebep oluyor? (17-24. maddeler sizi tanımlamıyorsa lütfen bu durum benim için geçerli değil şıkkını işaretleyin.)

		Güçlük Yok	**Çok Az Güçlük**	**Biraz Güçlük**	**Orta Derecede Güçlük**	**Ciddi Güçlük**	**Bu durum benim için geçerli değil**
17	Çalışma veya meslek	0	1	2	3	4	Bu durum benim için geçerli değil
18	Okul veya eğitim faaliyetleri	0	1	2	3	4	Bu durum benim için geçerli değil
19	Arkadaş ilişkileri	0	1	2	3	4	Bu durum benim için geçerli değil
20	Romantik ilişkiler	0	1	2	3	4	Bu durum benim için geçerli değil
21	Ebeveynlik	0	1	2	3	4	Bu durum benim için geçerli değil
22	Günlük işleri organize etmek	0	1	2	3	4	Bu durum benim için geçerli değil
23	Günlük özbakım (örn. banyo/temizlik, egzersiz, yeme)	0	1	2	3	4	Bu durum benim için geçerli değil
24	İyi bir gece uykusu alabilme	0	1	2	3	4	Bu durum benim için geçerli değil

Becker, S. P., Burns, G. L., & Willcutt, E. G. (2015). *Adult Concentration Inventory (ACI)*. Cincinnati, OH: Author.

EK-4. ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU KENDİ BİLDİRİM ÖLÇEĞİ

Erişkin Konsantrasyon Envanteri'nin Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışması

Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)

Soruları yanıtlarken son 6 ay içinde nasıl hissettiğiniz ve nasıl davrandığınız konusunda sizi en iyi tanımlayan seçeneği işaretleyiniz.

	Asla	Nadiren	Bazen	Sık	Çok Sık
1. Üzerinde çalıştığınız bir işin/projenin son ayrıntılarını toparlayıp projeyi tamamlamakta sorun yaşar mısınız?	○	○	○	○	○
2. Organizasyon gerektiren bir iş yapmanız zorunlu olduğunda işlerinizi sıraya koymakta ne sıklıkla zorluk yaşarsınız?	○	○	○	○	○
3. Yükümlülüklerinizi ve randevularınızı hatırlamakta ne sıklıkla sorun yaşarsınız?	○	○	○	○	○
4. Çok fazla düşünmeyi ve konsantrasyonu gerektiren bir iş yapmanız gerekiyorsa ne sıklıkla başlamaktan kaçınır ya da geciktirirsiniz?	○	○	○	○	○
5. Uzun bir süre oturmanız gerektiğinde, ne sıklıkla huzursuzlaşır, kıpırdanır ya da el ve ayaklarınızı kıpırdatırsınız?	○	○	○	○	○
6. Ne sıklıkla kendinizi aşırı aktif ve sanki motor takılmış gibi bir şeyler yapmak zorunda hissedersiniz?	○	○	○	○	○
7. Sıkıcı veya zor bir proje üzerinde çalışmanız gerektiğinde, ne sıklıkla dikkatsizce hatalar yaparsınız?	○	○	○	○	○

	Asla	Nadiren	Bazen	Sık	Çok Sık
8. Monoton veya tekrarlayıcı bir iş yaparken ne sıklıkla dikkatinizi sürdürmekte güçlük çekersiniz?	○	○	○	○	○
9. Doğrudan sizinle konuşuyor bile olsalar, insanların size söylediklerine yoğunlaşmakta ve dinlemekte ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?	○	○	○	○	○
10. Evde veya işte eşyaları bulmakta ya da nereye koyduğunuzu hatırlamakta ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?	○	○	○	○	○
11. Etrafınızdaki hareketlilik ve gürültü ne sıklıkla dikkatinizi dağıtır?	○	○	○	○	○
12. Orada oturmanız beklendiğinde, bir toplantı veya benzer durumda ne sıklıkla yerinizden kalkarsınız?	○	○	○	○	○
13. Ne sıklıkla kendinizi huzursuz, kıpır kıpır hissedersiniz?	○	○	○	○	○
14. Kendinize ait boş zamanınız olduğunda ne sıklıkla gevşemekte ve rahatlamakta güçlük çekersiniz?	○	○	○	○	○
15. Sosyal ortamlarda bulunduğunuzda, ne sıklıkla kendinizi çok konuşurken yakalarsınız?	○	○	○	○	○
16. Bir sohbet ya da görüşmede, ne sıklıkla karşınızdaki kişi cümlesini bitirmeden onun cümlesini bitirdiğinizi fark edersiniz?	○	○	○	○	○

	Asla	Nadiren	Bazen	Sık	Çok Sık
17. Sıraya girmek gerektiğinde, ne sıklıkla sıranızın gelmesini beklemekte güçlük çekersiniz?	◯	◯	◯	◯	◯
18. Başka bir işle meşgul olduklarında diğer insanları araya girip engeller misiniz?	◯	◯	◯	◯	◯

Bir sonraki sayfaya geçmeden önce lütfen bu sayfadaki herhangi bir soruyu boş bırakmadığınızdan emin olunuz.

EK-5. DEPRESYON ANKSİYETE STRES ÖLÇEĞİ 21

Erişkin Konsantrasyon Envanteri'nin Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışması

Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği 21

Son 1 haftadaki durumunuza göre yanıtlayınız.

	Hiçbir Zaman	Bazen ve Ara Sıra	Oldukça Sık	Her Zaman
1. Ağzımda kuruluk olduğunu fark ettim.	○	○	○	○
2. Hiç olumlu duygu yaşayamadığımı fark ettim.	○	○	○	○
3. Soluk almada zorluk çektim (örneğin fizik egzersiz yapmadığım halde aşırı hızlı nefes alma, nefessiz kalma gibi).	○	○	○	○
4. Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliyim.	○	○	○	○
5. Kendimi gevşetip salıvermek zor geldi.	○	○	○	○
6. Hiçbir beklentimin olmadığı hissine kapıldım.	○	○	○	○
7. Sinirsel enerjimi çok fazla kullandığımı hissettim.	○	○	○	○
8. Birey olarak değersiz olduğumu hissettim.	○	○	○	○
9. Alıngan olduğumu hissettim.	○	○	○	○
10. Geçerli bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim.	○	○	○	○
11. Hayatın değersiz olduğunu hissettim.	○	○	○	○
12. Gevşeyip rahatlamakta zorluk çektim.	○	○	○	○

	Hiçbir Zaman	Bazen ve Ara Sıra	Oldukça Sık	Her Zaman
13. Fizik egzersiz söz konusu olmadığı halde kalbimin hareketlerini hissettim (kalp atışlarımın hızlandığını veya düzensizleştiğini hissettim).	○	○	○	○
14. Kendimi perişan ve hüzünlü hissettim.	○	○	○	○
15. Panik haline yakın olduğumu hissettim.	○	○	○	○
16. Hiçbir şey bende heyecan uyandırmıyordu.	○	○	○	○
17. Beni yaptığım işten alıkoyan şeylere dayanamıyordum.	○	○	○	○
18. Kışkırtılmakta olduğumu hissettim.	○	○	○	○
19. Panikleyip kendimi aptal durumuna düşüreceğim durumlar nedeniyle endişelendim.	○	○	○	○
20. Vücudumda (örneğin ellerimde) titremeler oldu.	○	○	○	○
21. Bir iş yapmak için gerekli olan ilk adımı atmada zorlandım.	○	○	○	○

Bir sonraki sayfaya geçmeden önce lütfen bu sayfadaki herhangi bir soruyu boş bırakmadığınızdan emin olunuz.

EK-6. DUYGU DÜZENLEMEDE GÜÇLÜKLER ÖLÇEĞİ

Erişkin Konsantrasyon Envanteri'nin Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışması

Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği

Aşağıdaki cümlelerin size ne sıklıkla uyduğunu, size uygunluk yüzdesini de dikkate alarak yanıtlayınız.

	Hiç (%0-%10)	Bazen (%11-%35)	Yarı yarıya (%36-%65)	Çoğu zaman (%66-%90)	Her zaman (%91-%100)
1. Ne hissettiğim konusunda netimdir.	○	○	○	○	○
2. Ne hissettiğimi dikkate alırım.	○	○	○	○	○
3. Duygularım bana dayanılmaz ve kontrolsüz gelir.	○	○	○	○	○
4. Ne hissettiğim konusunda hiçbir fikrim yoktur.	○	○	○	○	○
5. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.	○	○	○	○	○
6. Ne hissettiğime dikkat ederim.	○	○	○	○	○
7. Ne hissettiğimi tam olarak bilirim.	○	○	○	○	○
8. Ne hissettiğimi önemserim.	○	○	○	○	○
9. Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşarım.	○	○	○	○	○
10. Kendimi kötü hissetmeyi kabullenebilirim.	○	○	○	○	○
11. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendime kızarım.	○	○	○	○	○
12. Kendimi kötü hissettiğim için utanırım.	○	○	○	○	○
13. Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım.	○	○	○	○	○
14. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıkarım.	○	○	○	○	○

	Hiç (%0-%10)	Bazen (%11-%35)	Yarı yarıya (%36-%65)	Çoğu zaman (%66-%90)	Her zaman (%91-%100)
15. Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağımı düşünürüm.	○	○	○	○	○
16. Kendimi kötü hissetmenin yoğun depresif duyguyla sonuçlanacağına inanırım.	○	○	○	○	○
17. Kendimi kötü hissettiğimde duygularımın yerinde ve önemli olduğuna inanırım.	○	○	○	○	○
18. Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım.	○	○	○	○	○
19. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıktığım duygusunu yaşarım.	○	○	○	○	○
20. Kendimi kötü hissediyor olsam da çalışmayı sürdürebilirim.	○	○	○	○	○
21. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.	○	○	○	○	○
22. Kendimi kötü hissettiğimde eninde sonunda kendimi daha iyi hissetmenin bir yolunu bulacağımı bilirim.	○	○	○	○	○
23. Kendimi kötü hissettiğimde zayıf birisi olduğum duygusuna kapılırım.	○	○	○	○	○
24. Kendimi kötü hissettiğimde de davranışlarım kontrolüm altındadır.	○	○	○	○	○
25. Kendimi kötü hissettiğim için suçluluk duyarım.	○	○	○	○	○

	Hiç (%0-%10)	Bazen (%11-%35)	Yarı yarıya (%36-%65)	Çoğu zaman (%66-%90)	Her zaman (%91-%100)
26. Kendimi kötü hissettiğimde konsantre olmakta zorlanırım.	○	○	○	○	○
27. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.	○	○	○	○	○
28. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapacağım hiçbir şey olmadığına inanırım.	○	○	○	○	○
29. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum.	○	○	○	○	○
30. Kendimi kötü hissettiğimde, kendimle ilgili olarak çok fazla endişelenmeye başlarım.	○	○	○	○	○
31. Kendimi kötü hissettiğimde kendimi bu duyguya bırakmaktan başka çıkar yol olmadığına inanırım.	○	○	○	○	○
32. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarım üzerindeki kontrolümü kaybederim.	○	○	○	○	○
33. Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmekte zorlanırım.	○	○	○	○	○
34. Kendimi kötü hissettiğimde duygumun gerçekte ne olduğunu anlamak için zaman ayırırım.	○	○	○	○	○
35. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem uzun zaman alır.	○	○	○	○	○
36. Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur.	○	○	○	○	○

EK-7. ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

Erişkin Konsantrasyon Envanteri'nin Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışması

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Sizin için uygun olanı seçiniz.

	Çok Doğru	Doğru	Yanlış	Çok Yanlış
1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.	○	○	○	○
2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.	○	○	○	○
3. Genellikle kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.	○	○	○	○
4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.	○	○	○	○
5. Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.	○	○	○	○
6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.	○	○	○	○
7. Genel olarak kendimden memnunum.	○	○	○	○
8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.	○	○	○	○
9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığını düşünüyorum.	○	○	○	○
10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.	○	○	○	○

Bir sonraki sayfaya geçmeden önce lütfen bu sayfadaki herhangi bir soruyu boş bırakmadığınızdan emin olunuz.

EK-8. UCLA YALNIZLIK ÖLÇEĞİ

Erişkin Konsantrasyon Envanteri'nin Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışması

UCLA Yalnızlık Ölçeği

Aşağıda çeşitli duygu ve düşünceleri içeren ifadeler verilmektedir. Sizden istenilen her ifadede tanımlanan duygu ve düşünceyi ne sıklıkta hissettiğinizi ve düşündüğünüzü herbiri için yanıtlamanızdır.

	Ben bu durumu HİÇ yaşamam	Ben bu durumu NADİREN yaşarım	Ben bu durumu BAZEN yaşarım	Ben bu durumu SIK SIK yaşarım
1. Kendimi çevremdeki insanlarla uyum içinde hissediyorum.	○	○	○	○
2. Arkadaşım yok.	○	○	○	○
3. Başvurabileceğim hiç kimsem yok.	○	○	○	○
4. Kendimi tek başınaymışım gibi hissetmiyorum.	○	○	○	○
5. Kendimi bir arkadaş grubunun bir parçası olarak hissediyorum.	○	○	○	○
6. Çevremdeki insanlarla birçok ortak yönüm var.	○	○	○	○
7. Artık hiç kimseyle samimi değilim.	○	○	○	○
8. İlgilerim ve fikirlerim çevremdekilerce paylaşılmıyor.	○	○	○	○
9. Dışa dönük bir insanım.	○	○	○	○
10. Kendimi yakın hissettiğim insanlar var.	○	○	○	○
11. Kendimi grubun dışına itilmiş hissediyorum.	○	○	○	○
12. Sosyal ilişkilerim yüzeyseldir.	○	○	○	○
13. Hiç kimse gerçekten beni iyi tanımıyor.	○	○	○	○
14. Kendimi diğer insanlardan soyutlanmış hissediyorum.	○	○	○	○
15. İstediğim zaman arkadaş bulabilirim.	○	○	○	○

	Ben bu durumu HİÇ yaşamam	Ben bu durumu NADİREN yaşarım	Ben bu durumu BAZEN yaşarım	Ben bu durumu SIK SIK yaşarım
16. Beni gerçekten anlayan insanlar var.	○	○	○	○
17. Bu derece içime kapanmış olmaktan dolayı mutsuzum.	○	○	○	○
18. Çevremde insanlar var ama benimle değiller.	○	○	○	○
19. Konuşabileceğim insanlar var.	○	○	○	○
20. Derdimi anlatabileceğim insanlar var.	○	○	○	○

Bir sonraki sayfaya geçmeden önce lütfen bu sayfadaki herhangi bir soruyu boş bırakmadığınızdan emin olunuz.

EK-9. SF 36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Erişkin Konsantrasyon Envanteri'nin Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışması

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Aşağıdaki sorular sizin kendi sağlığınız hakkındaki görüşünüzü, kendinizi nasıl hissettiğinizi ve günlük aktivitelerinizi ne kadar yerine getirebildiğinizi öğrenmek amacındadır. Size en uygun yanıtı verin.

B1

	Mükemmel	Çok İyi	İyi	Orta	Kötü
1) Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?	○	○	○	○	○

B2

	Çok daha iyi	Biraz iyi	Hemen hemen aynı	Biraz daha kötü	Çok daha kötü
2)Bir yıl öncesi ile karşılaştırıldığında, şu anki genel durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz? Bir yıl öncesinden...	○	○	○	○	○

B3

Aşağıdaki sorular bir gün içerisinde yapabileceğiniz işlerle (aktivitelerle) ilgilidir. Sağlığınız bu aktiviteleri kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet, Çok kısıtlı	Evet, Biraz kısıtlı	Hayır, Hiç kısıtlı değil
3) Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler	○	○	○
4) Bir masayı çekmek, elektrik süpürgesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler	○	○	○
5) Market poşetlerini kaldırmak veya taşımak	○	○	○
6) Birkaç kat merdiven çıkmak	○	○	○
7) Bir kat merdiven çıkmak	○	○	○
8) Eğilmek, diz çökmek, çömelmek	○	○	○
9) Bir kilometreden fazla yürümek	○	○	○
10) Birkaç yüz metre yürümek	○	○	○
11) Yüz metre yürümek	○	○	○
12) Kendi başına banyo yapmak ve giyinmek	○	○	○

B4

Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
13) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	○	○
14) Arzu ettiğinizden daha az şeyi mi tamamlayabildiniz?	○	○
15) Çalışma veya diğer yaptığınız işlerin çeşidinde kısıtlama yaptınız mı?	○	○
16) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizi yapmakta güçlük çektiniz mi? (Aşırı efor-çaba sarfettiniz mi?)	○	○

B5

Son 4 hafta boyunca duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
17) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	○	○
18) Arzu ettiğinizden daha az şeyi mi tamamlayabildiniz?	○	○
19)İşinizle veya diğer aktivitelerinizle ilgili işleri her zamanki kadar dikkat vererek yapamadınız mı?	○	○

B6

	Hiç etkilemedi	Çok az	Orta derecede	Epeyce	Çok fazla
20) Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?	○	○	○	○	○

B7

	Hiç olmadı	Çok az	Hafif	Orta	Çok	Pek çok
21) Son 4 hafta içinde vücudunuzda ne kadar ağrı oldu?	○	○	○	○	○	○

B8

	Hiç etkilemedi	Biraz etkiledi	Orta derecede	Epey etkiledi	Çok etkiledi
22) Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?	○	○	○	○	○

B9

Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için, sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak seçiniz.

	Sürekli	Çoğu zaman	Epey zaman	Bazen	Ara sıra	Hiçbir zaman
23) Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?	○	○	○	○	○	○
24) Çok sinirli biri oldunuz mu?	○	○	○	○	○	○
25) Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar moraliniz bozuk ve kötü oldu mu?	○	○	○	○	○	○
26) Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	○	○	○	○	○	○
27) Çok enerjik oldunuz mu?	○	○	○	○	○	○
28) Kendinizi kalbi kırık ve üzgün hissettiniz mi?	○	○	○	○	○	○
29) Kendinizi yıpranmış ve bitkin hissettiniz mi?	○	○	○	○	○	○
30) Mutlu ve sevinçli bir insan oldunuz mu?	○	○	○	○	○	○
31) Yorgunluk hissettiniz mi?	○	○	○	○	○	○

B10

	Sürekli	Çoğu zaman	Bazen	Ara sıra	Hiçbir zaman
32) Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?	○	○	○	○	○

B11

Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanı işaretleyiniz.

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Emin değilim	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
33) Ben diğer insanlara göre daha kolay hastalanıyorum.	◯	◯	◯	◯	◯
34) Tanıdığım kişiler kadar sağlıklıyım.	◯	◯	◯	◯	◯
35) Sağlığımın kötüleşmekte olduğunu sanıyorum.	◯	◯	◯	◯	◯
36) Sağlığım mükemmeldir.	◯	◯	◯	◯	◯

Bir sonraki sayfaya geçmeden önce lütfen bu sayfadaki herhangi bir soruyu boş bırakmadığınızdan emin olunuz.