



**T.C.
SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAğLIğI VE SİNİR
HASTALIKLARI SAğLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
RUH SAğLIğI VE HASTALIKLARI EğİTİM KLİNİğİ**

DİKKAT EKSİKLİğİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUğU TANILI ERİŞKİNLERDE OBSESİF İNANIŞLAR VE YAŞAM KALİTESİ

Dr. Kıymet AğLAR MENGİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL - 2019



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR
HASTALIKLARI SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM KLİNİĞİ**

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANILI ERİŞKİNLERDE OBSESİF İNANIŞLAR VE YAŞAM KALİTESİ

Dr. Kıymet ÇAĞLAR MENGİ

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Erkan AYDIN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL - 2019

I. TEŞEKKÜR

Sağladığı çalışma ortamı nedeniyle hastanemiz Başhekimliğine,

Birlikte çalışmaktan keyif aldığım, her daim bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, tezimin her aşamasında yardımcı olan, yol gösteren, verdiği destekler, emekler nedeniyle hakkını ödeyemeyeceğim tez danışmanım, klinik şefim Doç. Dr. Erkan AYDIN' a,

Uzmanlık eğitimimde önemli bir yeri olan, bilgi ve tecrübelerini bizimle paylaşan, asistanı olduğum için kendimi şanslı hissettiğim eski klinik şefim Prof. Dr. Nazan AYDIN' a,

Rotasyonlarım sırasında bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, Doç. Dr. Cüneyt EVREN, Uz. Dr. Ahmet TÜRKCAN, Doç. Dr. Fatih ÖNCÜ, Doç. Dr. Erhan KURT, Prof. Dr. Ejder Akgün YILDIRIM, Doç. Dr. Gül KARAÇETİN'e ve burada isimlerini sayamayacağım kadar çok olan, rotasyonlarım sırasında birlikte çalıştığım, kendilerinden çok şey öğrendiğim tüm uzmanlarıma,

15. Psikiyatri Kliniğinde birlikte çalışma şansı bulduğum servis uzmanlarım Doç. Dr. Pınar ÇETİNAY AYDIN, Uz. Dr. Gökşen YÜKSEL YALÇIN, Uz. Dr. Nalan ÖZTÜRK, Uz. Dr. Buket GÜNGÖR, Uz. Dr. Ayça ÖNGEL ATAR' a, birlikte keyifle çalıştığım tüm asistan doktor arkadaşlarıma, tüm servis hemşireleri, sekreter ve sağlık memurlarına, psikiyatri acil servis hemşirelerine, hastanemiz güvenlik memurlarına ve çalışma hayatım boyunca bana çok şey katan hastalarıma,

Beni özveriyle yetiştiren ve her daim yanımda olan, hayattaki en büyük şanslarım biricik anneme ve biricik babama, ablaları olmaktan gurur duyduğum Selcan'a ve Gülcan'a,

Yanımdayken kendimi huzurlu ve güvende hissettiğim, iyi ki var dediğim, sevgili eşim Alper MENGİ'ye

Çok teşekkür ederim...

Dr. Kıymet ÇAĞLAR MENGİ

İstanbul, 2019

II. İÇİNDEKİLER

Sayfa No

I. TEŞEKKÜR.....	i
II. İÇİNDEKİLER	ii
III. ÖZET	iv
IV. ABSTRACT	v
V. KISALTMALAR.....	vi
VI. TABLO LİSTESİ.....	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. DEHB Tarihçesi	3
2.2. Epidemiyoloji	6
2.3. Etiyoloji	7
2.4. Erişkinlerde DEHB Tanısının Konması ve Değerlendirme	8
2.5. Erişkin Başlangıçlı DEHB.....	11
2.6. DEHB Komorbiditesi	12
2.7. DEHB Tedavisi.....	16
2.8. DEHB’de Yaşam Kalitesi.....	17
2.9. Obsesif İnanışlar	20
2.10. DEHB’de Bilişler	22
3. YÖNTEM VE GEREÇLER	25
3.1. ÖRNEKLEM.....	25
3.2. YÖNTEM	26
3.3. Veri Toplama Araçları.....	26
3.3.1.Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu.....	26
3.3.2.DSM-IV Eksen-I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Aracı (SCID-I)	26
3.3.3.Wender Utah Derecelendirme Ölçeği	27
3.3.4.Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği	27
3.3.5.Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ).....	27
3.3.6.Obsesif İnanışlar Ölçeği-44 (OIÖ-44)	28

3.3.7.Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF TR):	28
3.3.8.Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ):.....	29
3.3.9.Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ):.....	29
3.4. İstatistiksel Analiz	29
4. BULGULAR.....	31
5. TARTIŞMA.....	57
5.1. Sosyodemografik ve Klinik Verilerin Tartışılması	57
5.2. DEHB, Anksiyete Bozukluğu ve Kontrol Grubunun Obsesif İnançlar Açısından Karşılaştırılması	63
5.3. DEHB Baskın Görünüm Özelliklerine göre Obsesif İnanç Puanlarının Karşılaştırılması.....	69
5.4. DEHB, Anksiyete Bozukluğu ve Kontrol Grubunun Yaşam Kalitesi Açısından Karşılaştırılması.....	70
5.5. Kısıtlılıklar.....	72
6. SONUÇLAR.....	74
7. KAYNAKLAR	76
8. ÖZGEÇMİŞ	89
9. EKLER	91
EK 1 - ETİK KURUL ONAYI.....	91
EK 2 - BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	92
EK 3 – SOSYODEMOGRAFİK ve KLİNİK VERİ FORMU	94
EK 4 – WENDER UTAH DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ.....	96
EK 5 – DSM-IV'E DAYALI ERİŞKİN DEB/DEHB TANI VE DEĞERLENDİRME ENVANTERİ	97
EK 6 – YALE-BROWN OBSESYON KOMPÜLSİYON ÖLÇEĞİ (Y-BOCS).....	99
EK 7 – OBSESSİF İNANIŞLAR ÖLÇEĞİ (OIÖ)	102
EK 8 – WHOQOLL-BREF (TR)	104
EK 9 – HAMILTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ	106
EK 10 – HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ	107

III. ÖZET

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANILI ERİŞKİNLERDE OBSESİF İNANIŞLAR VE YAŞAM KALİTESİ

Dr. Kıymet ÇAĞLAR MENGİ

Amaç: Çalışmamızda, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanılı hastalarda obsesif kompulsif bozukluk etiyolojisinde önemli yeri olan obsesif inanç alanlarının değerlendirilmesi, anksiyete grubu ve kontrol grubu ile karşılaştırılması; DEHB alt tipleri arasında, obsesif inanç alanları yönünden anlamlı bir fark olup olmadığının saptanması; DEHB tanılı hastalarda obsesif inançların yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin araştırılması; her üç çalışma grubu arasında yaşam kalitesinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde ayaktan tedavi kliniğinde takip edilen, DSM-5 tanı kriterlerine göre dışlama ve dahil etme kriterlerini karşılayan 67 DEHB hastası, 56 anksiyete hastası ve 51 sağlıklı kontrol çalışmaya dahil edildi. Sosyodemografik veri formu, Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, Hamilton Depresyon Ölçeği, Hamilton Anksiyete Ölçeği klinisyenle birlikte dolduruldu. Obsesif İnanışlar Ölçeği, Erişkin Dikkat Eksikliği-Hiperaktivite Ölçeği, Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formunun katılımcılar tarafından doldurulması istendi.

Bulgular: DEHB ve Anksiyete Bozukluğu grubu, obsesif inanç alt ölçek ve total puanları açısından kontrol grubundan anlamlı yüksek saptanırken; her iki klinik grup arasında obsesif inanç alt ölçek ve total puanları açısından anlamlı fark saptanmadı. Depresyon ve anksiyete düzeyleri birlikte kontrol edilip gruplar obsesif inanç puanları açısından yeniden karşılaştırıldığında, DEHB grubundaki mükemmeliyetçilik/belirsizliğe tahammülsüzlük alt ölçek puanları kontrol grubundan yine anlamlı yüksek saptandı. DEHB alt türleri arasında obsesif inanç alanları açısından anlamlı fark saptanmadı. DEHB grubu, yaşam kalitesi puanları açısından anksiyete grubuyla benzer, kontrol grubundan anlamlı olarak düşük bulundu. Depresyon ve anksiyete düzeyleri birlikte kontrol edilip gruplar yaşam kalitesi puanları açısından yeniden karşılaştırıldığında, gruplar arasında fark yoktu. DEHB grubunda yaşam kalitesini yordayan etmenlerin; dikkat eksikliği, depresyon ve mükemmeliyetçilik puanları olduğu saptandı.

Sonuç: Kaygı ve depresyon düzeylerinin yüksek saptandığı ek psikiyatrik hastalıklar olmadığında bile, mükemmeliyetçilik/belirsizliğe tahammülsüzlük inanç alanı DEHB'de sağlıklı kontrollerden yüksektir. Anksiyete ve depresyonun gelişiminde öncül olan obsesif inançların DEHB'nin bilişsel davranışçı terapisinde ele alınması gerekmektedir. DEHB'li olgularda anksiyete, depresyon, dikkat eksikliği belirtilerinin klinisyen tarafından ele alınması ve etkili terapötik tedavilerin planlanması, yaşam kalitesinin yükseltilmesi açısından oldukça önemlidir.

Anahtar kelimeler: DEHB, Obsesif İnanç, Yaşam Kalitesi, Mükemmeliyetçilik, Biliş

İletişim adresi: kiymet_caglar@hotmail.com

IV. ABSTRACT

OBSESSIVE BELIEFS AND QUALITY OF LIFE IN ADULTS WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

Dr. Kıymet ÇAĞLAR MENÇİ

Objective: The present study assessed the presence of obsessive beliefs, which play an important role in the aetiology of obsessive-compulsive disorder (OCD), in patients with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and to compare it with an anxiety group and a control group, to determine whether there were significant differences among ADHD subtypes in terms of obsessive beliefs, to investigate the effects of obsessive beliefs on quality of life in patients with ADHD, and to compare quality of life among the ADHD, anxiety, and control groups.

Method: This study included 67 ADHD patients and 56 patients with anxiety who fulfilled the respective inclusion and exclusion criteria based on DSM-5 criteria and who were followed up at the outpatient clinic at Istanbul Bakirkoy Prof. Dr. Mazhar Osman Mental Health and Nerve Diseases Training and Research Hospital. Additionally, 51 healthy control subjects were included. Both patient groups and the control group completed a sociodemographic data form, the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, Hamilton Depression Rating Scale, and Hamilton Anxiety Rating Scale under the supervision of a clinician. Additionally, participants completed the Obsessive Beliefs Questionnaire, Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Scale, Wender Utah Rating Scale, and World Health Organisation Quality of Life Scale-Short Form.

Results: The ADHD and Anxiety groups had significantly higher total and subscale scores on the Obsessive Beliefs Questionnaire than the control group, but the two clinical groups (ADHD and Anxiety) did not significantly differ on these scales. When both depression and anxiety levels were controlled as a covariate and the groups were compared in terms of Obsessive Beliefs scores, the ADHD group continued to exhibit significantly higher scores on the perfectionism/certainty subscale than the control group did; there were no significant differences among the ADHD subtypes in terms of obsessive beliefs. The quality of life scores of the ADHD group were similar to those of the Anxiety group, but both clinical groups had significantly lower scores than the control group. When both depression and anxiety levels were controlled as a covariate and the groups were compared in terms of quality of life scores, there were no differences among the groups. However, the attention deficit, depression, and perfectionism scores were found to be predictors of quality of life in the ADHD group.

Conclusion: The perfectionism/certainty belief scores for ADHD subjects without additional psychiatric disorders having high levels of anxiety were higher than those in healthy controls. Thus, obsessive beliefs leading to the development of anxiety and depression should be considered during cognitive behavioural therapy for patients with ADHD. Additionally, evaluations of anxiety, depression, and attention-deficit symptoms in patients with ADHD and effective planning of therapeutic treatments are very important for this population in terms of improving quality of life.

Key words: ADHD, Obsessive belief, Quality of Life, Perfectionism, Cognition

Contact info: kiymet_caglar@hotmail.com

V. KISALTMALAR

AHD	: Aşırı Hareketlilik Dürtüsellik
AMKB	: Alkol Madde Kullanım Bozukluğu
BB	: Bipolar Bozukluk
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
DE	: Dikkat Eksikliği
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DEHB-Öz	: DEHB ile İlişkili Özellikler
DSM I, II, III, IIR, IV, IV-TR, 5:	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, I.Baskı, II. Baskı, III. Baskı, Gözden Geçirilmiş III. Baskı, IV. Baskı, Yeniden Gözden Geçirilmiş IV. Baskı, 5. Baskı
HAM-A	: Hamilton Anksiyete Ölçeği
HAM-D	: Hamilton Depresyon Ölçeği
ICD 9, 10,11	: Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması 9, 10.ve 11. Revizyonu
MD	: Major Depresyon
OiÖ	: Obsesif İnanç Ölçeği
OiÖ-K/Ö	: Düşüncelere Önem Verme, Düşünceleri Kontrol Alanı
OiÖ M/K	: Mükemmelliyetçilik , Kesinlik Alanı
OiÖ S/T	: Aşırı Sorumluluk, Aşırı Tehdit Beklentisi
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
OKBÇG	: Obsesif Kompulsif Bilişler Çalışma Grubu
WUDÖ	: Wender Utah Derecelendirme Ölçeği
YK-B	: Yaşam Kalitesinin Bedensel alanı
YK-Ç	: Yaşam Kalitesinin Çevresel Alanı
YK-R	: Yaşam Kalitesinin Ruhsal alanı
YK-S	: Yaşam Kalitesinin Sosyal alanı

VI. TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1: Çalışma Gruplarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması..	31
Tablo 2: Çalışma Gruplarındaki Olguların Ve Birinci Derece Yakınlarının Psikiyatrik Hastalık Varlığı Açısından Karşılaştırılması.....	33
Tablo 3: DEHB Grubu Ve Anksiyete Grubunun Komorbid Durumlar Açısından Dağılımı.....	34
Tablo 4: DEHB Grubu Olguların Tanı Konma Yaşı Ortalamaları Ve WUDÖ Toplam Puan Ortalamaları	35
Tablo 5: DEHB Tanılı Olguların İlaç Kullanımı Özellikleri.....	35
Tablo 6: DEHB'nin Baskın Görünüm Özelliklerine Göre Dağılımı.....	36
Tablo 7: DEHB'li Olguların Tanı Alma Yaşının Gruplandırılarak, WUDÖ Toplam Kesme Puanlarına Göre Karşılaştırılması	36
Tablo 8: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Olguların Tanı Alma Yaşının Gruplandırılarak, Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması	37
Tablo 9: İlaç Kullanım Özelliklerine Göre Gruplandırılan DEHB Olgularının Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması	38
Tablo 10: DEHB'nin Baskın Görünüm Özelliklerine Göre Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması	40
Tablo 11: DEHB'li Olguların Komorbidite Varlığına Göre Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması	42
Tablo 12: Üç Çalışma Grubunun Obsesif İnançlar Açısından Karşılaştırılması	43
Tablo 13: Üç Çalışma Grubunun Depresyon Ve Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması	44
Tablo 14: Üç Çalışma Grubunun Yaşam Kalitesi Puanlarının Karşılaştırılması.....	45
Tablo 15: DEHB Grubundaki Olguların WUDÖ-Total, Erişkin Dikkat Eksikliği Alt Ölçeği Puanlarının, Obsesif İnançlar Alt Ölçeği Ve Total Puanlarının, Yaşam Kalitesi Alt Ölçeği Ve Total Puanlarının İlişkisi	46
Tablo 16: DEHB Grubundaki Olguların Depresyon Ve Anksiyete Puanlarının Diğer Ölçek Puanları İle İlişkisi.....	48

Tablo 17: Yaşam Kalitesinin Bedensel Alan Puanını Yordayan Değişkenlere Ait Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları.....	50
Tablo 18: Yaşam Kalitesinin Bedensel Alan Puanını Yordayan Obsesif İnanç Mükemmeliyetçilik/Belirsizliğe Tahammülsüzlük Puanının Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları.....	51
Tablo 19: Yaşam Kalitesinin Ruhsal Alan Puanını Yordayan Değişkenlere Ait Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları.....	52
Tablo 20: Yaşam Kalitesinin Sosyal Alan Puanını Yordayan Değişkenlere Ait Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları.....	53
Tablo 21: Yaşam Kalitesinin Çevresel Alan Puanını Yordayan Değişkenlere Ait Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları.....	54
Tablo 22: Yaşam Kalitesinin Total Puanını Yordayan Değişkenlere Ait Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları.....	55
Tablo 23: Yaşam Kalitesinin Total Puanını Yordayan Obsesif İnanç Mükemmeliyetçilik /Belirsizliğe Tahammülsüzlük Puanının Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları.....	56

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB); dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik gibi semptomlarla karakterize, sosyal, mesleki ve akademik yaşamı olumsuz yönde etkileyen nörogelişimsel bir bozukluktur (1). Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı çalışmada, erişkinlerde yaygınlığı ABD'de %4,4 bulunmuş, çalışmanın yapıldığı diğer on ülkenin ortalaması ise %3,4 saptanmıştır (2). Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda erkek/kadın yaygınlık oranları 3/1 ve 4/1 arasında bildirilmiştir. İlerleyen yaşlarda oranlar dengelenme eğilimindedir (3, 4). DEHB'nin etiyolojisi henüz tam olarak anlaşılmış değildir. DEHB; genetik, çevresel, prenatal, perinatal etkenlerin, toksinlerin, diyetin, psikososyal faktörlerin dahil olduğu birçok risk faktörü ile birlikte değerlendirilen heterojen ve multifaktöriyel bir hastalıktır. Çocukluk döneminde tanı konan DEHB'nin erişkin dönemde devam etme oranının yaklaşık %65 olduğu bildirilmektedir (5). DEHB'li erişkinlerde duygudurum ve anksiyete bozuklukları, antisosyal kişilik bozukluğu, madde kötüye kullanımı, bipolar bozukluk, sosyal fobi, dürtü kontrol bozuklukları ve yeme bozuklukları en yaygın görülen komorbid durumlardır (6-8). DEHB, erişkin dönemde; sosyal ve marital ilişkilerde problemler, düşük sosyoekonomik durum, yüksek işsizlik ve suç oranı ile ilişkili bulunmuştur (9, 10).

DEHB sosyal, akademik, mesleki birçok alanda yetersizliğe sebep olarak, yaşam kalitesini ve iyilik halini olumsuz yönde etkilemektedir (11). Genel popülasyona kıyasla DEHB'li grubun daha fazla psikososyal sorunla karşılaştığı bilinmektedir. Yaşam kalitesinin bununla ilişkili düşük olacağı öngörülebilir. Literatüre bakıldığında DEHB'si olan gençlerde yaşam kalitesi sağlıklı kontrollerden daha düşük saptanmıştır (11-13). Yaşam kalitesi ve DEHB arasındaki ilişkiyi anlamak, önemli bir araştırma hedefidir. Yaşam kalitesini etkileyen değişkenleri anlamak yaşam kalitesinin yükseltilmesine yönelik müdahalelerin yapılması açısından son derece önemlidir (14). Konunun önemine rağmen ülkemizde DEHB'li erişkinlerde yaşam kalitesinin değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmamıştır.

DEHB’li erişkinin olumsuz deneyimlerinin yıllar içinde birikimi, bireyin kendine güveni ve öz-yeterliliğini negatif yönde etkilemektedir (15, 16). Olumsuz deneyimler sonucu oluşan düşünceler ve inançlar, davranışlar ve duygularla etkileşim göstererek, DEHB’li bireylerin mevcut uyumsuz şemalarını günden güne pekiştirir (17). Bu şemalar, uyumsuz düşüncelerin (işlevsel olmayan inançlar) güçlenmesine sebep olur (15,16,18).

Obsesif kompulsif bozukluğun (OKB) bilişsel teorileri, OKB belirtilerinin oluşması ve sürmesinde işlevsel olmayan obsesif inançların önemini vurgulamaktadır (19,20). Obsesif inançların çocukluk çağındaki olumsuz deneyimler sonucunda ortaya çıktığı ve OKB belirtilerinin oluşumunda etkili olduğu gösterilmiştir (20). OKB ile diğer psikiyatrik bozuklukların karşılaştırıldığı çalışmalarda, obsesif inançların sağlıklı gönüllülere göre diğer psikiyatrik hastalıklarda yüksek bulunması ile, obsesif inançların OKB’ye özgüllüğü tartışılmaya başlanmıştır (21). Obsesif inançların çeşitli psikiyatrik bozukluklar için ortak bilişsel bir yatkınlığı temsil ettiği söylenmektedir (22).

DEHB tanılı hastaların normal popülasyona kıyasla bazı olumsuz çocukluk deneyimleri daha fazladır, ebeveylelerinin eleştirel, katı ve otoriter tutumlarına daha fazla maruz kalmaktadırlar. Kişilerarası ilişkilerde daha fazla zorlanmaktadırlar. Bu bilgilere istinaden; DEHB’li hastalarda obsesif inançların hastalık düzeyinde eşlik eden OKB’den bağımsız, bir çeşit başa çıkma tutumu olarak gelişebileceğini öngördük. Hipotezlerimiz; DEHB’li hastaların obsesif inanç alt ölçek ve total puanlar açısından kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek, anksiyete grubuyla benzer şiddette olduğu, DEHB alt tipleri arasında obsesif inanç tipi ve şiddeti açısından farklılıklar olduğu, bununla birlikte DEHB’li erişkin hastalarda yaşam kalitesinin kontrol grubundan anlamlı düzeyde düşük bulunduğu ve DEHB’li hastalarda, obsesif inançların yaşam kalitesi üzerinde etkisinin olduğu şeklinde sıralanmaktadır. Hipotezlerimiz doğrultusunda DEHB tanılı erişkinlerde obsesif inançların ve yaşam kalitesinin anksiyete bozukluğu ve kontrol grubuyla kıyaslanması, DEHB alt tipleri arasında obsesif inançların ve yaşam kalitesinin kıyaslanması, DEHB tanılı olgularda obsesif inançlar ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin gösterilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DEHB TARİHÇESİ

Günümüzde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) olarak tanımlanan psikiyatrik bozukluk 200 yılı aşkın süredir tıbbi makalelerde yer almaktadır. Belirtilerin kaynağı olduğu düşünülen duruma göre zaman içinde isimlendirmeler değişmiştir (23).

Tıp literatüründe mevcut DEHB kavramı ile ilgili olarak dikkat güçlüklerinin en erken tanımı, Alman hekim Melkior Adam Weikard tarafından yapılmıştır. 1775'te, anonim olarak yayınladığı kitapta, erişkinlerde görülen dikkat eksikliği ve distraktibilite belirtilerini - *Attentio Volubilis*- terimiyle tanımlamıştır. Bu tanım mevcut dikkat eksikliği baskın tip DEHB tanı ölçütlerinin bir kısmıyla örtüşmektedir (24).

19. yüzyılda, Alman doktor Heinrich Hoffman tarafından yazılmış çocuk kitabında, Fidgety Phil ve Havada Görünen Harry gibi karakterlerin özellikleri ile, çocuklardaki dikkatsizlik ve aşırı aktiviteyle ilişkili sorunlar tanımlanmıştır. DEHB'nin hem dikkat eksikliği hem de hiperaktivite / dürtüsellik alt türleri ile ilişkili belirtileri, Hoffman'ın şiirsel örneklerinde açıkça gösterilmiştir (25).

1798'de İskoç doktor Alexander Crichton'ın yazdığı ders kitabında dikkat eksikliği ile ilgili bir bölüm yayınlanmıştır. Bu bölümde dikkat eksikliğinden muzdarip hastaların dikkatlerinin kolayca çelinebildiği, mental olarak huzursuz hissettikleri ve bu durumun okul başarılarını olumsuz etkilediği söylenmiştir (26).

İngiliz doktor Sir George Frederick Still, DEHB ile ilişkili bilimsel çalışmalarını 1902'de Lancet'te yayınlayarak, çocukluk dönemindeki DEHB'yi modern anlamda tıp literatüründe tanımlayan ilk kişi olmuştur (27). Yayınladığı olgu serisinde, zeka sorunları olmadığı halde davranışlarının sonuçlarından ders çıkaramayan, dikkati sürdürmede ve kendini kontrol etmede sorun yaşayan, saldırgan

ve aşırı derecede duyarlı 20 çocuğun bu semptom kümesine ‘Ahlaki Kontrolde Marazi Yetersizlik’ adını vermiştir (28).

20. yy başında tüm dünyayı etkilemiş olan ensefalit salgını (ensefalitis letarjika) sonrası, ensefalit geçirmiş bazı çocuklarda antisosyal davranışlar, emosyonel labilite, dürtüsellik, aşırı hareketlilik ve öğrenme güçlükleri gözlenmiştir. Bu tabloya ‘ensefalit sonrası gelişen davranış bozuklukları’ denmiştir (29,30).

1937 yılında benzedrin (rasemik amfetamin sülfat), ensefalit sonrası davranış sorunları gelişen hiperaktif çocuklarda baş ağrısı tedavisi için kullanılmış, benzedrin tedavisi baş ağrılarını azaltmasa da davranış sorunları üzerinde hatırı sayılır bir düzelme yaratmıştır. Amfetamin tedavisiyle belirtilerin düzelebildiğini gösteren ilk kişi olan Bradley, bu durumu ‘Minimal beyin hasarı ya da disfonksiyonu’ olarak tanımlamıştır (31). Minimal beyin hasarı teriminin yetersiz kaldığını düşünen Laufer ve arkadaşları aşırı hareketli çocuklar için ‘hiperkinetik davranım sendromu’ tanımını kullanmıştır (32).

Hartcollis, 1968 yılında yayınladığı makalesinde ergen ve genç erişkin olgularda dürtüsellik, aşırı hareketliliğin, emosyonel labilitenin, saldırgan davranışların ve depresyonun birlikte görüldüğünü bildirmiş ve minimal beyin disfonksiyonu belirtilerinin erişkin döneminde de devam ettiğini göstermiştir (33). Wender erişkin dönemdeki DEHB konusunda öncü isimlerden biri olmuştur. Belirtilerin erişkin dönemde de devam ettiğini, erişkin dönemde görülen birçok psikiyatrik bozukluğun gelişimine katkıda bulunduğunu bildirmiştir (34). 1968’de DSM II (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı) ile DEHB ‘Çocukluğun Hiperaktif Reaksiyonu’ olarak ilk kez bilimsel sınıflandırma sistemine girmiştir. Bu tanımlamayla daha çok aşırı hareketliliğin ön planda olduğu ve yalnızca çocuklarda gözlenen bir bozukluktan bahsedilmiştir (35). DSM-III’de (1980) ‘Dikkat Eksikliği Bozukluğu’ adıyla çocukluk tanısı olarak tanımlanırken tanı ölçütlerinde hastalığın ana belirti kümeleri ‘dikkat eksikliği’, ‘dürtüsellik’ ve "hiperaktivite" olarak belirlenmiştir. DSM-III ‘dikkat eksikliği bozukluğu, rezidüel tip’ alt başlığı ile erişkinlikte tanı konmasına olanak sağlamış olsa da erişkinlerde tüm belirtilerin devam etmeyeceği bildirilmiştir (36). DSM-III-R’de

bozukluğun adı değiştirilerek hala kullanılmakta olan adı verilmiştir: ‘Dikkat Eksikliği-Hiperaktivite Bozukluğu (37).

DSM-IV’de yıkıcı davranım bozuklukları başlığı altına alınan DEHB, DSM IV-TR’de ‘ilk kez çocukluk döneminde tanısı konulan bozukluklar’ içinde ele alınmıştır (38, 39). DSM IV-TR’de DEHB tanısı için 9 dikkatsizlik belirtisinden en az 6, 9 hiperaktivite/dürtüsellik belirtisinden en az 6 ölçütün karşılanması ve belirtilerin 7 yaşından önce başlamış olması şartı aranmıştır. Alt tipleri ise ‘dikkatsizliğin önde geldiği tip’, ‘hiperaktivite-dürtüsellik önde geldiği tip’ ve ‘dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu-bileşik tip’ olarak belirlenmiştir (39). DSM IV-TR erişkinlerde tanının konulmasına izin vermekle birlikte belirtilerin çoğunun erişkin dönemde kaybolacağı belirtilmiştir (39).

Son olarak 2013 yılında yayınlanan DSM-5 ile ‘Nörogelişimsel Bozukluklar’ başlığında ele alınmış ve belirtilerin en az 6 ay süre ile devam etmesi şartı getirilmiştir. Ayrıca verilen örneklerde erişkin döneme ilişkin sorunlar belirtilmiştir (1). Böylece DSM-5 ile birlikte DEHB’nin erişkinlikte de devam eden bir bozukluk olduğu vurgulanmış ve erişkin hastaların daha iyi tanınmasına olanak sağlanmıştır.

Diğer yandan, Hastalıkların Uluslararası sınıflandırma sistemi’ne (ICD) bakıldığında 1967 yılında ICD-8’de ‘aşırı hareketlilik’ çocuk psikiyatrisi tanı ve sınıflandırma sistemleri için bir sendrom olarak tanımlanmıştır (40). 1979’da yayınlanan ICD-9’da ‘Çocukluğun Hiperkinetik Sendromu’ başlığı altında Dikkat Eksikliği Bozukluğu (aşırı hareketlilik olan ve olmayan) yer almıştır (40). 1992’de yayınlanan ICD-10’da ‘Hiperkinetik Bozukluklar’ olarak adlandırılmış, ‘Aktivite ve Dikkat Bozukluğu’ ve ‘Hiperkinetik Davranım Bozukluğu’ şeklinde iki alt tipe ayrılmıştır. ICD-10’nun dikkat eksikliğinin baskın olduğu DEHB’yi içermemesi dikkat çekicidir (1).

ICD-10 ölçütlerine göre dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik birlikte olduğunda tanı konabilirken, DSM-5’te aşırı hareketlilik olmaksızın dikkat sorunları varlığında ‘dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm ‘ şeklinde tanı konmaktadır. DSÖ ve Amerikan tanı sistemleri arasındaki bu fark ICD-11 ile ortadan kalkmıştır.

2.2. EPİDEMİYOLOJİ

Epidemiyolojik araştırmalar, DSM-4 kriterlerine göre tanı konduğunda çocukların % 5-6'sının DEHB tanısını karşıladığını DSM-5  l  tleri uygulandığında ise prevalansın biraz daha yükseldiğini göstermiştir (41, 42). Toplum temelli meta-analiz çalışmalarında, erişkinlerde prevalans % 2,5 -%3, 4 arasında değişmektedir (8,43).

Dünya Sağlık  rg t 'nün yaklaşık 20 ülkede gerçekleştirdiği araştırmada, erişkinlerde yaygınlık ABD'de % 4.4, on ülkenin ortalaması ise % 3.4 saptanmıştır. Örneğin Kolombia ve İşpanya'da prevalans %1.5 iken, Fransa'da %7.3'e kadar yükselmiştir (2).

DEHB'nin, yaşla birlikte düzelen bir çocukluk  ağı hastalığı olarak düşünülmesi ve DSM- IV'deki tanı kriterlerinin erişkin DEHB tanısı konması açısından yetersiz kalması nedeniyle erişkin prevalansın saptanmasına gereken önem verilmemiştir (43).

DEHB'li çocukların takip çalışmalarının meta-analizi, çocukların % 15'inde 25 yaşına kadar tüm semptomların devam ettiğini, % 50'sinden daha fazlasında ise tüm DEHB kriterleri karşılanmasa da, eşikaltı kriterlere sahip olduklarını ve semptomları nedeniyle işlevsellikteki bozulmalarının devam ettiğini ortaya koymuştur (5). On ülkede 629 erişkin üzerinde yapılan bir başka araştırma, DEHB'li çocukların % 50'sinin erişkin olduklarında DEHB için tanı ölçütlerini karşılamaya devam ettiğini saptamıştır (44). 2015 ve 2016 yıllarında İngiltere ve Hollanda'da  ocuk psikiyatristleri tarafından yapılan iki takip  alışması, DSM-IV'e göre bileşik tip DEHB kriterlerini karşılayan çocukların %80'inin genç erişkin dönemde de belirtilerinin sebat ettiğini göstermiştir (45,46).

Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda erkeklerde DEHB oranları kadınlardan yüksek saptanmıştır (41). Erkek/kız yaygınlık oranlarının 3/1 ve 4/1 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Erkeklerde yaygınlığın kızlardan daha yüksek saptanması kızlarda hiperaktivite belirtilerinin daha az görülmesi, bu nedenle tanının gözden kaçabildiği ile açıklanmaktadır (3,47,48). Ancak, kadınlara erişkin dönemde dikkat eksikliği belirtilerinin farkına varmalarının ve DEHB ile ilişkili sorunlardan muzdarip olup yardım arayışına girmelerinin, erkeklere kıyasla daha fazla tanı

almalarını sağladığı, dolayısıyla erişkin dönemde cinsiyet oranlarının dengelenme eğiliminde olduğu söylenmiştir (4).

Mahkumlarla yapılan bir çalışmada; kadın mahkumlar arasındaki DEHB yaygınlığı %15.1 iken bu oran erkeklerde %9.8 saptanmıştır (49). Bir diğer çalışmada, genç ceza evi mahkumlarında DEHB yaygınlığı % 30.1, erişkin mahkumlarda %26.2 saptanmıştır (50).

Klinik örneklerde DEHB prevalans oranları daha yüksek bulunmuştur. Avrupa’da yapılan çok merkezli kesitsel bir çalışmada psikiyatri ayaktan takip ünitelerine başvuruda bulunanlar için DEHB prevalansının %15.8 olduğu bildirilmiştir. DSM-5 ölçütlerine göre değerlendirildiğindeyse oran %17.4’e yükselmiştir (51). Son olarak çalışmalardaki metodolojik farklılıklar, değerlendirme araçlarının farklı olması gibi nedenlerle erişkinlerde prevalans oranları değişiklik göstermektedir (52).

2.3. ETİYOLOJİ

DEHB’nin etyolojisi hala büyük oranda anlaşılamamıştır. Genetiğin önemli bir etken olduğu yaygın olarak kabul görmektedir. DEHB tanısı almış birinci derece yakını olan bir kişinin DEHB tanısı alma ihtimali, bu tanıyı almamış birinci derece yakını olan kişiye göre 2-8 kat daha yüksektir (53). DEHB psikiyatrik bozukluklar arasında en yüksek kalıtılabilirlik oranına sahip bozukluklardan biri olarak kabul edilmektedir (54). Bir çalışmada, DEHB’li çocukların biyolojik ebeveynlerinde evlat edinen ebeveynlere göre DEHB görülme oranının yaklaşık 3 kat fazla olduğu bildirilmiştir (55).

Çocuklarla yapılan beyin görüntüleme çalışmalarının meta-analizinde bazal gangliyonlarda gri madde ve kortikal kalınlık değişiklikleri, serebellum, dorsolateral prefrontal korteks, orbitofrontal korteks, inferior frontal korteks, medial prefrontal korteks, premotor alanlarda, anterior singulat korteks ve korpus kallozumda, parietotemporal ve somatosensoriyal alanlarda bozukluklar gösterilmiştir (56).

DEHB etyolojisinden sorumlu tutulan bir diğer alanı da çevresel etkenler oluşturmaktadır. Prenatal dönemde sigara kullanımı ve çocuktaki DEHB ilişkisini araştıran çalışmaların bir kısmında pozitif bir ilişki saptanmıştır (57,58). Sigara maruziyetinin önemli bir türü de postnatal maruziyettir. Amerikada yapılan bir çalışmada ebeveynlerin bildirdiği postnatal sigara maruziyet oranı %25 iken, bu maruziyetin biyolojik belirteci olarak bilinen kotinin düzeyi ölçümleri ile çocuklarda %50 düzeyinde pasif içicilik oranı belirlenmiştir (59). Kotinin düzeyi ile dışavurum belirtileri, agresyon, antisosyal davranışlar ve diğer davranım sorunları arasında pozitif bir ilişki olduğu, bu ilişkinin özellikle erkek çocuklarını etkilediği ortaya konmuştur (60,61). DEHB ile ilişkili olabileceği düşünülen ve üzerinde araştırma yapılan diğer etkenler ise; prenatal ve postnatal nitrikoksit maruziyeti, gebelik döneminde ilaç kullanımı, annenin yaşı, annenin fiziksel ve ruhsal sağlığı, prematurite, düşük doğum ağırlığı, doğumla ilişkili sorunlar, diyetin etkisi, sosyal çevre, erken dönemde ihmal ve istismar maruziyeti olarak sayılabilir (62).

2.4. ERİŞKİNLERDE DEHB TANISININ KONMASI VE DEĞERLENDİRME

Uzun yıllardır, DEHB'nin erişkin psikopatolojisi üzerinde sınırlı bir etkiye sahip olduğu, çocukluk dönemine özgü bir bozukluk olduğu düşünülmüştür. Fakat, erişkinlerde DEHB benzeri semptomların varlığının fark edilmesi, çocukluk döneminin sona ermesine rağmen semptomların devam ediyor olması, çocuk ve ergenlerde olduğu gibi metilfenidat, deksamfetamin ve atomoksetin gibi ilaçlara ve psikososyal müdahalelere olumlu tepkiler vermesi, semptomların tedaviyle gerilemesinin anlaşılmasıyla erişkin DEHB, erişkin psikiyatrisinin önemli konularından biri haline gelmiştir (63).

DEHB tanısı DSM-5 ile birlikte erişkin dönem örnekleri içerecek şekilde genişletilmiştir. Erişkin nüfusa tanı konabilmesi açısından yapılan değişiklikler son derece önemlidir. Erişkinlerde ve 17 yaş üzerinde tanı konması için gerekli semptom sayısının her bir bölüm için altıdan beşe düşürülmesi, semptomların başlangıç yaşının 7 yaş öncesinden, 12 yaş öncesine çekilmesi, bunun yanı sıra çocukluk çağı belirtilerinin işlev kaybına sebep olup olmadığına bakılmaksızın, eşikaltı belirtilerin

yeterli olması, alt tiplendirme yerine “baskın görünüm” ifadesinin kullanılması “hafif, orta, ağır” şeklinde şiddet belirtecinin kullanılması yapılan değişikliklerdir (64). DSM-IV sınıflandırmasındaki B kriterinin (Bozulmaya yol açmış olan bazı hiperaktif ve dürtüsel semptomlar ya da dikkatsizlik semptomları 7 yaşından önce de vardır.) varlığı yetişkin dönemde tanı konmasını oldukça zorlaştırmıştır, çünkü retrospektif olarak mevcut semptomların bozulmaya sebep olup olmadığının saptanması zordur. Mevcut DSM-5, “12 yaşından önce birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi olmuştur” şeklinde tanımladığı B kriteriyle eşikaltı DEHB belirtileri olan ya da işlevsellikte bozulmanın olmadığı çocuklarda, ilerleyen yaşlarda, hayatının herhangi bir döneminde DEHB için gerekli tüm kriterleri karşılamaları durumunda DEHB tanısını koymayı mümkün kılmıştır (63). Kessler ve arkadaşları, erişkin dönemde DEHB tanısı alan olguların sadece yarısının 7 yaş öncesindeki semptomlarını hatırlayıp bildirdiğini, % 95’inin ise 12 yaş öncesi semptomlarını hatırlayabildiğini fark etmiştir (65). Prospektif bir çalışma 12 yaşından önce semptomların başladığını bildiren erişkinlerin, 7 yaş öncesinde de semptomlarının var olduğu fakat hastaların hatırlamakta zorlandıklarını göstermiştir (66). Bu çalışmalar, semptom başlangıç yaşının 12’ye çekilmesinin DEHB prevalansını etkilemeyeceğini düşündürmektedir.

Erişkin DEHB’si ile ilgili en temel özelliklerden biri dikkat eksikliği belirtilerinin devam ederken, hiperaktivite ve dürtüsellik alanındaki belirtilerin azalmasıdır. Bu nedenle çocukluğunda DEHB’nin bileşik tipte prezentasyonuna sahip olan pek çok hasta, erişkin dönemde dikkat eksikliği baskın prezentasyona geçmektedir (45,67).

Erişkin dönemde görülen ruhsal hastalıkların birçoğu işlevsellikte bozulmaya sebep olur fakat bu bozulmanın ayırt edilmesi DEHB’de ya da kişilik bozukluklarında çok daha önemlidir. Çünkü kişinin premorbid özelliklerini anksiyete bozukluklarındaki ya da depresyondaki kadar net anlayabilmek çoğu zaman mümkün olmamaktadır. Bunun nedeni DEHB’de semptomların süregelen olması ve çocukluk döneminden ya da erken erişkinlikten beri var olmasıdır (63).

DEHB’nin değerlendirilmesini zorlaştıran faktörlerden bir tanesi de, gelişimsel süreçte bilgi kaynağının değişmesidir. Çocukluk ve erken ergenlik

döneminde tanı kişinin ifadesinden ziyade esas olarak onu gözlemleyen ebeveyninin ya da öğretmenlerinin verdiği bilgiler doğrultusunda konur. DSM-IV / 5, ICD-10'da listelenen DEHB belirtileri, ruhsal durumun subjektif ifadelerinden ziyade, gözlemlenen davranışlar üzerinden tanımlanmıştır. Değerlendirme aşamasında bilgilerin kimden alındığı DEHB'de doğru tanı koyma açısından oldukça önemlidir (63). Bazı kanıtlar, ebeveynler tarafından doldurulan ölçeklerin kişinin doldurduğu ölçeklerden daha hassas olduğunu göstermektedir; çünkü hastaların bazıları semptomlarını küçümseme, dikkate almama eğilimindedir (4, 68). Bileşik tip DEHB'li çocuklarla yapılan 6 yıllık bir takip çalışmasında tanı, öz bildirime kıyasla ebeveyn raporlarına dayanarak konduğunda DEHB prevalansı daha yüksek bulunmuştur (68). DEHB'de daha doğru öz-değerlendirme yapılabilmesi için alternatif bir yol, hastaların öznel zihinsel fenomenlerine odaklanmaktır.(örneğin emosyonel labilite, içsel huzursuzluk vs..) İlginçtir ki, DEHB'de böyle bir fenomenolojik yaklaşım için sınırlı sayıda girişimde bulunulmuştur. Diğer bir seçenek DEHB için daha objektif bilişsel veya nörogörüntüleme testleri geliştirmektir. Diğer bir yaklaşım ise, DEHB'li erişkinler tarafından bildirilen davranış sorunlarının daha ayrıntılı bir şekilde ortaya konmasını sağlamaktır (63).

Sonuç olarak DEHB tanısı koyarken, klinik olarak bu bozukluğun kişinin hayatını ne ölçüde etkilediğinin anlaşılması, hem kişinin kendisinden, hem de yakın çevresinden alınan bilgilerin harmanlanması ve süzgeçten geçirilmesi son derece önemlidir (63). Klinik pratikte, DEHB tanısı, orta ve ciddi semptomları olan vakalarda rahatlıkla konabilirken, daha incelikli bir araştırmanın gerektiği hafif formlarda tanıyı koymak zor olabilmektedir. Bu nedenle klinik görüşme yaparken DEHB ile ilişkili olan semptomları ayrıntılı sorgulamak önemlidir. Örneğin yürütücü fonksiyonlardaki bozulmayı, uyku problemlerini, içsel huzursuzluğun varlığını, irritabiliteyi bunun yanında mesleki alanda sıkıntıları, trafik kazalarını, adli problemleri, madde kullanımını sorgulamak tanı aşamasında yardımcı olacak argümanlardır (63).

Yaşla uyumlu dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtileri (DSM-5)

- Dikkatini dağıtacak açık bir dış uyaran olmasa bile akıl başka bir yerdeymiş gibi görünür.

- Görevleri başlatır, ancak hızlı bir şekilde odağını kaybeder ve dikkati dağınık.
- İşyerinde verilen görevlerin yerine getirilememesi
- İlgisiz düşünceler bildirme
- Aramalara geri dönmede, fatura ödemede, randevularına uymakta zorlanma
- Sıralı görevleri yönetmekte zorluk; eşyaların düzenli tutulmasında zorluk; dağınık ve düzensiz çalışma
- Zayıf zaman yönetimi
- Son teslim tarihlerine uyamama
- Huzursuz hissetme
- Uzun bir süre restoran veya toplantı gibi yerlerde huzurlu ve rahat oturamama
- Diğerleri tarafından yerinde duramayan ve ayak uydurulması zor bir insan olarak algılanma
- Konuşmaların veya etkinliklerin arasına girme, başkalarının eşyalarını izinsiz kullanma, başkalarının yaptıklarına karışma

2.5. ERİŞKİN BAŞLANGIÇLI DEHB

DEHB'nin nörogelişimsel hipotezi, son dönemde yapılmış üç toplum temelli çalışmanın çarpıcı sonuçlarıyla birlikte sorgulanmaya başlanmıştır. Bu çalışmalarda, DEHB semptomlarıyla başvuran erişkinlerin % 67,5-90'ı çocukluk döneminde DEHB tanısı almamıştır (69-71). Bu sonuçlarla, erişkin başlangıçlı DEHB kavramı tartışılmaya başlandıysa da, bunu ayrı bir antite olarak tanımlamanın erken olduğu düşünülmektedir. İlk olarak, bazı yazarlar erişkin başlangıçlı DEHB tanılı hastaların çocuklukta eşikaltı belirtilere sahip olduğunu, sosyal ve akademik alandaki desteklerin kaldırılmasının ardından tam bir DEHB sendromuna ayrıldığını ileri sürmüşlerdir. (72-74). İkinci bir hipotez, erişkin başlangıçlı DEHB'nin, DEHB'yi taklit eden erişkinlikte ortaya çıkan başka bir nörolojik veya psikiyatrik bozukluğun yanlış teşhisi olabileceğidir. Daha spesifik olarak, uyku bozuklukları çocuklarda ve

erişkinlerde hipersomnolansın bir sonucu olarak DEHB benzeri semptomlara neden olabilmektedir (75).

Erişkin başlangıçlı DEHB'nin, erişkin DEHB yan dal polikliniklerinde daha az sıklıkta (% 6,9) görüldüğü bildirilmiştir (70). Klinik örneklerin daha şiddetli vakalar içermesi, uzun dönem takipler nedeniyle belirtilerin başlangıcının bilinmesi, bu örneklerde DEHB tanısı açısından daha heterojen bir grup olan eşikaltı semptomları olan kişilerin olmaması, yani DEHB açısından daha homojen bir grubun olması bu durumu açıklayan sebepler arasında gösterilmiştir (63). Lopez ve arkadaşları 2017 yılındaki çalışmalarında, erişkin başlangıçlı DEHB'si olan hastaların, çocukluk döneminde DEHB tanısı alanlara kıyasla, semptomlarının daha hafif olduğunu, okul başarılarının daha yüksek olduğunu, dikkat eksikliği baskın görünümünün daha yüksek olduğunu ve uyku bozuklukları açısından daha yüksek komorbidite oranlarına sahip olduklarını göstermiştir. Dahası erişkin başlangıçlı DEHB'nin üçte birinin çocukluk döneminde eşikaltı belirtilere sahip olduğu gösterilmiştir (76).

Erişkin hastalara tanı koyan ve tedavi başlayan profesyonellerin DEHB'nin erişkin dönemde başlayabileceğini unutmaması son derece önemlidir. DSM-5' in DEHB tanısı konabilmesi için belirtilerin bir kısmının 12 yaşından önce başlaması gerektiğini belirtmesi, birçok hasta ve profesyonel için kafa karıştırıcıdır. Detaylı görüşmeler neticesinde DEHB semptomlarının işlevselliği bozduğu klinisyen tarafından anlaşılıp belgelense bile hastaların bazıları tedaviyi reddedebilmektedir (63). Hastanın yanında, yakın çevresinden bilgi alınması tanı konamamış vakalara açıklık getirebilir. Bunun yanında çocuk psikiyatristlerinin eşikaltı DEHB semptomları olan çocukları takip etmelerinin, özellikle sosyal ve akademik desteğin kalktığı geçiş zamanlarında semptomlarının yeniden değerlendirilmesinin oldukça kıymetli olduğu söylenmiştir (72).

2.6. DEHB KOMORBİDİTESİ

DEHB'de komorbidite istisnadan ziyade kuraldır ve “saf DEHB” nin aslında bozukluğun atipik bir varyantı olabileceği düşünülmektedir (77). DEHB'nin erişkin dönemde devam etmesinin, psikiyatrik komorbiditenin varlığı ile güçlü bir şekilde

ilişkili olduğu bildirilmiştir (78). Çalışmalar, DEHB'de psikiyatrik komorbiditenin tedavi uyumu, tedavi yanıtı ve hastanın içgörüsü üzerinde büyük bir etkisi olduğunu göstermiştir (63).

Daha önceki uygulamaların tersine, DSM-5 ile birlikte, diğer nörogelişimsel bozuklukların varlığında DEHB tanısı koyulabilmektedir. DEHB ile ilişkili nörogelişimsel bozukluklar arasında otizm spektrum bozukluğu, iletişim ve özgül öğrenme bozuklukları (örneğin disleksi ve disfazi, diskalkuli), motor bozukluklar, tik bozuklukları ve entelektüel yetersizlik yer almaktadır (7).

Bir çalışmada hastaların % 52'sinde en az bir psikiyatrik bozukluğun DEHB'ye eşlik ettiği, % 26.2'sinde iki veya daha fazla komorbid psikiyatrik bozukluk bulunduğu gösterilmiştir. Çocuklarda en sık görülen komorbid bozukluklar; davranış bozuklukları (% 16.5), iletişim ve özgül öğrenme bozuklukları, motor bozukluklar (% 15.4), otizm spektrum bozuklukları (% 12.4) ve entelektüel yetersizliktir (% 7.9). Erkekler genellikle nöropsikiyatrik bozukluklar için artmış risk ile ilişkili iken, kadınlar içe yönelim sorunları (internalizing disorders) ile daha sık ilişkili bulunmuştur (7).

DEHB'li erişkinlerde duygudurum ve anksiyete bozuklukları, antisosyal kişilik bozukluğu, madde kötüye kullanımı, bipolar bozukluk, sosyal fobi, dürtü kontrol bozuklukları ve yeme bozuklukları en yaygın görülen komorbid durumlardır (6,8). Komorbid durumlar, DEHB semptomlarını ağırlaştırıcı faktörler olarak düşünülmektedir (79). Örneklemin psikiyatri polikliniğine başvuran kişilerden oluştuğu bir çalışmada, sosyal fobi ve yeme bozukluğu oranları dikkat eksikliği baskın tip DEHB'de daha yüksekken, bipolar bozukluk ve alkol bağımlılığı ise bileşik tip DEHB'de daha yüksek saptanmıştır (79).

Erişkinlerde sık görülen komorbid durumlara kısaca değinilecek olursa; major depresyon (MD) ile DEHB ilişkisi birçok çalışmada gösterilmiştir. Ilımlı depresyon belirtileri olan olgularda DEHB belirtileri %5.7 iken; bu oran MD tanı kriterlerini karşılayanlarda %22.1 saptanmıştır (80). Erişkin DEHB olgularındaki MD oranı ise %25.3'tür (81, 82). MD ve DEHB'nin bir arada görüldüğü vakaların akademik, mesleki ve sosyal alanda daha fazla sıkıntı yaşadıkları, tedavi yanıtlarının

daha düşük olduğu ve çoklu ilaç kullanımlarının daha fazla olduğu saptanmıştır (81). Erişkin popülasyonda Bipolar Bozukluk (BB) ve DEHB birlikteliği daha az araştırılmıştır. Ülkemizde yapılan yakın dönem bir çalışmada BB ve DEHB birlikteliğinin %23.3 olduğu bildirilmiştir (83). Erişkin DEHB’de ise BB prevalansının %10-20 arasında olduğu bildirilmiştir (84). BB ve komorbid DEHB varlığında, dikkatsizlik ve hiperaktivite puanlarının daha fazla olduğu, bileşik tip DEHB tanısının daha yüksek saptandığı, daha fazla atak yaşandığı, ötimik dönemlerin kısa olduğu, suisidalitenin ve alkol madde kullanımının daha yüksek oranda görüldüğü ve genetik açıdan psikiyatrik yüklülüğün daha fazla olduğu bildirilmiştir (85, 86).

Erişkin dönemde DEHB ile birlikte sık görülen bir diğer psikiyatrik bozukluk anksiyete bozukluklarıdır. Bir toplum çalışmasında DEHB hastalarının %51’inde eşlik eden bir anksiyete bozukluğu saptanmıştır (8). Anksiyete bozukluklarının dikkat eksikliği baskın tipte ve DEHB’li kadınlarda daha sık görüldüğüne dair yayınlar mevcuttur (87). Koyuncu ve arkadaşlarının sosyal anksiyete bozukluğunda DEHB belirtilerini değerlendirdikleri bir çalışmada, sosyal anksiyete bozukluğu ve DEHB birlikteliği %60.2 gibi yüksek bir oranda saptanmıştır (88).

DEHB ve OKB belirgin distress ve disfonksiyonla karakterize ortak gelişimsel nöropsikiyatrik bozukluklardır (89). Çocuklarda DEHB-OKB komorbiditesini bildiren birçok çalışma mevcuttur. Örneğin DEHB’li çocukların veya ergenlerin % 7.5’inden fazlasının OKB’si vardır. Tersini düşünüldüğünde OKB’li çocuklardaki DEHB oranları çok daha yüksek saptanmaktadır (90). Erişkinlerde DEHB-OKB komorbiditesini araştıran az sayıda çalışma mevcuttur (89). Erişkin dönemde DEHB ile OKB birlikteliği %1-13 arasında bildirilmektedir (90). Bunun yanında her iki hastalığın çocukluk ve adolesan döneme kıyasla erişkin dönemde daha az birliktelik gösterdiği bildirilmiştir. Birlikte görülme oranlarının %0-60 gibi farklı aralıklarda bildirilmesi oldukça dikkat çekicidir. Metodolojik ve tanı ölçütlerindeki farklılıklar ve örneklerin toplumdan ya da klinik örneklerden seçilip seçilmediği bu büyük değişkenliği açıklayabilir (90). Kavramsal olarak, iki bozukluk arasındaki gerçek komorbidite kavramı, DEHB ve OKB arasındaki temel nörobiyolojik, fenomenolojik ve davranışsal farklılıklar nedeniyle anlaşılması zor bir

konudur. Örneğin, kontrol gruplarına kıyasla, OKB hastaları frontostriatal hiperaktivasyon gösterirken, DEHB hastaları frontostriatal hipoaktivasyon sergiler. Ayrıca, tik bozukluklarının varlığı ya da OKB’de DEHB benzeri semptomların olması gibi çeşitli potansiyel karıştırıcı faktörler, iki bozukluğun komorbidite oranlarındaki değişkenliğe katkıda bulunabilir (89).

Alkol Madde Kullanım Bozukluğu (AMKB), DEHB ile birlikte görülen en sorunlu bozukluklardan biridir. DEHB’li gençlerde sigara kullanımı daha erken yaşta başlar ve eşlik eden DEHB varlığında AMKB seyri daha kötüdür (91). Çok merkezli bir çalışmada, AMKB tedavisi için yatırılan ergenlerin yaklaşık yarısında, erişkinlerin üçte birinde DEHB saptanmıştır (92).

DEHB'nin kişilik bozuklukları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (93). DEHB’li erişkinlerde komorbid kişilik bozukluğunun % 50'den yüksek olduğu tahmin edilmektedir. Borderline Kişilik Bozukluğu ve Antisosyal Kişilik Bozukluğu DEHB’li erişkinlerde en sık görülen kişilik bozukluklarıdır. Özellikle Borderline Kişilik Bozukluğu, dürtüsellik ve duygudurumdaki değişkenlikler gibi DEHB’de görülen bazı temel klinik özelliklere sahiptir. DEHB tanısı açısından yeterli değerlendirme yapılmadığında klinisyenler kolayca Borderline kişilik bozukluğu tanısına yönelebilirler ve DEHB tanısı atlanabilir (94).

DEHB’de yeme bozuklukları ve obezite sık görülmektedir. Benzer şekilde yeme bozuklukları ve obezite sorunu olan vakalarda da DEHB belirtileri sık görülmektedir (95). Geniş örneklemlili bir çalışmada DEHB tanılı hastaların %10.2’si tıkanırçasına yeme bozukluğu tanısı almıştır (96). Yapılan çalışmalarda DEHB’ye en sık eşlik eden yeme bozukluğunun bulimia nervoza olduğu bildirilmiştir (97). Yakın zamanda yayınlanan bir meta analizde erişkinlerde obezite sıklığı DEHB tanısı alanlarda %28 oranında, DEHB tanısı almayanlarda ise %16.4 oranında saptanmıştır. Aradaki bu fark anlamlı bulunmuştur (98).

2.7. DEHB TEDAVİSİ

DEHB tedavisinde, ilaç tedavilerinin ve çeşitli psikososyal müdahalelerin etkinliği göz önünde bulundurulduğunda tanı konmamış DEHB oranlarının yüksek olması endişe vericidir. Erişkin DEHB tedavisiz kaldığında sosyal, akademik ve mesleki alanda işlevsellik önemli düzeyde etkilenir. İstenmeyen gebelikler, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, erişkinlerde yüksek boşanma oranları, akademik yetersizlikler, çok fazla iş değişikliği yapma, daha düşük maaşlı işlerde çalışma, zekadan beklenen performansı gösterememe, daha fazla kaza yapma, daha fazla suça karışma bildirilmektedir ve yasal sorunlar tedavisiz vakalarda yüksek oranda saptanmaktadır (99-101). Farmakoepidemiolojik çalışmalarda, ilaçların yalnızca çekirdek DEHB semptomları üzerinde değil, aynı zamanda DEHB ile birliktelik gösteren ciddi problemler üzerinde de uzun vadede etkili oldukları gösterilmiştir. İlaç tedavisi altındaki dönemler ile ilaçsız dönemler karşılaştırıldığında ilaçlı dönemlerde suç işleme oranlarının düştüğü, trafik kazalarının, madde kötüye kullanımının ve intihar davranışlarının azaldığı gösterilmiştir (102-105).

Uluslararası klavuzların DEHB tedavisi için algoritmalarına bakıldığında erişkin dönemde DEHB tedavisinde öncelikli olarak farmakoterapiyi önerdikleri görülmektedir (106). DEHB patogenezinde noradrenerjik ve dopaminerjik yollar önemlidir. Bu yollardaki işlev bozukluklarının dürtüsellik, dikkat eksikliği ve hiperaktivite gibi DEHB'nin çekirdek semptomlarına sebep olduğu düşünülmektedir. Erişkin DEHB tedavisinde birinci sırada önerilen psikostimülan ilaçlardan metilfenidat, presinaptik hücre yüzeyinde yer alan dopamin geri alım reseptörlerini bloke ederek etki gösterirken, amfetaminlerin ek olarak sitozolik dopamin depolarını boşaltarak sinaptik aralığa salınan dopamin miktarını artırdığı hipotez edilmektedir (107). DEHB'de etkinliği kanıtlanmış olan ve endikasyon alan ilk stimulan olmayan ilaç atomoksetindir. Atomoksetin noradrenerjik sistem üzerinden selektif pre-sinaptik noradrenalin geri alım inhibisyonu sağlayarak etki eder (107). Bunun yanında bupropion, alfa-2 adrenerjik agonistler olan guanfasin ve klonidin, modafinil, venlafaksin, trisiklik antidepresanlar, selektif serotonin geri alım inhibitörleri, nikotin analogları DEHB tedavisinde onay almamış olsa da tedavide dikkat çeken diğer ajanlardır (108).

Antidepresanların depresyon üzerine etkileri ya da antipsikotiklerin psikoz üzerine etkilerine kıyasla metilfenidat ve atomoksetin gibi ilaçların DEHB üzerindeki orta ve ileri düzeyde etkileri, DEHB tedavisinin uygun şekilde planlanmasının önemini ortaya koymaktadır (47). DEHB tedavisine başlamadan önce dikkatli bir tanısal değerlendirme yapmak önemlidir. Çünkü majör depresyon, bipolar bozukluk, madde bağımlılığı, anksiyete bozukluğu gibi eş tanıların varlığında, öncelikli olarak bunların tedavi edilmesi önerilmektedir. DEHB'li erişkinlerde, ancak eşlik eden başka bir bozukluk yoksa DEHB tedavinin öncelikli odağı olmaktadır. Erişkin DEHB'de ek tanı ender olmadığına göre, bu durum erişkinlerde DEHB'nin neden tedavisiz kaldığını açıklamaktadır (107).

Psikoeğitim, bilişsel davranış terapisi ve destek gruplarının kullanımı, beceri eğitimi ve koçluk gibi psikososyal tedavilerin DEHB' nin klinik yönetiminde ek faydalar sağladığı düşünülmektedir (109,110). Grup psikoterapisi alan veya almayan, ilaç veya plasebo verilmiş, DEHB'si olan 419 erişkin hasta üzerinde yapılan randomize bir araştırmada, ilaç tedavisinin DEHB belirtileri üzerinde kısa süreli ve 1 yıllık etkileri gözlenmiş, ancak psikoterapinin gözlenmemiştir. Bununla birlikte, genel klinik iyileşme (klinik global izlenim) üzerinde 1 yıllık sonuçlar değerlendirildiğinde; grup psikoterapisinin, ilaçla kombine edildiğinde plasebo ile kombine edildiğinden çok daha etkili olduğu gösterilmiştir (111). Sonuç olarak ilaç kullanmak istemeyen, ilaç tedavisinden yeterince fayda görmeyen ya da ilaç yan etkilerini tolere edemeyen hastalarda psikoterapotik müdahaleler mutlaka uygulanmalıdır (112).

2.8. DEHB'DE YAŞAM KALİTESİ

“Yaşam Kalitesi” kavramını tanımlamak oldukça güçtür. Yaşam kalitesi pek çok alanı kapsayan çok faktörlü bir kavramdır. Genel kabul görmüş tanımlardan biri; yaşam kalitesinin, bireyin sağlık durumunun fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevselliği üzerindeki etkisine dair öznel algısı olduğudur (113). Aynı zamanda hastaların beklentileri ile elde ettikleri arasındaki açık (gap theory) olarak tanımlanmıştır (114). Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi grubu, yaşam kalitesini ‘Hastanın, hem içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi bağlamında, hem de kendi amaçları,

beklentileri, standartları ve endişeleri açısından, yaşamdaki durumu ile ilgili kişisel algısı' olarak tanımlamaktadır (115). Bu tanım, kişinin yaşam kalitesi algısının öznel olduğunu ve çok boyutlu olduğunu vurgulamaktadır (115). Yaşam kalitesi, kişinin semptomlarının yol açtığı psikopatoloji düzeyinden çok daha kapsamlı ele alınmaktadır, çünkü kişinin günlük yaşamındaki işlevsel adaptasyonlarına yönelik veriler de bulunmaktadır (116). Yaşam kalitesini ve işlevsellikteki bozulmayı ölçen ölçekler birçok açıdan örtüşmesine rağmen, temel ayrım, yaşam kalitesi ölçümünün kişinin öznel bildirimine dayalı olmasıdır. İşlevsellikteki bozulma genellikle klinisyenler tarafından değerlendirilirken, yaşam kalitesi ölçekleri hastalar tarafından derecelendirilmektedir (117). İşlevsellikteki bozulma hastalığın ayrılmaz bir parçasıyken, yaşam kalitesi ölçümünün hastalığın etkisinin ötesinde bir değerlendirme olduğu söylenebilir (118). Sağlık hizmetlerinin temel amacı, hastaların yaşam kalitelerini bozan sağlık problemlerini ve sağlıklarına ilişkin algılarını iyileştirmektir. Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, hastalar için özellikle zorlandıkları yaşam alanlarının belirlenmesi açısından klinisyenlere yardımcı olabilir (117).

Yaşam kalitesi ölçekleri, genel ve özgül olmak üzere iki ana başlık altında toplanabilir. Birbirinden üstün ve sınırlayıcı yönleri vardır. Genel amaçlı yaşam kalitesi ölçekleri hastalığı olan ve olmayan iki bireyin kıyaslanmasıyla oluşturulur. Genel amaçlı ölçekler geniş bir işlev kaybı ve genel bir rahatsızlık spektrumu içermeleri nedeniyle, toplumun tüm kesimlerinde, tüm hastalıklar ve durumlarda kullanılabilir (119). Hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri ise, sadece geliştirildiği hastalık grubuna özeldir ve bu grubun değerlendirilmesinde kullanılır. Hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçeklerinin olumsuz bir yönü, sadece tek bir hastalığa özgü oldukları için, birden fazla hastalığı olan hastalar için nasıl bir ölçek kullanılacağı sorusudur (120). Hem genel hem de özgül ölçekler, DEHB'li yetişkinlerde ve çocuklarda yaşam kalitesini değerlendirmek için kullanılabilir.

Genç ve orta yaş erişkinlikte DEHB remisyona girmiş olsa da işlevsellikteki bozulma devam edebilmektedir (121). Bununla birlikte, çocukluk döneminden erişkinliğe kadar DEHB'si devam eden bireylerde yaşam kalitesi ile ilgili araştırmalar oldukça sınırlıdır (122). Araştırmalar, DEHB tanılı ve DEHB belirtileri mevcut

erişkinlerin, DEHB olmayan erişkinlere göre daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğunu göstermiştir (123). Yaşam kalitesinin azalması ile ilgili öz bildirim, kişinin kendi sağlık durumundan duyduğu memnuniyetsizlik konusundaki öznel algısını yansıtmaktadır, fakat DEHB belirtilerinin yaşam kalitesini ne şekilde olumsuz etkilediğini açıklayamamaktadır (124). Yaşam kalitesi ölçümü DEHB tedavisinin etkisini görmek için kullanılmasına rağmen, DEHB'li erişkinlerin yaşam kalitesini etkileyen spesifik faktörleri tanımlamak için de kullanılabilir. (125).

Elli yaş üstü 148 DEHB'li erişkinin genel yaşam kalitesi ölçeği ile değerlendirildiği bir çalışmada, yaşam doyumları, genel aktivite düzeyleri, ağrı, özbakım, depresyon anksiyete düzeyleri gibi bir çok alt başlığın değerlendirilmesi sonucu bu grubun yaşam kalitesinin genel toplum normlarının altında olduğu ifade edilmiştir (125).

DEHB tedavisinin yaşam kalitesi üzerindeki etkisi iyi araştırılmış bir konudur. Özellikle atomoksetin ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi araştırmış pek çok çalışma bulunmaktadır (126). Birçok randomize, çift kör, plasebo kontrollü çalışmada, hem DEHB'li erişkinlerin hem de DEHB'li çocukların yaşam kalitesi üzerinde stimulanların ve atomoksetinin olumlu etkisi gösterilmiştir (126).

DEHB ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmaların çoğu, genel yaşam kalitesi ölçekleri kullanılarak yapılmıştır. Bu ölçekler, farklı hastalık gruplarında veya eş zamanlı hastalıklara sahip olan hastalarda yaşam kalitesini belirlemek için uygun ve faydalıdır. Fakat, genel ölçeklerin DEHB belirtileriyle tam bir korelasyon göstermeyebileceği düşünülmektedir. DEHB'nin çekirdek semptomlarının, yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin hastalığa spesifik değerlendirileceği ölçeklere ihtiyaç duyulmaktadır (126). Bu bakış açısıyla, erişkin DEHB'ye spesifik birkaç ölçek tasarlanmıştır. The Adult ADHD Quality of Life Scale (AAQoL), The Adult ADHD Quality of Life-29 (AAQoL-29), The Impact Module for Adults (AIM-A) DEHB'ye spesifik yaşam kalitesi ölçeklerinden bazılarıdır (126).

DEHB'si olan olguların yaşam kalitesi, yaşamın neredeyse tüm alanlarında, sağlıklı gruplara göre azalmıştır. Bu durum, DEHB' nin sadece kişinin akademik

başarılarını etkilemekle kalmayıp, aynı zamanda sosyal ve mesleki alanları kapsayacak şekilde yaşamın tüm alanları üzerinde olumsuz etkisini göstermektedir. Bu nedenle DEHB'nin etkin tedavisinin ve takibinin yapılmasının son derece önemli olduğu söylenebilir.

2.9. OBSESİF İNANIŞLAR

1995 yılında düzenlenen Dünya Bilişsel Davranışçı Terapiler Kongresinde, OKB'nin bilişsel temelini anlaşılmaması ve bu konuyla ilgili değerlendirme araçlarının geliştirilmesi amacıyla Obsesif Kompulsif Bilişler Çalışma Grubu (OKBÇG) oluşturulmuştur (19). OKB'de önemli olduğu düşünülen bilişsel süreçleri ve içeriği ele alan pek çok farklı model önerilmiştir. Üst bilişler, düşünce eylem kaynaşması, düşünce bastırması, dini kaygılar ve patolojik endişe OKB'de önemli rol oynadığı ifade edilen bilişsel faktörler olarak tanımlanmıştır (127). Bu alanda öne sürülen modellerin bütünleştirilebilmesi amacıyla OKBÇG tarafından OKB'de ayırt edici olabilecek bilişsel özelliklerin genel bir tanımlaması yapılmış, OKB'de önemli olabilecek inançların altı alt başlık altında toplandığı 87 soruluk bir ölçek hazırlanmıştır. Bu alt başlıklar şu şekildedir: Abartılmış sorumluluk, düşüncelere aşırı önem verme, kişinin düşüncelerini kontrol etmeye verdiği önem konusunda aşırı endişeler, tehlikenin ciddiyeti ve olasılığına ilişkin aşırı beklentiler, belirsizliğe karşı aşırı tahammülsüzlük ve mükemmeliyetçilik (19). Obsesif İnançlar Ölçeği ile obsesif inançların katılık düzeyinin belirlenmesi amaçlanmıştır (19). Sonraki çalışmalarda faktör analizi yapılarak yüksek oranda ilişki olduğu tespit edilen alt ölçekler birleştirilmiş obsesif inançların 44 soruluk kısa formunda üç başlık altında toplanmıştır (127).

OKB ile diğer anksiyete bozukluklarının karşılaştırıldığı çalışmalarda, obsesif inançların sağlıklı gönüllülere göre bu grupta yüksek bulunması nedeniyle, obsesif inançların OKB'ye özgüllüğü tartışılmaya başlanmıştır (21). Obsesif inançların yüksekliğinin çeşitli psikiyatrik bozukluklar için ortak bir yatkınlığı gösterdiği söylenmektedir (22).

Abartılmış Sorumluluk: Girici düşünceden ve bu düşüncenin sonuçlarından kişinin kendisini sorumlu tutması OKB belirtilerine yol açmaktadır. Bu nedenle,

gelecekte olabilecek tehlikeli bir durumla ilgili girici bir düşünce, kişi tarafından bu tehlikeyi önlemenin sorumluluğunun kendisinde olduğu şeklinde değerlendirilmektedir (19). Abartılmış sorumluluk kavramı, Salkovskis'in “OKB'nin bilişsel teorisi” versiyonunda merkezi rol oynamaktadır (128). Erken deneyimlerin abartılmış sorumluluk doğurabileceği ileri sürülmüştür (129). Abartılmış sorumluluğun oluşmasında beş farklı yol tanımlanmıştır. Bunlar: 1. Çocukluk döneminde verilen yüksek sorumluluklar 2. Çocukken katı ve aşırı kurallara maruziyet 3. Aşırı korumacı ve eleştirel ebeveyn tutumları 4. Eylemlerinin / eylemsizliklerinin ciddi bir talihsizliğe neden olduğu olaylar yaşamak 5. Eylemlerinin / eylemsizliklerinin / düşüncelerinin ciddi bir talihsizliği etkilediğiyle ilgili deneyimler

Düşüncelere aşırı önem verme: Olumsuz bir düşünceye sahip olmanın gerçekte o düşüncenin gerçekleşmesine katkıda bulunacağı inancı olarak tanımlanan düşünce-eylem kaynaşması bu inanç alanında yer almaktadır. İki tür düşünce eylem kaynaşması mevcuttur. İlki, kişinin kötü bir düşünceye sahip olma inancının kötü bir sonuca neden olabileceğini düşünmesi şeklinde, ikincisi ise bazı kötü olaylar hakkında düşünmenin ahlaki olarak o olayı gerçekleştirmeye bir sayılacağı şeklindedir. Düşünce-eylem kaynaşması ve abartılmış sorumluluk arasındaki ilişkiye dikkat çekilmiş ve düşünce-eylem kaynaşmasının sorumluluk algısını arttırdığı, abartılmış sorumluluk algısı olan kişiler için ise düşünce-eylem kaynaşmasının daha fazla kaygıya neden olabileceği belirtilmiştir (130).

Kişinin düşüncelerini kontrol etmeye verdiği önem konusunda aşırı endişeler: Kişinin girici düşüncelerinin, imge veya dürtülerinin üzerinde tam bir kontrol sağlamanın mümkün ve önemli olduğu inancıdır (19). Düşünce-eylem kaynaşması ve abartılmış sorumluluk gibi inançlar da kişiyi düşünceleri üzerinde kontrol sağlamaya yöneltmektedir. Örneğin, bir düşüncenin istenmeyen sonuçlar veya davranışlar doğuracağına ilişkin bir değerlendirmede kişi, bu düşünceyi kontrol etmenin gerekli olduğuna da inanmaktadır (19).

Tehlikenin ciddiyeti ve olasılığına ilişkin aşırı beklentiler: Tehlikenin veya zararın gerçekleşme olasılığını ve olası tehlikenin şiddetini abartma olarak tanımlanmıştır (19). Tehlikenin abartılı değerlendirilmesi; düşünce eylem

kaynaşması, mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük gibi diğer bilişsel inanç alanlarıyla ilişkilidir (19).

Belirsizliğe karşı aşırı tahammülsüzlük: Bir durumun kesin olması gerekliliği, belirsiz durumlarda işlev göstermede zorluk ve beklenmeyen değişimlerle başa çıkamamaya yönelik inancı temsil etmektedir (19). Belirsizliğe tahammülsüzlük, belirsiz olayların ve durumların olumsuz yorumlanmasına yönelik bir eğilim olarak da tanımlanabilir. Karar vermede güçlük, tedbirli olma ve güvence arama gibi davranışlar belirsizliğe tahammülsüzlükle ilişkilidir (19).

Mükemmeliyetçilik: Her sorunun mükemmel bir çözümü olduğu, bir şeyi hatasız ve mükemmel yapmanın mümkün ve gerekli olduğu, küçük hataların bile ciddi sonuçlar doğurabileceği inancı olarak tanımlanmıştır (19). Mükemmeliyetçilik doğasında iki farklı boyut barındırır. Bunlar olumlu ve olumsuz mükemmeliyetçiliktir. Olumlu mükemmeliyetçilikte kişiler gerçekçi hedefler belirler. Bu hedeflere ulaşmak için çalışırlar, herhangi bir başarısızlık durumunda hedeflerini değiştirirler. Olumsuz mükemmeliyetçilikte ise kişiler gerçekçi olmayan hedefler belirlerler. Başarısızlık durumunda; yetersizlik, kaygı ve depresyon gibi olumsuz süreçler yaşarlar (131).

2.10. DEHB'DE BİLİŞLER

Bireyin yaşamının çeşitli alanları, DEHB semptomlarından olumsuz anlamda etkilenmektedir. Kişilerarası, akademik ve mesleki alanda yaşadıkları zorluklar bunun göstergesidir. Bu olumsuz deneyimlerin yıllar içinde birikimi, bireyin kendine güveni ve öz-yeterliliğinin oluşumunu negatif yönde etkilemektedir (15). Olumsuz deneyimler sonucu oluşan düşünceler ve inançlar, davranışlar ve duygularla etkileşim göstererek, DEHB'li bireylerin mevcut uyumsuz örüntülerini günden güne pekiştirir (17). Bu örüntüler, “temel inanç” olarak isimlendirilebilirler. Bilişsel terapide “temel inanç” kavramı şemaları tarif etmek için kullanılmaktadır. Şema, olaylar karşısında, bireylerin çocukluk yaşantılarından itibaren ebeveynleri ve çevresiyle kurmuş olduğu iletişimden elde ettikleri deneyimlerin sonucunda ortaya çıkan duygu ve düşünce kalıplarıdır. Birey oluşturduğu bu duygu ve düşünce kalıpları ile kendisine sunulan yeni uyarıyı özümser ve sonucunda eyleme nasıl geçeceğini bu

kalıpların yardımıyla belirler. Özetle, şema, bireyin herhangi bir olaya ya da duruma yönelik inanç ve duygularının örgütlenmiş bir bütünüdür ve davranışın ortaya çıkmasında rol oynar. En derin inançlar olan temel inançlar, temelde ve derinde kök salmışlardır, çoğu zaman bunların farkında bile olmayız. Bu temel inançlar, kişi tarafından kesinlikle doğru ve değişmez olarak kabul edilir. Çoğu zaman aktif olabilir ya da kişi depresyonda hissettiğinde aktif hale gelebilir. Aktif hale geldiklerinde, tüm gerçeklere rağmen, kişi bu inançların önyargısına maruz kalır. Dahası, kişi, çelişen bilgiyi görmezden gelirken ya da devalüe ederken, inançlarını destekleyen bilgilere seçici olarak odaklanma eğilimindedir (18). Kendine ve kendi yeterliliklerine dair olumsuz inançlar geliştirmiş DEHB'li bireyler, stresli olaylarla yüz yüze kaldıklarında kaçınma ya da erteleme gibi uyumsuz kompensatuar stratejiler (işlevsiz davranış) kullanırlar. Kullandıkları bu stratejiler ilk olarak onları kurtarsa bile uzun vadede engeller ve yetersizlik hissini sinsice pekiştirir. Gündelik yaşam ile baş edebilme adına DEHB'li bireylerde belirli şemalar oluşmuştur. Kısa vadede faydalı, uyumlu olan kompensatuar stratejileri içeren bu şemalar daha sonrasında uyumsuz düşünceleri güçlendirir. Bu kısır döngüde ele geçirilen birey, tekrar tekrar hayal kırıklıkları deneyimleyerek, kendisiyle ilgili olumsuz görüşünü pekiştirmiş olur (15,16,18). DEHB'li erişkin bireyler, erken yaşlardan itibaren yaşamlarını etkileyen çeşitli zorluklar (örneğin, okul, çalışma) ve kişilerarası problemler ile karşı karşıya kalır. 'Zor çocuk' olarak tabir edilen DEHB'li birey göze çarpmayan bir çocuğa göre daha fazla olumsuz geribildirim alır ve kusurlu olma gibi bilişsel bir şema geliştirebilir. Bu şemaya ve ilgili olumsuz inançlara dayanarak, çocuk bilişsel, duygusal ve davranışsal düzeylerde seçimler yapar ve şemaları pekiştiren deneyimler yaşar (18). Kusurluluk, başarısızlık, bağımlılık, terk edilme, sosyal izolasyon/güvensizlik ve tehditler karşısında dayanıksızlık DEHB'li bireylerde tanımlanmış şemalardır (15,16,132).

Bunun yanında DEHB'li bireylerin aşırı genelleme ve kişiselleştirme gibi bilişsel çarpıtmaları vardır. Olumsuz düşünceler DEHB' nin nedeni olmasa da, DEHB ile ilgili semptomların ve sorunların ele alınmasını güçleştiren kompensatuar stratejilerin oluşmasına neden olurlar (18). Kaçınma ve erteleme gibi kısır döngü oluşturan kompensatuar stratejiler, uyumsuz şemaların ve bilişsel çarpıtmaların güçlenmesi açısından ayrıca önemlidir. Bilişsel müdahaleler, kaçınma yerine görevin yerine

getirilmesini ve olumlu baş etme becerilerinin gelişmesini destekledikleri için merkezi bir terapötik rol oynamaktadır (133).

2016 yılında DEHB tanılı erişkinlerle yapılan bir çalışmada, bilişsel çarpıtmalarla DEHB belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır; ilginç olarak, aynı çalışmada DEHB belirtileri ile depresyon ya da anksiyete arasında bir korelasyon saptanmamıştır. Bu sonuç DEHB ile bilişsel çarpıtmalar arasında doğrudan bir bağlantı olduğunu göstermiştir. Bu çalışmada ‘mükemmelliyeçilik’ diğer bilişsel çarpıtmalara kıyasla DEHB’li yetişkinlerde en fazla tespit edilen bilişsel çarpıtma olmuştur (134). Araştırmacılar iki tür mükemmelliyeçilik tanımlamaktadır. Birincisi obsesif tip mükemmelliyeçilik, ki bu, bir bireyin, yaptığı işin kusursuz olmasını sağlamak için tüm ayrıntıları hesaplaması nedeniyle görevini yerine getirirken zorlanma yaşamasına sebep olur. Buna karşılık, diğer tip mükemmelliyeçilikte, şartlar tam olarak uygun duruma gelinceye kadar bir görevi erteleme söz konusudur (Örneğin bir işe başlamadan önce kişinin“ havasında ”olması da dahil). DEHB’li yetişkinlerdeki mükemmelliyeçilik daha çok bu tipe uymaktadır (133).

Dikkatsizlik, dürtüsellik gibi bilişsel yetersizlikler nedeniyle, DEHB’li bireylerin stresli yaşam olaylarıyla başa çıkmak için sınırlı kaynakları olduğu söylenebilir. Dikkat alanında yaşadıkları zorluklar nedeniyle, güç durumlarla baş edebilmeyi kolaylaştıran etkili problem çözme, bilişsel çerçevenin yeniden oluşturulması, perspektif alabilme gibi adaptif bilişsel stratejileri kullanamayabilirler. İmpulsif olmaları nedeniyle, stresli olaylara agresif ve defansif olarak hızlı ve düşünmeden tepki gösterebilirler (135). DEHB’de baş etme stratejilerinin değerlendirildiği bir çalışmada, normal kontrollerle kıyaslandığında DEHB’li bireylerin, uyumsuz başa çıkma stratejilerini daha çok kullandıkları gösterilmiştir. Bu çalışmada beklenmeyen bir sonuç ise, DEHB’li grubun, yaşadığı stresli durumları yapıcı bir tepki olarak olumlu şekilde yeniden değerlendirmesi ve yeniden deneyimlemesi olmuştur (135).

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

Bu çalışma tek merkezli olarak yürütülecek olan tanımlayıcı ve kesitsel bir vaka-kontrol çalışması olarak tasarlanmıştır. Bu çalışma için Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nden 06.03.2018 tarihinde 143 protokol no ile onay alınmıştır.

3.1. ÖRNEKLEM

Bu tez çalışmasının örneklemini; Mart 2018-Şubat 2019 tarihleri arasında İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde ayaktan takip edilmekte olan, içirme ve dışlama kriterleri gözetilerek belirlenmiş 17-30 yaş arası DEHB tanılı 67 hasta, anksiyete bozukluğu tanılarında herhangi birini almış 56 hasta ve psikiyatrik hastalık tanısı olmayan 51 sağlıklı gönüllü olmak üzere 174 olgudan oluşmaktadır.

İçleme kriterleri

- 17-30 yaş arasında olmak
- DEHB grubu için DSM-5'e göre DEHB tanısını almak
- Anksiyete Bozuklukları grubu için DSM-5'e göre anksiyete bozukluklarından herhangi birinin tanı kriterlerini karşılıyor olmak
- Sağlıklı gönüllüler için herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı almamış olmak
- En az ilkokul mezunu olmak
- Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmek

Dışlama Kriterleri:

- Gönüllünün kendi isteği
- Hasta grubu için yaşam boyu zekâ geriliği, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, bipolar bozukluk, bilişsel bozukluklar (deliryum, demans vb) tanısı almış olmak

- Alkol veya madde kullanım bozukluğu tanısı varlığı , ağır düzeyde majör depresyon varlığı
- Anksiyete grubu için yaşam boyu DEHB tanısı varlığı
- Yaşam kalitesini belirgin olarak etkileyecek ciddi bir süreğen fiziksel hastalığının olması (kanser, böbrek yetmezliği, diabetes mellitus, iskemik kalp hastalığı, kalp yetmezliği, epilepsi, astım vb)

3.2. YÖNTEM

Bakırköy Ruh Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde DEHB tanısıyla çocuk ve erişkin polikliniklerinden ayaktan takip ve tedavi edilmekte olan kişilerden bu çalışmaya katılmaya yazılı onam veren hastalar, yukarıda sayılan dışlama ve içleme kriterlerine göre çalışmaya ardışık olarak dahil edildi. Anksiyete grubundaki hastalar için de benzer işlem uygulandı. Uygulamada tüm katılımcılara çalışma hakkında bilgi verildi. SCID-1 uygulandı. Çalışmamızda DEHB için DSM-5 tanı kriterleri temel alındı. Bilgilendirilmiş onam formu, sosyodemografik veri formu, Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, Hamilton Depresyon Ölçeği, Hamilton Anksiyete Ölçeği klinisyenle birlikte dolduruldu, Obsesif İnanışlar Ölçeği, Erişkin Dikkat Eksikliği-Hiperaktivite Ölçeği, Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu katılımcılar tarafından dolduruldu.

3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.3.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

Çalışmanın amacına yönelik, tez öğrencisi ve danışmanı tarafından hazırlanmış olan sosyodemografik ve klinik özellikleri değerlendiren görüşme formudur.

3.3.2. DSM-IV Eksen-I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Aracı (SCID-I)

Hastalarda DSM-IV'e göre Eksen-I psikiyatrik bozukluk tanılarını araştırmak için görüşmecinin uyguladığı yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme aracıdır. Hastalık süresi, aile öyküsü, fiziksel hastalıkların varlığı gibi değişkenlerin de

araştırılmasına olanak tanımaktadır. SCID-I'in Türkçeye uyarlama ve güvenilirlik çalışmaları Çorapçıoğlu ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır (136).

3.3.3. Wender Utah Derecelendirme Ölçeği

1993'de erişkinlerde çocukluk DEHB belirtilerini sorgulayarak erişkinlikte tanının konmasına yardımcı olmak amacıyla geliştirilmiştir (137). Ölçeğin ilk versiyonu 61 maddeden oluşan 5'li likert tipi kendini değerlendirme ölçeği olup yapılan analizlerle DEHB olan erişkinleri sağlıklı kontrollerden en iyi ayıran 25 madde saptanmıştır. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öncü ve arkadaşları tarafından 2005 yılında yapılmıştır (137). 25 maddelik form için duyarlılık ve özgüllük değerleri doğrultusunda kesme puanı 36 olarak belirlenmiştir.

3.3.4. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği

A.Turgay tarafından 1995'de Kanada'da geliştirilmiş olup çevirisi geliştiren kişi tarafından yapılmıştır. Ülkemize ait dilsel eşdeğerlik, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Günay ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (138). Ölçek; 'dikkat eksikliği (DE)', 'aşırı hareketlilik/dürtüsellik (AHD)' ve 'DEHB ile ilgili özellikler/sorunlar (DEHB-Öz)' olmak üzere 3 bölümden oluşmaktadır. Dikkat eksikliği bölümü DSM-IV tanı kriterlerinden alınan 9 maddeden oluşmaktadır. 3'ten düşük puanlar düşük düzeyde, 3,01-10,99 arası puanlar orta düzeyde, 11'in üstünde puanlar ise üst düzeyde dikkat eksikliği belirtisi olarak kabul edilmektedir. Aşırı hareketlilik/dürtüsellik bölümü de DSM-IV tanı kriterlerinden alınan 9 maddeden oluşmaktadır. Belirti düzeyi puanlaması dikkat eksikliği bölümünde olduğu gibidir. 3.bölüm olan DEHB ile ilgili özellikler/sorunlar bölümü ise ilk iki bölümden farklı olarak klinik deneyim ve gözlemlere dayandırılmış 30 maddeyi içermektedir. Bu bölümden alınan 0-12,99 arası puan düşük, 13-35 arası puan orta, 36-75 arası puan ise yüksek düzeyde sorun teşkil edilen özellik olarak kabul edilmektedir.

3.3.5. Yale-Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği (YBOKÖ)

Obsesif-kompulsif belirtilerin türü ve şiddetini ölçmek amacıyla Goodman ve arkadaşları (1989) tarafından geliştirilmiştir (139). Görüşmeci tarafından uygulanır. Toplam 19 maddeden oluşmaktadır fakat toplam puanın saptanması için yalnızca ilk 10 madde (madde 1b ve 6b dışında) kullanılır. Her sorunun puanı 0-4 arasında

değişmektedir. Ayrıca ölçeğin yanında belirti dağılımını araştırmaya yönelik Y-BOKÖ Belirti Kontrol Listesi bulunmaktadır. 11. madde ile hastaların içgörüsü değerlendirilebilmektedir. Türkçeye uyarlanması ve geçerlik-güvenilirlik çalışmaları Karamustafalıoğlu ve arkadaşları (1993) tarafından yapılmıştır (140).

3.3.6. Obsesif İnanışlar Ölçeği-44 (OİÖ-44)

Obsesif kompulsif bilişler çalışma grubu, OKB belirtilerinin gelişimi ve sürmesine katkıda bulunabilecek altı inanç alanı ileri sürmüştür. Bunlar; ‘aşırı sorumluluk’, ‘düşüncelere aşırı önem verme’, ‘düşüncelerin kontrolü ve kontrolün önemi’, ‘tehdidin abartılı tahmini’, ‘belirsizliğe tahammülsüzlük’ ve ‘mükemmeliyetçilik’tir (19). Aynı grup bu alanları değerlendirmek için Obsesif İnançlar Ölçeği (OİÖ) geliştirmiştir. Ölçeğin uzun olması ve maddeler arasında birçok alanda örtüşme nedeniyle ölçek faktör analizi ile yeniden değerlendirilmiş, geçerlik ve güvenirliği orijinal ölçekle benzer olan üç alt ölçekli OİÖ-44 ölçeği oluşturulmuştur. OİÖ-44 7’li likert olarak puanlanan, 44 maddeden oluşan öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin yapısının faktör analizi ile değerlendirilmesi sonucunda oluşan ‘abartılmış sorumluluk/abartılmış tehdit algısı’, ‘mükemmeliyetçilik/belirsizliğe tahammülsüzlük’ ve ‘düşüncelere önem verme/düşünceleri kontrol etme’ alt ölçekleri için iyi bir iç tutarlılık bildirmiştir (141). Ölçekten elde edilen yüksek puan, obsesif inançların yoğunluğunu gösterir. OİÖ-44, Boysan ve ark. (2010) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır (127).

3.3.7. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF TR):

WHOQOL-BREF-TR, çeşitli ülkelerden, başlangıçta 15 merkezin katkısıyla Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yaşam kalitesinin öznel olarak değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş bir değerlendirme aracıdır (142). Yirmi altı soru ve 4 alanı kapsamaktadır. Bu 4 alan bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alanlardır. Kişinin hastalığın yarattığı somut ve fiziksel bulguları nasıl algıladığını ve yaşadığını, hastalık ile fiziksel aktivite, sosyal ilişkiler ve çevrenin nasıl bir ilişki içinde olduğunu ölçmektedir. Yanıtlar hastanın yaşadıklarının şiddetini, yaşadıklarına ilişkin yorumunu içermektedir. Bedensel alanda gündelik işleri yürütebilme, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, canlılık ve bitkinlik, hareketlilik, ağrı ve

rahatsızlık, uyku ve dinlenme, çalışabilme gücü ile ilgili sorular yer almaktadır. Ruhsal alan, olumlu ve olumsuz duygular, benlik saygısı, beden imgesi ve dış görünüş, kişisel inançlar ve dikkat; sosyal alanı ise diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek ve cinsel yaşam ile ilgili sorulardan oluşmaktadır. Ölçeğin çevre boyutunda ev ortamı, fiziksel güvenlik ve emniyet, maddi kaynaklar, sağlık hizmeti alabilme, boş zamanları değerlendirme, çevre ve ulaşım ile ilgili sorular bulunmaktadır. Alan puanları 4-20 arasında ve 0-100 arasında ayrı ayrı hesaplanabilmektedir (143). Ölçeğe ait bir toplam puan hesaplanmamaktadır. Bu çalışmada 4-20 arası puanlar kullanılmıştır. Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği Eser ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (143,144).

3.3.8. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ):

Hastalarda depresif belirtilerin şiddetini ölçmek üzere Hamilton (1960) tarafından geliştirilmiş ve Williams (1978) tarafından yapılandırılmış hale dönüştürülmüştür. Bu çalışmada 17 maddelik formu kullanılmıştır. Her sorunun puanı 0-4 arasında değişmekte ve görüşmeci tarafından uygulanmaktadır. Türkçeye geçerlik-güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları (1996) tarafından yapılmıştır (145).

3.3.9. Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ):

Anksiyete belirtilerinin dağılımını ve şiddetini ölçmeye yarayan, toplam 14 sorudan oluşan, beşli likert tipi ölçüm sağlayan ve araştırmacı tarafından uygulanan yapılandırılmış bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Yazıcı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (146).

3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

İstatistik analizler IBM SPSS versiyon 21.0 (IBM Corp. Released 2012. Armonk, NY, USA) paket programı ile yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma, frekans, yüzde olarak verildi. Kesikli değişkenlere ait karşılaştırmada Pearson ki-kare ve Fisher'in kesin testi kullanıldı. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirildi. Sürekli değişkenlere ait gruplar arası karşılaştırmalar tek yönlü varyans analizi, Kruskal

Wallis testi, Mann Whitney U testi ve post-hoc Tukey ve Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi ile yapıldı. Gruplar arasındaki yaşam kalitesi ve obsesif inanç puanları karşılaştırmalarında anksiyete ve depresyon puanının karıştırıcı etkisini kontrol etmek amacı ile kovaryans analizi (ANCOVA) uygulandı. Değişkenler arasındaki doğrusal ilişki Pearson veya Spearman korelasyon testi ile değerlendirildi. Yaşam kalitesi ölçek puanlarını istatistiksel olarak anlamlı yordayan bağımsız değişkenleri belirlemek için öncelikle basit doğrusal regresyon analizi kullanıldı. Basit doğrusal regresyon analizinde hesaplanan p değeri $<0,25$ bulunan değişkenler çoklu modele alındı. Çoklu doğrusal regresyon analizinde enter modeli kullanıldı. İstatistiksel önemlilik için $p<0,05$ değeri kabul edildi.

4. BULGULAR

Tablo 1:Çalışma Gruplarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (n=174)

		DEHB (n=67)	Anksiyete (n=56)	Kontrol (n=51)	p
Yaş (Ortalama ± SS)		19.84 ± 2.71 ^a	22.79 ± 2.76 ^b	21.39 ± 3.22 ^c	<0.001*
Eğitim Yılı (Ortalama ± SS)		12.82 ± 1.76 ^a	13.20 ± 2.83	13.90 ± 1.76 ^b	0.028*
		Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	
Cinsiyet	Kadın	30(44.8)	29(51.8)	28(54.9)	0.524**
	Erkek	37(55.2)	27(48.2)	23(45.1)	
Medeni Durum	Evli	1 (1.5)	7 (12.5)	7 (13.7)	0.054**
	Bekar	66 (98.5)	48 (85.7)	44 (86.3)	
	Boşanmış	0 (0)	1 (1.8)	0 (0)	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	14 (20.9) ^a	25 (44.6) ^b	17 (33.3) ^a	<0.001**
	İşsiz	5 (7.5)	15 (26.8)	2 (3.9)	
	Öğrenci	48 (71.6)	16(28.6)	32 (62.7)	
Sigara Kullanımı ya da Denemiş Olma	Var	36(53.7)	22(39.3)	26(51.0)	0.252**
	Yok	31(46.3)	34(60.7)	25(49.0)	
Alkol Kullanımı ya da Denemiş Olma	Var	32(47.8) ^a	14(25.0) ^b	20(39.2)	0.034**
	Yok	35(52.2)	42(75.0)	31(60.8)	
Madde Kullanımı ya da Denemiş Olma	Var	11(16.4)	6(10.7)	2(3.9)	0.098**
	Yok	56(83.6)	50(89.3)	49(96.1)	
Sınıfta Kalma Öyküsü	Var	22(32.8)	10(17.9)	10(19.6)	0.103**
	Yok	45(67.2)	46(82.1)	41(80.4)	
Selfmutilasyon	Var	13 (19.4) ^a	5 (8.9)	0 (0) ^b	0.003**
	Yok	54 (80.6)	51 (91.1)	51 (100)	
İntihar Girişimi	Var	5(7.5)	2(3.6)	0(0)	0.121**
	Yok	62(92.5)	54(96.4)	51(100)	
Destek Görme	Var	44(65.7) ^a	35(62.5) ^a	47(92.1) ^b	0.001**
	Yok	23(34.3)	21(37.5)	4(7.8)	
Travmatik Yaşantı	Var	22(32.8) ^a	12(21.4) ^a	2(3.9) ^b	0.001**
	Yok	45(67.2)	44(78.6)	49(96.1)	
Adli Öykü	Var	8 (11.9)	2(3.6)	3(5.9)	0.187**
	Yok	59 (88.1)	54(96.4)	48(94.1)	

*Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) **Ki-kare testi SS= Standart Sapma

Not: Tüm satırlarda aynı harfi paylaşmayan değerler birbirinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklıdır.

Çalışma örneklemini 67 DEHB tanılı olgu, 56 anksiyete bozukluğu tanılı olgu, 51 psikiyatrik hastalığı olmayan sağlıklı gönüllüden oluşmaktadır. DEHB tanılı olguların yaş ortalaması 19.84 ± 2.71 yıl, Anksiyete Bozukluğu tanılı olguların 22.79 ± 2.76 yıl, kontrol grubunun ise 21.39 ± 3.22 yıl olarak belirlenmiştir. Yaş ortalamaları açısından her üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttur ($p < 0.01$). Eğitim yılı ortalaması DEHB grubu için 12.82 ± 1.76 yıl, anksiyete grubu için 13.20 ± 2.83 yıl, kontrol grubu için 13.90 ± 1.76 yıl olarak saptanmıştır. DEHB grubunun eğitim yılı ortalaması, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p < 0.05$). Cinsiyet açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$). Çalışma durumu açısından anksiyete grubu ile DEHB grubu, anksiyete grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttur ($p < 0.05$). Sigara kullanımı ya da denemiş olma, madde kullanımı ya da denemiş olma açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken ($p > 0.05$), alkol kullanımı ya da denemiş olma açısından DEHB grubu ve anksiyete grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttur ($p < 0.05$). Self mutilasyon oranları DEHB grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır ($p < 0.05$). Destek görme ve travmatik yaşantı varlığı açısından her iki klinik grup kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p < 0.05$). Sınıfta kalma, adli öykü, intihar girişimi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 1).

Tablo 2:Çalışma Gruplarındaki Olguların Ve Birinci Derece Yakınlarının Psikiyatrik Hastalık Varlığı Açısından Karşılaştırılması (N=174)

		DEHB (n=67)	Anksiyete (n=56)	Kontrol (n=51)	p*
		Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	
Ek Psikiyatrik Hastalık	Var	31(46.3) ^a	15(26.8) ^a	0(0) ^b	<0.001
	Yok	36(53.7)	41(73.2)	51(%100)	
Birden Fazla Ek Psikiyatrik Hastalık	Var	17(25.4) ^a	1(1.8) ^b	0(0) ^b	<0.001
	Yok	50(74.6)	55(98.2)	51(100)	
Yaşamboyu Psikiyatrik Hastalık	Var	47(70.1) ^a	28(50.0) ^a	5(9.8) ^b	<0.001
	Yok	20(29.9)	28(50.0)	46(90.2)	
Annede Psikiyatrik Hastalık	Var	26 (38.8) ^a	13 (23.2)	5 (9.8) ^b	0.001
	Yok	41 (61.2)	43 (76.8)	46 (90.2)	
Babada Psikiyatrik Hastalık	Var	19(28.4)	16 (28.6)	7(13.7)	0.118
	Yok	48 (71.6)	40 (71.4)	44(86.3)	
Kardeşte Psikiyatrik Hastalık	Var-Diğer	15 (22.4) ^a	16 (28.6) ^a	2(3.9) ^b	<0.001
	Var-DEHB	17 (25.4)	3 (5.4)	3(5.9)	
	Yok	30 (44.8)	33 (58.9)	44(86.3)	

*Ki-kare testi

Not: Tüm satırlarda aynı harfi paylaşmayan değerler birbirinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklıdır.

Çalışmaya katılan DEHB grubu olguların % 46.3'ünün, anksiyete grubu olguların %26.8'inin ek psikiyatrik hastalığı mevcuttur. Ek psikiyatrik hastalık açısından DEHB ve anksiyete grubunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$). DEHB grubunun %25.4'ünde birden fazla ek psikiyatrik hastalık mevcutken, anksiyete grubunun %1.8'inde birden fazla ek psikiyatrik hastalık mevcuttur. DEHB grubunda, birden fazla ek psikiyatrik hastalık varlığı anksiyete grubundan istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Yaşam boyu psikiyatrik hastalık varlığı ise DEHB grubunda % 70.1 saptanırken, anksiyete grubunda %50, kontrol grubunda % 9.8 saptanmıştır. DEHB ve anksiyete grubu arasında yaşam boyu psikiyatrik hastalık varlığı açısından anlamlı farklılık saptanmazken ($p > 0.05$), bu açıdan her iki klinik grup kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p < 0.05$). DEHB grubundaki olguların annelerinde psikiyatrik hastalık varlığı %38.8, anksiyete grubundaki olguların

annelerinde %23.2, kontrol grubundaki kişilerin annelerinde %9.8 bulunmuştur. DEHB grubundaki olguların annelerindeki psikiyatrik hastalık oranı, kontrol grubundaki kişilerin annelerindeki psikiyatrik hastalık oranından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). DEHB grubundaki olguların babalarında psikiyatrik hastalık varlığı %28.4, anksiyete grubundaki olguların babalarında %28.6, kontrol grubundaki kişilerin babalarında %13.7 bulunmuştur. Bu açıdan gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). DEHB grubundaki olguların kardeşlerinde DEHB varlığı %25.4, başka bir psikiyatrik hastalık varlığı %22.4, anksiyete grubundaki olguların kardeşlerinde DEHB varlığı %5.4, başka bir psikiyatrik hastalık varlığı %28.6 saptanırken; kontrol grubundaki kişilerin kardeşlerinde DEHB varlığı %5.9, başka bir psikiyatrik hastalık varlığı %3.9 saptanmıştır. DEHB ve anksiyete grubundaki olguların kardeşlerindeki psikiyatrik hastalık oranı, kontrol grubundaki kişilerin kardeşlerindeki psikiyatrik hastalık oranından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 2).

Tablo 3: DEHB Grubu Ve Anksiyete Grubunun Komorbid Durumlar Açısından Dağılımı

	DEHB Sayı(%)	Anksiyete Sayı(%)
Depresif Bozukluk	4(6.0)	2(3.6)
Anksiyete Bozukluğu	5(7.5)	9(16.2)
Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)	4(6.0)	1(1.8)
Depresif Bozukluk+ Anksiyete Bozukluğu	6(9.0)	0(0)
Depresif Bozukluk + OKB	5(7.5)	1(1.8)
Anksiyete Bozukluğu + OKB	6(9.0)	0(0)
Dürtü Kontrol Bozukluğu	1(1.5)	2(3.6)

DEHB grubundaki olguların ek psikiyatrik hastalık açısından dağılımına bakıldığında; sadece depresif bozukluk bulunma oranı %6, sadece anksiyete bozukluğu bulunma oranı %7.5, sadece OKB bulunma oranı %6, depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu bulunma oranı %9, depresif bozukluk ve OKB bulunma oranı %7.5, anksiyete bozukluğu ve OKB bulunma oranı %9, dürtü kontrol

bozukluğu bulunma oranı %1.5 saptanmıştır. Anksiyete grubundaki olguların ek psikiyatrik hastalık açısından dağılımına bakıldığında ise; sadece depresif bozukluk bulunma oranı % 3.6, başka bir anksiyete bozukluğu eşlik etme oranı % 16.2, OKB bulunma oranı % 1.8, depresif bozukluk ve OKB bulunma oranı % 1.8, dürtü kontrol bozukluğu bulunma oranı % 3.6 saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 4:DEHB Grubu Olguların Tanı Konma Yaşı Ortalamaları Ve WUDÖ Toplam Puan Ortalamaları

DEHB tanı yaşı (Ortalama±SS)	15.46 ± 3.83
DEHB WUDÖ Toplam (Ortalama±SS)	45.49 ± 12.06

SS= Standart Sapma

DEHB grubundaki olguların DEHB tanısı alma yaşı ortalaması 15.46 ± 3.83 yıl, WUDÖ toplam puan ortalaması 45.49 ± 12.06 saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 5:DEHB Tanılı Olguların İlaç Kullanımı Özellikleri

	Sayı (%)
Metilfenidat Kullanımı	54 (80.6)
Atomoksetin Kullanımı	6 (8.9)
Yeterli dozda düzenli ilaç kullanımı	16 (23.9)
Yetersiz dozda düzenli ilaç kullanımı	18 (26.8)
Düzenli ilaç kullanımı yok	33 (49.3)

DEHB grubundaki olguların % 80.6'sı metilfenidat kullanırken, % 8.9'u atomoksetin kullanmaktadır. Yeterli doz ilacı düzenli kullanan olguların oranı % 23.9, yetersiz doz ilacı düzenli kullanan olguların oranı % 26.8, düzenli ilaç

kullanımı olmayan olguların oranı % 38.8, yeni tanı ya da ilaç kullanımı olmayan olguların oranı %10.5 olarak saptanmıştır. Düzenli ilaç kullanımı olmayan olgular ve yeni tanı ya da ilaç kullanımı olmayan olgular ‘düzenli ilaç kullanımı yok’ şeklinde tabloda birleştirilmiştir (Tablo 5).

Tablo 6: DEHB’nin Baskın Görünüm Özelliklerine Göre Dağılımı

N:67	Sayı (%)
Dikkat Eksikliği Baskın Tip	16(23.9)
Hiperaktivite Baskın Tip	5(7.5)
Bileşik Baskın tip	33(49.3)
Tam Olmayan Yatışma Gösteren	7(10.4)
Düzenli İlaç Kullanımı ile Belirtileri Yatışan	6(9)

DEHB grubundaki olguların dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm oranı % 23.9, aşırı hareketliliğin/ dürtüselliliğin baskın olduğu görünüm oranı % 7.5, bileşik baskın görünüm oranı %49.3, tam olmayan yatışma gösteren olguların oranı %10.4, yeterli doz düzenli ilaç kullanımı ile tam yatışma gösteren olguların oranı ise % 9 olarak saptanmıştır (Tablo 6).

Tablo 7:DEHB’li Olguların Tanı Alma Yaşının Gruplandırılarak, WUDÖ Toplam Kesme Puanlarına Göre Karşılaştırılması

DEHB (n=67)	12 yaş ve altı tanı alma Sayı (%)	13 yaş ve üstü tanı alma Sayı (%)	p*
WUDÖ Toplam Puanı 35 ve altı	1 (1.5)	11 (16.4)	0.267
WUDÖ Toplam Puanı 36 ve üstü	15 (22.4)	40 (59.7)	

* Fisher’in kesin testi WUDÖ=Wender Utah Derecelendirme Ölçeği

DEHB grubundaki olguların % 23.9’u 12 yaş ve öncesinde tanı almışken, % 76.1’i 13 yaş ve sonrasında tanı almıştır. Olguların %17.9’unun WUDÖ total puanı 35 ve altında iken, %82.1’inin WUDÖ total puanı 36 ve üstü saptanmıştır. WUDÖ

total puanı kesme noktası olan 36 puana göre iki gruba ayrıldığında, 12 yaş ve öncesinde tanı alanlar ile 13 yaş ve sonrasında tanı alanlar arasında WUDÖ total puanlarının kesme noktasına göre dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 7).

Tablo 8:Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Olguların Tanı Alma Yaşının Gruplandırılarak, Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması

	12 Yaş ve Altı Tanı Alanlar (n=16)	13 Yaş ve Üstü Tanı Alanlar (n=51)	p*
	Ortalama(SS)	Ortalama(SS)	
HAM-D	4.18(4.19)	7.74(6.15)	0.031
HAM-A psişik	3.31(2.82)	6.35(3.29)	0.002
HAM-A somatik	5.62(4.48)	8.25(5.59)	0.109
HAM-A Total	8.93(6.79)	14.60(8.54)	0.017

*Mann Whitney U testi SS= Standart Sapma HAM-D=Hamilton Depresyon Ölçeği
HAM-A=Hamilton Anksiyete Ölçeği

DEHB grubundaki olgular DEHB tanı alma yaşına göre; 12 yaş ve altı tanı alanlar, 13 yaş ve üstü tanı alanlar olarak iki gruba ayrılarak Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D) ve Hamilton Anksiyete Ölçek (HAM-A) puanları açısından karşılaştırılmıştır. HAM-D, HAM-A-total puanları ($p<0.05$), HAM-A psişik puanları ($p<0.01$) 13 yaş ve üzeri DEHB tanısı alan grupta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (Tablo 8).

Tablo 9: İlaç Kullanım Özelliklerine Göre Gruplandırılan DEHB Olgularının Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

		İlaç Düzenli Kullanımı Yeterli Doz (n:16)	İlaç Düzenli Kullanımı Yetersiz Doz (n:18)	İlaç Düzenli Kullanımı Yok (n:33)	P*
		Ortalama(SS)	Ortalama(SS)	Ortalama(SS)	
Dikkat Eksikliği Ölçeği	DE	9.00(4.06) ^a	15.88(4.28) ^b	17.72(4.11) ^b	<0.001
	AHD	8.87(6.25) ^a	12.55(5.27)	14.57(6.08) ^b	0.014
	DEHB-Öz	28.93(13.52) ^a	41.27(12.08) ^b	47.36(9.73) ^b	<0.001
Obsesif İnanış Ölçeği	OİÖ-S/T	57.68(14.47)	62.77(15.34)	59.21(15.93)	0.597
	OİÖ-M/K	62.93(14.13)	73.16(20.22)	68.87(16.67)	0.186
	OİÖ-K/Ö	32.12(8.28)	37.22(10.80)	32.54(10.49)	0.246
	OİÖ-Total	152.75(28.87)	173.16(40.26)	160.57(36.10)	0.161
Yaşam Kalitesi Ölçeği	YK-B	26.56(4.01)	23.17(4.31)	25.30(4.73)	0.093
	YK-R	22.19(3.39) ^a	18.56(3.50) ^b	19.30(3.70) ^b	0.020
	YK-S	10.63(2.30)	9.39(2.85)	10.58(1.73)	0.224
	YK-Ç	34.50(5.61)	32.83(4.85)	32.24(4.57)	0.327
	YK-Total	101.18(13.08)	90.05(13.73)	93.87(12.39)	0.088
Hamilton Depresyon Ölçeği	HAM-D	3.50(4.87) ^a	9.33(5.89) ^b	7.21(5.78) ^b	0,004
	HAM-APsişik	3.25(3.13) ^a	7.66(3.10) ^b	5.66(3.05) ^c	0,001
Hamilton Anksiyete Ölçeği	HAM-ASomatik	4.06(4.76) ^a	10.55(5.55) ^b	7.75(4.76) ^b	0,002
	HAM-ATotal	7.31(7.44) ^a	18.22(8.25) ^b	13.42(7.36) ^c	< 0,001

*Kruskal Wallis testi SS= Standart Sapma DE= Dikkat Eksikliği, AHD=Aşırı Hareketlilik Dürtüsellik, DEHB-Öz=DEHB ile ilişkili özellikler, OİÖ-S/T= Sorumluluk/Tehlike Beklentisi, OİÖ-M/K = Mükemmeliyetçilik / Kesinlik, OİÖ-K/Ö=Düşünceleri kontrol etme/düşüncelere önem verme, YK-B= Bedensel alan, YK-R=Ruhsal alan, YK-S=Sosyal alan YK-Ç=çevresel alan
Not: Tüm satırlarda aynı harfi paylaşmayan ortalamalar birbirinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklıdır.

DEHB grubundaki olgular ilaç kullanım özelliklerine göre ‘yeterli dozda düzenli ilaç kullananlar’, ‘yetersiz dozda düzenli ilaç kullananlar’ ve ‘düzenli ilaç kullanımı yok’ şeklinde 3 gruba ayrılarak erişkin dikkat eksikliği ölçeğinin alt ölçekleri, obsesif inanışlar ölçeğinin (OIÖ) alt ölçekleri, yaşam kalitesi (YK) ölçeğinin alt ölçekleri, Hamilton depresyon (HAM-D) ölçeği, Hamilton anksiyete (HAM-A) ölçeğinin alt ölçekleri açısından karşılaştırılmıştır. Yeterli dozda düzenli ilaç kullanan gruptaki hastaların dikkat eksikliği (DE) alt ölçek puanları, diğer iki gruptan anlamlı ($p<0.01$) olarak düşük saptanmıştır. Aşırı hareketlilik dürtüsellik (AHD) puanları ise yeterli dozda düzenli ilaç kullanımı olan grupta, düzenli ilaç kullanımı olmayan gruptan istatistiksel olarak anlamlı düşük saptanmıştır ($p<0.05$). Yetersiz doz düzenli ilaç kullanan grup ise AHD puanları açısından diğer iki gruptan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı saptanmamıştır ($p>0.05$). Obsesif inanç ölçeğinin alt ölçek ve total puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Yaşam kalitesinin ruhsal alan (YK-R) puanları yeterli dozda düzenli ilaç kullanımı olan grupta diğer iki gruba göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanırken ($p<0.05$), yaşam kalitesinin diğer alan puanları ve total puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). HAM-D puanları açısından bakıldığında; yeterli dozda düzenli ilaç kullanımı olan grubun ölçek puanı, diğer iki gruptan istatistiksel olarak anlamlı olarak düşük saptanmıştır ($p<0.01$). Yeterli dozda düzenli ilaç kullanımı olan grubun HAM-A psişik ve total puanları üç grupta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($p<0.01$). En düşük puanlar yeterli dozda düzenli ilaç kullanan gruptayken, en yüksek ölçek puanları yetersiz doz düzensiz ilaç kullanımında mevcuttur. HAM-A somatik puan ise yeterli doz ilaç kullanımı olan grupta, diğer iki gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 9).

Tablo 10: DEHB'nin Baskın Görünüm Özelliklerine Göre Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

		DEHB-DB (n:16)	DEHB-Diğer (n:38)	DEHB Remisyon (n:13)	p*
		Ortalama(SS)	Ortalama(SS)	Ortalama(SS)	
Wender Utah Ölçeği	İrritabilite	10.50(4.45)	14.00(5.90)	11.38(6.32)	0.059
	Depresyon	7.43(4.45)	7.89(4.37)	7.15(3.84)	0.880
	Okul sorunu	3.81(3.20)	3.89(3.17)	5.15(2.93)	0.347
	Davranış prb.	8.00(3.28)	8.89(4.21)	7.07(4.31)	0.434
	Dikkatsizlik	12.25(2.35)	12.34(2.74)	14.53(3.01)	0.058
	WUDÖ-Total	42.00(11.20)	47.02(12.56)	45.30(11.49)	0.366
Obsesif İnanış Ölçeği	OİÖ-S/T	60.93(19.29)	60.97(13.68)	55.00(14.79)	0.445
	OİÖ-M/K	68.50(17.68)	68.63(16.42)	68.69(20.56)	0.852
	OİÖ-K/Ö	33.00(11.93)	34.42(10.73)	32.46(5.75)	0.893
	OİÖ-Total	162.43(41.08)	163.97(34.67)	156.15(35.43)	0.747
Yaşam Kalitesi Ölçeği	YK-B	24.50(4.83)	24.58(4.62)	27.00(3.80)	0.260
	YK-R	19.06(4.71)	19.47(3.51)	21.62(2.90)	0.149
	YK-S	10.25(2.26)	9.92(2.31)	11.31(1.79)	0.181
	YK-Ç	33.13(5.16)	32.42(4.37)	34.23(6.16)	0.514
	YK-Total	93.43(15.34)	92.92(12.49)	100.92(12.29)	0.210
Hamilton Depresyon Ölçeği	HAM-D	6.87(4.93)	8.23(6.46) ^a	3.00(3.34) ^b	0.016
Hamilton Anksiyete Ölçeği	HAM-A Psişik	6.00(2.80)	6.26(3.63) ^a	3.30(2.59) ^b	0.021
	HAM-A Somatik	7.68(4.37)	9.07(5.65) ^a	3.30(3.61) ^b	0.003
	HAM-A Total	13.68(6.81)	15.34(8.87) ^a	6.61(5.63) ^b	0.006

*Kruskal Wallis testi SS= Standart Sapma DEHB-DB:Dikkat Eksikliği Baskın Görünüm
DE= Dikkat Eksikliği, AHD=Aşırı Hareketlilik Dürtüsellik, DEHB-Öz=DEHB ile ilişkili özellikler,
OİÖ-S/T= Sorumluluk/Tehlike Beklentisi, OİÖ-M/K = Mükemmeliyetçilik / Kesinlik,
OİÖ-K/Ö= Düşünceleri kontrol etme/düşüncelere önem verme, YK-B= Bedensel alan, YK-R=Ruhsal alan,
YK-S=Sosyal alan YK-Ç=çevresel alan

Not: Tüm satırlarda aynı harfi paylaşmayan ortalamalar birbirinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklıdır.

DEHB grubundaki olgular baskın olduğu görünüme göre 3 gruba ayrılmışlardır. Aşırı hareketlilik ve dürtüselliğin baskın olduğu görünümdeki 5 hasta bileşik baskın görünümde olan 33 hastanın olduğu gruba dahil edilmiş ve DEHB-Diğer grubu oluşturulmuştur. Tam olmayan yatışma gösteren 7 hasta ve yeterli doz düzenli ilaç kullanırken semptomları yatışan 6 hasta ise DEHB-remisyon grubunda toplanmıştır. Üç grup Wender Utah derecelendirme ölçeğinin (WUDÖ) alt ölçek ve total puanları, obsesif inanışlar alt ölçek ve total puanları, yaşam kalitesi alt ölçek ve total puanları, Hamilton depresyon ölçeği, Hamilton anksiyete alt ölçek ve total puanları açısından karşılaştırılmıştır. Gruplar arasında WUDÖ alt ölçekleri ve total puanı, obsesif inanışlar alt ölçek ve total puanı, yaşam kalitesi alt ölçek ve total puanı, açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). HAM-D, HAM-A psikiş, HAM-A somatik, HAM-A total puanları açısından DEHB-Diğer grubu, DEHB-remisyon grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 10).

Tablo 11: DEHB’li Olguların Komorbidite Varlığına Göre Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

DEHB n=67	Komorbidite + (n=31)	Komorbidite – (n=36)	p
WUDÖ-İrritabilite	12.83(6.69)	12.50(5.05)	0.81**
WUDÖ-Depresyon	8.12(4.02)	7.22(4.44)	0.38**
WUDÖ-Okul	4.32(3.12)	3.94(3.17)	0.62**
WUDÖ-Davranış	8.64(4.08)	8.05(4.03)	0.55**
WUDÖ-Dikkat	12.77(2.91)	12.72(2.76)	0.94**
WUDÖ-Total	46.70(13.93)	44.44(10.27)	0.44**
DE	17.83(3.69)	12.83(5.62)	<0.001*
AHD	14.19(5.89)	11.36(6.37)	0.006*
DEHB-Öz	47.48(9.49)	36.02(14.16)	<0.001*
OİÖ-S/T	62.29(15.95)	57.66(14.65)	0.22*
OİÖ-M/K	71.03(17.74)	66.52(16.87)	0.29*
OİÖ-K/Ö	36.32(10.32)	31.44(9.63)	0.06*
OİÖ-Total	169.64(37.77)	155.58(33.53)	0.11*
YK-B	22.74(3.86)	27.00(4.23)	<0.001*
YK-R	18.48(3.61)	20.92(3.61)	0.008*
YK-S	9.97(2.53)	10.53(1.96)	0.31*
YK-Ç	32.16(4.72)	33.61(5.05)	0.23*
YK-Total	89.35(12.38)	99.11(12.62)	0.002*
HAM-D	10.48(6.01)	3.80(3.71)	<0.001**
HAM-A psöik	7.90(2.58)	3.66(2.80)	<0.001**
HAM-A somatik	11.87(3.94)	3.97(3.56)	<0.001**
HAM-A total	19.77(6.17)	7.63(5.70)	<0.001**

*Bağımsız gruplarda t testi **Mann Whitney U testi WUDÖ=Wender Utah Derecelendirme Ölçeği DE= Dikkat Eksikliği, AHD=Aşırı Hareketlilik Dürtüsellik, DEHB-Öz=DEHB ile ilişkili özellikler, OİÖ-S/T= Sorumluluk/Tehlike Beklentisi, OİÖ-M/K = Mükemmelliyetçilik / Kesinlik, OİÖ-K/Ö=Düşünceleri kontrol etme/düşüncelere önem verme, YK-B= Bedensel alan, YK-R=Ruhsal alan, YK-S=Sosyal alan YK-Ç=çevresel alan

DEHB grubundaki olgular komorbidite varlığına göre iki gruba ayrılarak, WUDÖ alt ölçek ve total puanları, obsesif inançlar alt ölçek ve total puanları, erişkin dikkat eksikliği alt ölçek ve total puanları, yaşam kalitesi alt ölçek ve total puanları, HAM-D, HAM-A alt ölçeği ve total puanları açısından karşılaştırılmıştır. Komorbiditesi olan ve olmayan grup arasında WUDÖ alt ölçek ve total puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. ($p>0.05$) Erişkin dikkat eksikliği alt ölçek ve total puanları ise her iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir. ($p<0.01$) Obsesif inançlar alt ölçek ve total puanları açısından her iki grupta istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. ($p>0.05$) Gruplar arasında yaşam kalitesi ölçeğinin YK-B, YK-R, YK-Total puanları istatistiksel olarak anlamlı farklı saptanmıştır. ($p<0.01$) HAM-D, HAM-A psikik, somatik, total puanları açısından iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklı saptanmıştır. ($p<0.01$)

Tablo 12: Üç Çalışma Grubunun Obsesif İnançlar Açısından Karşılaştırılması

		DEHB (n:41)	Anksiyete (n:54)	Kontrol (n:51)	P*
<i>Ortak değişken (Covariate)Yok</i>		Ortalama (SS)	Ortalama (SS)	Ortalama (SS)	
Obsesif İnanışlar Ölçeği	OİÖ-S/T	57.85(14.92) ^a	59.18(18.64) ^a	47.72(12.89) ^b	0.001
	OİÖ-M/K	67.09(16.60) ^a	69.55(19.18) ^a	54.35(16.8) ^b	<0.001
	OİÖ-K/Ö	32.00(9.78)	35.96(14.47) ^a	28.21(9.11) ^b	0.003
	OİÖ-Total	156.90(33.57) ^a	164.70(44.07) ^a	130.29(31.19) ^b	<0.001
<i>HAM-D HAM-A Covariate</i>		Ortalama(SH)	Ortalama(SH)	Ortalama(SH)	p**
	OİÖ-S/T	59.33(2.72)	59.00(2.64)	51.33(3.97)	0.219
	OİÖ-M/K	68.61(2.97) ^a	68.61(2.89)	55.90(4.35) ^b	0.040
	OİÖ-K/Ö	33.70(2.02)	34.84(1.96)	32.94(2.96)	0.884
	OİÖ-Total	161.59(6.32)	162.46(6.14)	140.16(9.23)	0.124

* Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) **Kovaryans Analizi SS= Standart Sapma SH= Standart Hata OİÖ-S/T= Sorumluluk/Tehlike Beklentisi, OİÖ-M/K = Mükemmelliyetçilik / Kesinlik, OİÖ-K/Ö =Düşünceleri kontrol etme/düşüncelere önem verme

Not: Tüm satırlarda aynı harfi paylaşmayan ortalamalar birbirinden anlamlı düzeyde farklıdır.

DEHB grubu, anksiyete grubu ve kontrol grubu obsesif inançlar açısından karşılaştırılmıştır. Üç grup arasındaki bu karşılaştırma yapılırken tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Öncelikle DEHB grubunda OKB ve diğer anksiyete bozukluklarının görüldüğü olgularla, anksiyete grubunda OKB'nin görüldüğü olgular dışlanmıştır. DEHB grubunda 41 hasta kalırken, anksiyete grubunda 54 hasta kalmıştır. DEHB grubu, OİÖ-S/T, OİÖ-M/K, OİÖ- total puanları açısından kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır ($p<0.01$). Anksiyete grubu, OİÖ-S/T, OİÖ-M/K, OİÖ-K/Ö, OİÖ-Total puanları açısından kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır ($p<0.01$). DEHB grubu ile kontrol grubu arasında OİÖ-K/Ö puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Anksiyete ve DEHB grubu arasında, obsesif inanç ölçeğinin alt ölçek ve total puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Gruplar arasında obsesif inanç puanları üzerinde karıştırıcı etkisi olan depresyon ve anksiyete puanları birlikte kontrol altına alınarak kovaryans analizi (ANCOVA) uygulanmıştır. Hamilton depresyon ve hamilton anksiyete total puanları normal dağılıma uymadığı için öncelikle bu değişkenlere ait değerler için logaritmik dönüştürme yapılmıştır. Hamilton anksiyete total ve depresyon puanlarının logaritmik dönüştürülmüş hali ortak değişken (covariate) alınarak ANCOVA uygulandığında DEHB grubu ile kontrol grubu arasında OİÖ-M/K puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık devam etmiştir ($p<0.05$). Bunun dışında gruplar arasında önceden mevcut olan tüm farklılıklar anlamlılığını yitirmiştir ($p>0.05$) (Tablo 12).

Tablo 13: Üç Çalışma Grubunun Depresyon Ve Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

	DEHB n:67	Anksiyete n:56	Kontrol n:51	p*
	Ortalama(SS)	Ortalama(SS)	Ortalama(SS)	
HAM-D	6.89(5.91) ^a	7.32(4.75) ^a	1.60(2.27) ^b	<0.001
HAM-A	5.62(3.42) ^a	7.35(3.10) ^a	1.62(1.73) ^b	<0.001
Somatik				
HAM-A Psişik	7.62(5.43) ^a	9.14(4.48) ^b	1.37(1.69) ^c	<0.001
HAM-A	13.25(8.47) ^a	16.50(6.96) ^a	2.98(3.10) ^b	<0.001
Toplam				

*Kruskal Wallis testi SS=Standart Sapma

Not: Tüm satırlarda aynı harfi paylaşmayan ortalamalar birbirinden anlamlı düzeyde farklıdır

DEHB grubu, anksiyete grubu ve kontrol grubu depresyon ve anksiyete puanları açısından karşılaştırılmıştır. HAM-D ve HAM-A somatik puanı, DEHB ve anksiyete grubunda, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır ($p<0.01$). HAM-A psişik ve HAM-A total puanı açısından ise üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttur ($p<0.05$). HAM-D, HAM-A psişik, HAM-A somatik ve HAM-A total puanı kontrol grubunda en düşük düzeyde saptanırken, anksiyete grubunda en yüksek düzeyde saptanmıştır (Tablo 13).

Tablo 14: Üç Çalışma Grubunun Yaşam Kalitesi Puanlarının Karşılaştırılması

		DEHB (n=67)	Anksiyete (n=56)	Kontrol (n=51)	p*
<i>Ortak Değişken</i> (covariate) yok		Ortalama(SS)	Ortalama(SS)	Ortalama(SS)	
Yaşam Kalitesi Ölçeği	YK-B	25.03(4,56) ^a	24.79(5.28) ^a	29.61(2.63) ^b	<0.001
	YK-R	19.79((3.78) ^a	18.61(4.27) ^a	23.06(3.04) ^b	<0.001
	YK-S	10.27(2.24) ^a	9.56(2.44) ^a	11.69(2.15) ^b	<0.001
	YK-Ç	32.94(4.92) ^a	31.32(6.06) ^a	35.55(4.34) ^b	<0.001
	YK-Total	94.59(13.35) ^a	90.23(16.54) ^a	107.76(10.35) ^b	<0.001
<i>HAM-D HAM-A covariate</i>		Ortalama(SH)	Ortalama(SH)	Ortalama(SH)	p**
	YK-B	24.87(0,50)	25.13(0,57)	27.07(0,95)	0.133
	YK-R	19.66(0,44)	18.77(0,50)	21.01(0,84)	0.108
	YK-S	10.08(0,29)	9.76(0,34)	10.70(0,56)	0.424
	YK-Ç	32.67(0,65)	31.52(0,75)	32.96(1,24)	0.467
	YK-Total	93.75(1,53)	91.37(1,77)	98.52(2,94)	0.166

* Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) **Kovaryans Analizi SS= Standart Sapma SH= Standart Hata YK-B= Bedensel alan, YK-R=Ruhsal alan, YK-S=Sosyal alan YK-Ç=çevresel alan
Not: Tüm satırlarda aynı harfi paylaşmayan ortalamalar birbirinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklıdır.

DEHB grubu, anksiyete grubu ve kontrol grubu yaşam kalitesi alt ölçekleri ve total puanı açısından karşılaştırılmıştır. Üç grup arasındaki bu karşılaştırmada tek yönlü varyans analizi(ANOVA) kullanılmıştır. DEHB ve anksiyete grubunun YK-B, YK-R, YK-S, YK-Ç ve YK-Total puanları, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) düşük saptanmıştır.

Gruplar arasındaki karşılaştırmada yaşam kalitesi üzerinde karıştırıcı etkisi olan anksiyete ve depresyon puanının etkisini kontrol etmek amacı ile kovaryans analizi (ANCOVA) uygulanmıştır. Hamilton depresyon ve Hamilton anksiyete total puanları normal dağılıma uymadığı için öncelikle bu değişkenlere ait değerler için logaritmik dönüştürme yapılmıştır. Hamilton anksiyete total ve depresyon puanlarının logaritmik dönüştürülmüş hali ortak değişken (covariate) alınarak ANCOVA uygulandığında üç grup arasındaki istatistiksel olarak anlamlı farklılık kaybolmuştur ($p>0.05$) (Tablo 14).

Tablo 15: DEHB grubundaki olguların WUDÖ-total, erişkin dikkat eksikliği alt ölçeği puanlarının, obsesif inançlar alt ölçeği ve total puanlarının, yaşam kalitesi alt ölçeği ve total puanlarının ilişkisi

			1 [#]	2 ⁺	3 ⁺	4 ⁺	5 ⁺	6 ⁺	7 ⁺	8 ⁺	9 ⁺	10 ⁺	11 ⁺	12 ⁺	13 ⁺
1	WUDÖ-Total		-												
2	Erişkin DE		.05	-											
3	Dikkat AHD		.14	.36*	-										
4	Eksikliği Ölçeği														
4	DEHB-öz		.20	.71*	.58*	-									
5	OİÖ-S/T		-.03	.12	.05	.35*	-								
6	Obsesif OİÖ-M/K		.06	.01	.04	.30**	.61*	-							
7	İnanışlar OİÖ-K/Ö		-.00	.14	.01	.29**	.61*	.39*	-						
8	OİÖ-Total		.03	.09	.04	.37*	.89*	.85*	.73*	-					
9	YK-B		-.02	-.47*	-.09	-.41*	-.19	-.00	-.18	-.13	-				
10	YK-R		-.17	-.50*	-.16	-.40*	-.04	.09	-.20	-.03	.59*	-			
11	Yaşam Kalitesi YK-S		-.16	-.21	-.10	-.24**	-.04	.09	-.09	.00	.56*	.39*	-		
12	Ölçeği YK-Ç		-.07	-.29**	-.14	-.33*	-.21	-.04	-.16	-.15	.39*	.48*	.40*	-	
13	YK-Total		-.12	-.48*	-.14	-.45*	-.20	.00	-.23	-.15	.81*	.80*	.66*	.78*	-

Spearman rho korelasyon analizi; + Pearson korelasyon analizi; * $p<0.01$; ** $p<0.05$; n:67 WUDÖ:Wender Utah Derecelendirme Ölçeği, DE= Dikkat Eksikliği, AHD=Aşırı Hareketlilik Dürtüsellik, DEHB-Öz=DEHB ile ilişkili özellikler, OİÖ-S/T= Sorumluluk/Tehlike Beklentisi, OİÖ-M/K = Mükemmeliyetçilik / Kesinlik, OİÖ-K/Ö=Düşünceleri kontrol etme/düşüncelere önem verme, YK-B= Bedensel alan, YK-R=Ruhsal alan, YK-S=Sosyal alan, YK-Ç= çevresel alan

DEHB grubundaki olguların WUDÖ-total, erişkin dikkat eksikliği alt ölçeği puanlarının, obsesif inanışlar alt ölçeği ve total puanlarının, yaşam kalitesi alt ölçeği ve total puanlarının birbiri ile ilişkisi normal dağılıma uyan ölçeklerde Pearson korelasyon analizi, normal dağılıma uymayan ölçeklerde ise Spearman rho korelasyon analizi ile belirlenmiştir.

DEHB grubundaki olguların WUDÖ - total puanları ile hiçbir ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı doğrusal ilişki saptanmamıştır. Erişkin dikkat eksikliği ölçeğinin DE, HD ve DEHB-öz alt ölçek puanları kendi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). DE alt ölçek puanları ile yaşam kalitesi ölçeğinin YK-B, YK-R, YK-Total puanları ($p<0.01$), YK-Ç puanları ($p<0.05$) arasında negatif yönde, istatistiksel olarak anlamlı doğrusal ilişki mevcuttur. DEHB-öz alt ölçeği ile obsesif inanışlar ölçeğinin OİÖ-S alt ölçek, OİÖ-total puanları ($p<0.01$), OİÖ-M/K, OİÖ-K/Ö alt ölçek puanları ($p<0.05$) arasında pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı doğrusal anlamlı bir ilişki mevcuttur. DEHB-öz alt ölçek puanı ile, yaşam kalitesi ölçeğinin YK-B, YK-R, YK-Ç, YK-Total puanları ($p<0.01$) , YK-S puanları ($p<0.05$) arasında negatif yönde, istatistiksel olarak anlamlı doğrusal ilişki mevcuttur. Obsesif inanışlar ölçeğinin OİÖ-S/T OİÖ-M/K OİÖ-K/Ö alt ölçek ve OİÖ-total puanları kendi arasında pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı doğrusal ilişki göstermektedir ($p<0.01$). Yaşam kalitesi ölçeğinin YK-B, YK-R, YK-S, YK-Ç alt ölçek ve YK-Total puanları kendi arasında pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı doğrusal ilişki göstermektedir ($p<0.01$) (Tablo 15).

Tablo 16: DEHB Grubundaki Olguların Depresyon Ve Anksiyete Puanlarının Diğer Ölçek Puanları İle İlişkisi

DEHB N:67		HAM-D	HAM-A Psşik	HAM- Somatik	HAM- Total
WUDÖ-Total	r_s	.08	.03	-.01	.02
DEHB-DE	r_s	.47*	.48*	.53*	.55*
DEHB-AHD	r_s	.26**	.21	.27**	.27**
DEHB-Öz	r_s	.66*	.55*	.53*	.59*
OİÖ-S/T	r_s	.36*	.39*	.34*	.39*
OİÖ-M/K	r_s	.30**	.29**	.21	.28**
OİÖ-K/Ö	r_s	.34*	.30**	.23	.28**
OİÖ-Total	r_s	.39*	.39*	.31*	.38*
YK-B	r_s	-.55*	-.55*	-.59*	-.59*
YK-R	r_s	-.51*	-.48*	-.33*	-.42*
YK-S	r_s	-.34*	-.29**	-.25**	-.26**
YK-Ç	r_s	-.42*	-.42*	-.28**	-.35*
YK-Total	r_s	-.61*	-.59*	-.49*	-.56*

r_s spearman rho; * $p < 0.01$; ** $p < 0.05$; n:67 WUDÖ:Wender Utah Derecelendirme Ölçeği, DE= Dikkat Eksikliği, AHD=Aşırı Hareketlilik Dürtüsellik, DEHB-Öz=DEHB ile ilişkili özellikler, OİÖ-S/T= Sorumluluk/Tehlike Beklentisi, OİÖ-M/K = Mükemmeliyetçilik / Kesinlik, OİÖ-K/Ö=Düşünceleri kontrol etme/düşüncelere önem verme, YK-B= Bedensel alan, YK-R=Ruhsal alan, YK-S=Sosyal alan YK-Ç= çevresel alan

DEHB grubundaki olguların HAM-D, HAM-A psşik, HAM-somatik, HAM-total ölçek puanları ile WUDÖ-total, erişkin dikkat eksikliği alt ölçeği puanları, obsesif inançlar alt ölçeği ve total puanları, yaşam kalitesi alt ölçeği ve total puanları arasındaki doğrusal ilişki Spearman rho korelasyon analizi ile belirlenmiştir.

HAM-D puanı ile erişkin dikkat eksikliği ölçeğinin DE ve DEHB-öz alt ölçek puanları ($p < 0.01$), AHD alt ölçek puanı arasında pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı doğrusal ilişki mevcuttur ($p < 0.05$). HAM-D puanı ile obsesif inançlar ölçeğinin OİÖ-S/T alt ölçek, OİÖ-K OİÖ-total puanları ($p < 0.01$), OİÖ-M/K, alt ölçek puanı ($p < 0.05$) arasında pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı doğrusal

ilişki mevcuttur. HAM-D puanı ile yaşam kalitesi ölçeğinin YK-B, YK-R, YK-S, YK-Ç alt ölçek ve YK-Total puanları arasında negatif yönde, istatistiksel olarak anlamlı doğrusal ilişki mevcuttur ($p<0.01$).

HAM-A psişik alt ölçeği ile erişkin dikkat eksikliği ölçeğinin DE ve DEHB-öz alt ölçek puanları arasında pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı doğrusal ilişki mevcuttur ($p<0.01$). HAM-A psişik alt ölçek puanı ile obsesif inanışlar ölçeğinin OİÖ-S/T alt ölçek, OİÖ-total puanı ($p<0.01$), OİÖ-K/Ö, OİÖ-M/K alt ölçek puanları ($p<0.05$) arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı doğrusal ilişki mevcuttur. HAM-A psişik alt ölçek puanı ile yaşam kalitesi ölçeğinin YK-B, YK-R, YK-Ç alt ölçek ve YK-Total puanları ($p<0.01$), YK-S alt ölçek puanı ($p<0.05$) arasında negatif yönde, istatistiksel olarak anlamlı doğrusal ilişki mevcuttur.

HAM-A somatik alt ölçek puanı ile, erişkin dikkat eksikliği ölçeğinin DE ve DEHB-öz alt ölçek puanları ($p<0.01$), AHD alt ölçek puanı ($p<0.05$) arasında pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı doğrusal ilişki mevcuttur. HAM-A somatik alt ölçek puanı ile obsesif inançlar ölçeğinin OİÖ-S/T alt ölçek, OİÖ-total puanları ($p<0.01$) arasında pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı doğrusal ilişki mevcuttur. HAM-A somatik alt ölçek puanı ile, yaşam kalitesi ölçeğinin YK-B, YK-R alt ölçek ve YK-Total puanları ($p<0.01$), YK-S, YK-Ç alt ölçek puanları ($p<0.05$) arasında negatif yönde, istatistiksel olarak anlamlı doğrusal ilişki mevcuttur.

HAM-A toplam puanı ile erişkin dikkat eksikliği ölçeğinin DE ve DEHB-öz alt ölçek puanları ($p<0.01$), AHD alt ölçek puanı ($p<0.05$) arasında pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı doğrusal ilişki mevcuttur. HAM-A total puanı ile obsesif inançlar ölçeğinin OİÖ-S/T alt ölçek, OİÖ-total puanları ($p<0.01$), OİÖ-K/Ö, OİÖ-M/K alt ölçek puanı ($p<0.05$) arasında pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı doğrusal ilişki mevcuttur. HAM-A total puanı ile yaşam kalitesi ölçeğinin YK-B, YK-R, YK-Ç alt ölçek ve YK-Total puanları ($p<0.01$), YK-S alt ölçek puanı ($p<0.05$) arasında negatif yönde, istatistiksel olarak anlamlı doğrusal ilişki mevcuttur (Tablo 16).

Tablo 17: Yaşam Kalitesinin Bedensel Alan Puanını Yordayan Değişkenlere Ait Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Değişken	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	T değeri	P değeri
	B	Standart Hata	Beta		
Sabit	29.577	3.419		8.652	0.000
HAM-D (logaritmik dönüştürülmüş)	-3.792	1.863	-.367	-2.035	0.047
HAM-A (logaritmik dönüştürülmüş)	-2.892	2.146	-0.240	-1.348	0.183
OİÖ-S/T	-0.050	0.047	-0.167	-1.064	0.292
OİÖ-M/K	0.075	0.037	0.283	2.035	0.047
OİÖ-K/Ö	0.011	0.058	0.024	0.184	0.854
DE	-0.180	0.146	-0.213	-1.230	0.224
AHD	0.079	0.102	0.108	0.769	0.445
DEHB-Öz	-0.015	0.070	-0.043	-0.208	0.836
Travmatik deneyim	0.696	1.114	0.072	0.625	0.535
Sosyal destek	1.130	1.063	0.118	1.063	0.292
DEHB Klinik Seyir	-1.581	1.611	-0.138	-0.981	0.331

Bağımlı Değişken: yaşam beden HAM-D=Hamiton Depresyon HAM-A=Hamilton Anksiyete OİÖ-S/T= Sorumluluk/Tehlike Beklentisi, OİÖ-M/K = Mükemmelliyetçilik / Kesinlik, OİÖ-K/Ö=Düşünceleri kontrol etme/düşüncelere önem verme, DE= Dikkat Eksikliği, AHD=Aşırı Hareketlilik Dürtüsellik, DEHB-Öz=DEHB ile ilişkili özellikler

DEHB tanılı olgularda YK-B alt ölçek puanını yordayabileceği düşünülen HAM-D ve HAM-A puanları, OİÖ-S/T,OİÖ-M/K, OİÖ-K/Ö, DE, AHD, DEHB-öz alt ölçek puanları, travmatik deneyim, sosyal destek, DEHB klinik seyir ilişki büyüklüklerini tahmin edebilmek için öncelikle basit doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Basit doğrusal regresyon analizinde tüm değişkenler için bulunan p değerleri <0.25 olduğu için bu değişkenler çoklu doğrusal regresyon analizine dahil edilmiştir. Çoklu doğrusal regresyon analizinde HAM-D ve OİÖ-M/K istatistiksel olarak anlamlı yordayan değişkenler olarak bulunmuştur ($p<0.05$). HAM-D puanı ile

negatif yönde, OİÖ-M/K ile pozitif yönde, zayıf, istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar mevcuttur. HAM-D puanı arttıkça YK-B alt ölçek puanı azalma yönünde değişirken, OİÖ-M/K arttıkça YK-B artma yönünde değişmektedir. Çoklu doğrusal regresyon analizine alınan değişkenler YK-B alt ölçek puanındaki değişimin % 34.2'sini açıklamaktadır.

Tablo 18: Yaşam Kalitesinin Bedensel Alan Puanını Yordayan Obsesif İnanç Mükemmeliyetçilik/Belirsizliğe Tahammülsüzlük Puanının Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Değişken	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	T değeri	P değeri
	B	Standart Hata	Beta		
Sabit	30.595	1.269		24.106	0.000
OİÖ-M/K	-0.067	0.019	-0.260	-3.531	0.001

Bağımlı Değişken: Yaşam Beden OİÖ-M/K = Mükemmeliyetçilik / Kesinlik

DEHB tanılı olgularda YK-B alt ölçek puanına etki edebileceği düşünülen OİÖ- M/K alt ölçek puanının etki büyüklüğünü tahmin edebilmek için basit doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. OİÖ-M/K istatistiksel olarak anlamlı yordayan değişken olarak bulunmuştur ($p<0.05$). OİÖ-M/K puanı ile negatif yönde, zayıf korelasyon mevcuttur. Bu değişken YK-B alt ölçek puanındaki değişimin %6.2'sini açıklamaktadır.

Tablo 19: Yaşam Kalitesinin Ruhsal Alan Puanını Yordayan Değişkenlere Ait Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Değişken	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	T değeri	P değeri
	B	Standart Hata	Beta		
Sabit	23.168	2.873		8.065	0.000
HAM-D (logaritmik dönüştürülmüş)	-4.550	1.566	-0.531	-2.906	0.005
HAM-A (logaritmik dönüştürülmüş)	1.570	1.803	0.157	0.870	0.388
OİÖ-S/T	0.019	0.039	0.076	0.475	0.637
OİÖ-M/K	0.052	0.031	0.238	1.688	0.097
OİÖ-K/Ö	-0.066	0.049	-0.179	-1.353	0.182
DE	-0.291	0.123	-0.416	-2.367	0.021
AHD	0.001	0.086	0.002	0.015	0.988
DEHB-Öz	0.005	0.059	0.017	0.082	0.935
Travmatik deneyim	0.036	0.936	0.004	0.038	0.970
Sosyal destek	0.037	0.893	0.005	0.042	0.967
DEHB Klinik Seyir	-1.180	1.354	-0.124	-0.871	0.387

Bağımlı Değişken: yaşam ruhsal HAM-D=Hamiton Depresyon HAM-A=Hamilton Anksiyete OİÖ-S/T= Sorumluluk/Tehlike Beklentisi, OİÖ-M/K = Mükemmelliyeçilik / Kesinlik, OİÖ-K/Ö=Düşünceleri kontrol etme/düşüncelere önem verme, DE= Dikkat Eksikliği, AHD=Aşırı Hareketlilik Dürtüsellik, DEHB-Öz=DEHB ile ilişkili özellikler

DEHB tanılı olgularda YK-R alt ölçek puanına etki edebileceği düşünülen HAM-D ve HAM-A puanları, OİÖ-S/T, OİÖ-M/K, OİÖ-K/Ö, DE, AHD, DEHB-öz alt ölçek puanları, travmatik deneyim, sosyal destek, DEHB klinik seyir ilişki büyüklüklerini tahmin edebilmek için öncelikle basit doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Basit doğrusal regresyon analizinde tüm değişkenler için bulunan p

değerleri <0.25 olduğu için bu değişkenler çoklu doğrusal regresyon analizine dahil edilmiştir. Çoklu doğrusal regresyon analizinde HAM-D ve DE puanları istatistiksel olarak anlamlı yordayan değişkenler olarak bulunmuştur ($p<0.05$). YK-R puanı ile HAM-D orta düzeyde, DE puanı zayıf-orta düzeyde, negatif yönde korelidir. HAM-D ve DE puanı arttıkça YK-B alt ölçek puanı azalma yönünde değişmektedir. Çoklu doğrusal regresyon analizine alınan değişkenler YK-R alt ölçek puanındaki değişimin % 32.4'ünü açıklamaktadır.

Tablo 20: Yaşam Kalitesinin Sosyal Alan Puanını Yordayan Değişkenlere Ait Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Değişken	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	T değeri	P değeri
	B	Standart Hata	Beta		
Sabit	9.046	2.043		4.429	0.000
HAM-D (logaritmik dönüştürülmüş)	-1.938	1.113	-0.381	-1.741	0.087
HAM-A (logaritmik dönüştürülmüş)	-0.056	1.282	-0.009	-0.043	0.966
OİÖ-S	-0.003	0.028	-0.024	-0.125	0.901
OİÖ-M	0.033	0.022	0.257	1.522	0.134
OİÖ-K	-0.010	0.035	-0.046	-0.291	0.772
DE	0.052	0.087	0.125	0.592	0.556
AHD	0.030	0.061	0.084	0.492	0.625
DEHB-Öz	-0.021	0.042	-0.128	-0.512	0.611
Travmatik deneyim	0.652	0.665	0.137	0.979	0.332
Sosyal destek	0.266	0.635	0.057	0.419	0.677
DEHB Klinik Seyir	0.785	0.963	0.139	0.815	0.418

Bağımlı Değişken: Sosyal Alan HAM-D=Hamilton Depresyon HAM-A=Hamilton Anksiyete OİÖ-S/T= Sorumluluk/Tehlike Beklentisi, OİÖ-M/K = Mükemmeliyetçilik / Kesinlik, OİÖ-K/Ö=Düşünceleri kontrol etme/düşüncelere önem verme, DE= Dikkat Eksikliği, AHD=Aşırı Hareketlilik Dürtüsellik, DEHB-Öz=DEHB ile ilişkili özellikler

DEHB tanılı olgularda YK-S alt ölçek puanına etki edebileceği düşünülen HAM-D ve HAM-A puanları, OİÖ-S/T, OİÖ-M/K, OİÖ-K/Ö, DE, AHD, DEHB-öz alt ölçek puanları, travmatik deneyim, sosyal destek, DEHB klinik seyir ilişkili büyüklüklerini tahmin edebilmek için öncelikle basit doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Basit doğrusal regresyon analizinde tüm değişkenler için bulunan p değerleri <0.25 olduğu için bu değişkenler çoklu doğrusal regresyon analizine dahil edilmiştir. Çoklu doğrusal regresyon analizinde bağımsız değişkenlerin hiçbirinin YK-S alt ölçek puanını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordamadığı gösterilmiştir (p>0.05).

Tablo 21: Yaşam Kalitesinin Çevresel Alan Puanını Yordayan Değişkenlere Ait Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Değişken	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	T değeri	P değeri
	B	Standart Hata	Beta		
Sabit	36.635	4.262		8.595	0.000
HAM-D (logaritmik dönüştürülmüş)	-2.630	2.323	-0.236	-1.132	0.262
HAM-A (logaritmik dönüştürülmüş)	-1.045	2.675	-0.081	-0.391	0.698
OİÖ-S/T	-0.070	0.058	-0.217	-1.195	0.237
OİÖ-M/K	0.080	0.046	0.282	1.748	0.086
OİÖ-K/Ö	0.003	0.073	0.006	0.043	0.966
DE	-0.070	0.182	-0.077	-0.381	0.704
AHD	0.010	0.127	0.013	0.081	0.936
DEHB-Öz	-0.039	0.087	-0.106	-0.445	0.658
Travmatik deneyim	-1.446	1.388	-0.139	-1.041	0.302
Sosyal destek	1.543	1.325	0.150	1.164	0.249
DEHB Klinik Seyir	-1.842	2.009	-0.149	-0.917	0.363

Bağımlı Değişken: Çevresel Alan HAM-D=Hamilton Depresyon HAM-A=Hamilton Anksiyete OİÖ-S/T= Sorumluluk/Tehlike Beklentisi, OİÖ-M/K = Mükemmeliyetçilik / Kesinlik, OİÖ-K/Ö=Düşünceleri kontrol etme/düşüncelere önem verme, DE= Dikkat Eksikliği, AHD=Aşırı Hareketlilik Dürtüsellik, DEHB-Öz=DEHB ile ilişkili özellikler

DEHB tanılı olgularda YK-Ç alt ölçek puanına etki edebileceği düşünülen HAM-D ve HAM-A puanları, OİÖ-S/T, OİÖ-M/K, OİÖ-K/Ö, DE, AHD, DEHB-öz alt ölçek puanları, travmatik deneyim, sosyal destek, DEHB klinik seyir ilişkili büyüklüklerini tahmin edebilmek için öncelikle basit doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Basit doğrusal regresyon analizinde tüm değişkenler için bulunan p değerleri <0.25 olduğu için bu değişkenler çoklu doğrusal regresyon analizine dahil edilmiştir. Çoklu doğrusal regresyon analizinde bağımsız değişkenlerin hiçbirinin YK-Ç alt ölçek puanını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordamadığı gösterilmiştir (p>0.05).

Tablo 22: Yaşam Kalitesinin Total Puanını Yordayan Değişkenlere Ait Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Değişken	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	T değeri	P değeri
	B	Standart Hata	Beta		
Sabit	106.692	9.752		10.940	0.000
HAM-D (logaritmik dönüştürülmüş)	-13.235	5.315	-0.438	-2.490	0.016
HAM-A (logaritmik dönüştürülmüş)	-3.835	6.122	-0.109	-0.627	0.534
OİÖ-S/T	-0.120	0.133	-0.138	-0.902	0.371
OİÖ-M/K	0.254	0.105	0.329	2.419	0.019
OİÖ-K/Ö	-0.080	0.167	-0.061	-0.477	0.635
DE	-0.490	0.417	-0.199	-1.174	0.246
AHD	0.191	0.292	0.090	0.654	0.516
DEHB-Öz	-0.085	0.200	-0.086	-0.426	0.672
Travmatik deneyim	-0.293	3.177	-0.010	-0.092	0.927
Sosyal destek	3.659	3.033	0.131	1.207	1.233
DEHB Klinik Seyir	-4.192	4.596	-0.125	-0.912	0.366

Bağımlı Değişken: Yaşam Total HAM-D=Hamilton Depresyon HAM-A=Hamilton Anksiyete OİÖ-S/T= Sorumluluk/Tehlike Beklentisi, OİÖ-M/K = Mükemmelliyetçilik / Kesinlik, OİÖ-K/Ö=Düşünceleri kontrol etme/düşüncelere önem verme, DE= Dikkat Eksikliği, AHD=Aşırı Hareketlilik Dürtüsellik, DEHB-Öz=DEHB ile ilişkili özellikler

DEHB tanılı olgularda YK-total puanına etki edebileceği düşünülen HAM-D ve HAM-A puanları, OİÖ-S/T, OİÖ-M/K, OİÖ-K/Ö, DE, AHD, DEHB-öz alt ölçek puanları, travmatik deneyim, sosyal destek, DEHB klinik seyir ilişki büyüklüklerini tahmin edebilmek için öncelikle basit doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Basit doğrusal regresyon analizinde tüm değişkenler için bulunan p değerleri <0.25 olduğu için bu değişkenler çoklu doğrusal regresyon analizine dahil edilmiştir. Çoklu doğrusal regresyon analizinde HAM-D ve OİÖ-M/K YK-total puanını istatistiksel olarak anlamlı yordayan değişkenler olarak bulunmuştur ($p<0.05$). HAM-D puanı ile negatif yönde, OİÖ-M/K ile pozitif yönde, zayıf-orta düzeyde korelasyonlar mevcuttur. HAM-D puanı arttıkça YK-B alt ölçek puanı azalma yönünde değişirken, OİÖ-M/K arttıkça YK-B artma yönünde değişmektedir. Çoklu doğrusal regresyon analizine alınan değişkenler YK-B alt ölçek puanındaki değişimin % 37.3'ünü açıklamaktadır.

Tablo 23: Yaşam Kalitesinin Total Puanını Yordayan Obsesif İnanç Mükemmelliyetçilik/Belirsizliğe Tahammülsüzlük Puanının Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Değişken	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	T değeri	P değeri
	B	Standart Hata	Beta		
Sabit	109.592	4.060		26.993	0.000
OİÖ-M/K	-0.194	0.060	-0.238	-3.218	0.002

Bağımlı Değişken Yaşam Total OİÖ-M/K = Mükemmelliyetçilik / Kesinlik

DEHB tanılı olgularda YK-Total puanına etki edebileceği düşünülen OİÖ-M/K alt ölçek puanının etki büyüklüğünü tahmin edebilmek için basit doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. OİÖ-M/K istatistiksel olarak anlamlı yordayan değişken olarak bulunmuştur ($p<0.05$). OİÖ-M/K puanı ile negatif yönde, zayıf korelasyon mevcuttur. Bu değişken YK-total puanındaki değişimin %5.1'ini açıklamaktadır.

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda DEHB tanılı hastalarda, OKB etiyojijisinde önemli bir yer tutan mükemmeliyetçilik/belirsizliğe tahammülsüzlük, abartılı tehdit/abartılı sorumluluk algısı, düşüncelere önem verme/düşünceleri kontrol etme obsesif inanç alanlarının ölçülmesi, anksiyete grubu ve kontrol grubu ile karşılaştırılması amaçlanmıştır. Çalışmamızın diğer amaçları; DEHB alt türleri arasında, obsesif inanç alanları yönünden anlamlı bir fark olup olmadığının anlaşılması, her üç çalışma grubu (DEHB, Anksiyete ve Kontrol Grubu) arasında yaşam kalitesinin karşılaştırılması, DEHB tanılı hastalarda obsesif inançların yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin araştırılmasıdır.

5.1. SOSYODEMOGRAFIK VE KLİNİK VERİLERİN TARTIŞILMASI

Çalışmaya alınan DEHB tanılı hastaların yaş ortalaması $19,84 \pm 2,70$ yıl, anksiyete grubu hastaların $22,79 \pm 2,762$ yıl, kontrol grubunun ise $21,39 \pm 3,219$ yıldır. İleri yaştın yaşam kalitesi üzerindeki karıştırıcı etkisi ve ileri yaşlarda başlayan kronik hastalıkların yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkisi düşünülerek çalışmamızdaki hasta örneklemini 17-30 yaş arası genç erişkinlerden oluşturulmuştur. Çalışmamızdaki DEHB ve anksiyete bozukluğu grubundaki olguların bir kısmı çocuk psikiyatrisine başvuran 17 yaş üstü gençlerden oluşmaktadır.

Çalışmaya alınan DEHB tanılı hastaların %55.2'si erkek, %44.8'i kadın hastalardan oluşmaktadır. Genel olarak bakıldığında klinik örneklemede çocukluk döneminde erkek/kız oranı 10/1' kadar çıkarken, erişkin dönemde ise her iki cinsiyet oranlarının birbirine yaklaştığı ancak erkeklerde daha yüksek oranların (E/K=1.6:1) görüldüğü söylenmektedir (41,147). Çalışmamızda her iki cinsiyetin sayılarının birbirine yakın olması hastaların psikiyatri polikliniğine başvuranlar arasından randomize olarak ve gönüllülük esasına göre çalışmaya alınması nedeniyle olabilir.

DEHB grubunun eğitim yılı ortalaması $12,82 \pm 1,757$ yıl olarak saptanmıştır. Hastaların yaklaşık %40'ı üniversite öğrencisi ya da üniversite mezunudur. Çocukluk döneminde DEHB tanısı almış bireylerin 16 yıl sonra işlevsellik açısından yeniden değerlendirildiği kontrollü bir çalışmada sağlıklı kontrollerin %37.1'i lisans diplomasına sahip iken DEHB belirtileri devam edenlerde bu oran %8 olarak belirlenmiştir (148). Bizim çalışmamızda ise üniversite öğrencileri ya da mezunları DEHB grubunun önemli bir kısmını oluşturmaktadır. DEHB'li lise son sınıf ya da üniversite öğrencisi gençlerin akademik performanslarının akranlarından daha düşük olması, zekalarıyla orantılı bir başarı sergileyememeleri, ders çalışırken, sınava hazırlık sürecinde ya da proje ödevlerini hazırlarken dikkat eksikliği, odaklanamama, organize olamama, çabuk sıkılma, unutkanlık gibi semptomlarının farkına varıp yardım arayışına girmeleri ve bu nedenle genel psikiyatri polikliniklerine daha sık başvurmaları bu grup hastaların çalışmamızın önemli bir çoğunluğunu oluşturmasını açıklayabilir. Diğer yandan eğitim düzeyi daha düşük olan, okulu bırakmış, halen şiddetli davranış problemleri mevcut olan, madde kullanım bozukluğu, alkol kullanım bozukluğu gibi eş tanıları olan DEHB grubundaki gençlerin yardım almayı reddetmesi, iç görülerinin az olması ya da daha çok amatem, çematem polikliniklerine başvurmaları nedeniyle bu tür hastalar çalışmamızda daha düşük oranda saptanmış olabilir. DEHB grubundaki sınıf tekrarı yapma oranı her iki grupta kıyaslandığında anlamlı olmasa bile daha yüksek saptanmıştır. Adölesanlarla yapılan bir çalışmada lise eğitimi süresince sınıf tekrarı ve okulu bırakma oranları DEHB tanılı olanlarda sağlıklı kontrollere kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (149). Self mutilasyon açısından bakıldığında DEHB ve anksiyete grubu arasında bir fark saptanmazken, her iki gruptaki self mutilasyon oranı kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksektir. Yapılan iki araştırma sonucunda DEHB ile self mutilasyon arasında güçlü bir ilişki saptanmıştır (150,151). İki fenomenin ortak özelliklerinden biri, dürtüsellikle ilişkilendirilen zayıf yanıt inhibisyonudur (152). Taylor ve arkadaşları (153) erişkin normal bir popülasyonda, DEHB semptom şiddeti ile kendine zarar verme ve intihar davranışı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu anksiyete, duygudurum bozukluğu gibi komorbid durumların bu duruma aracılık ettiklerini saptamışlardır. Sosyal destek açısından bakıldığında DEHB grubunun ve anksiyete grubunun algıladıkları sosyal destek arasında fark yokken, her iki çalışma

grubu kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşük sosyal destek bildirmiştir. Travmatik bir olaya maruziyet DEHB ve anksiyete grubunda, kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. DEHB'nin artmış yaralanma, kaza yapma, tehlikeli spor dalları ile uğraşma ve madde kullanımı ile ilişkili olması nedeniyle travma riskinin yüksek olduğu düşünülmektedir (154). DEHB hastaları ile çocukluk çağından başlayarak yapılan uzun dönemli bir izlem çalışmasında travma sonrası stres bozukluğu riskinin anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır (155).

DEHB tanılı hastalardaki komorbidite değerlendirildiğinde hastaların %22.5'inde depresif bozukluk, %25.5'inde anksiyete bozukluğu, %22.5'inde OKB saptanmıştır. DEHB hastalarının %25.4'ünde, anksiyete grubu hastaların %1.8'inde birden fazla psikiyatrik hastalık bulunmaktadır. Bu açıdan DEHB grubu, anksiyete grubu ve kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. DEHB grubundaki hastaların %53.7'sinde ise eşlik eden başka bir psikiyatrik hastalık yoktur. Yaşam boyu eşlik eden bir psikiyatrik hastalık bulunması oranı DEHB grubu için %70.1, anksiyete grubu için %50, kontrol grubu için %9.8 saptanmıştır. Birçok çalışmada erişkin DEHB'de psikiyatrik komorbidite araştırılmıştır (6,8). Yapılan çalışmaların birinde, yaş ve cinsiyet eşleşmeli kontrollerle DEHB tanılı hastalar karşılaştırıldığında, DEHB tanılı hastaların %77'sinin yaşam boyu en az bir psikiyatrik hastalığının bulunduğu, kontrol grubunda ise bu oranın %46 olduğu saptanmıştır (9). Başka bir çalışmada ise DEHB tanılı erişkinlerin % 47'sinde yaşam boyu eşlik eden başka bir psikiyatrik hastalık saptanmıştır. Hastaların %26,2'sinde iki ve ya daha fazla komorbid psikiyatrik bozukluk bulunduğu gösterilmiştir (7). Depresif duygudurumun DEHB'ye en sık eşlik eden belirtiler arasında olduğu belirtilmiştir (156). Erişkin DEHB olgularında majör depresyon eş tanısının %25.3 oranında olduğu saptanmıştır (156). Bu sonuçlar çalışmamızın sonuçlarıyla uyumludur. Erişkin DEHB hastalarının %26- %63'ünde bir veya daha fazla eşlik eden anksiyete bozukluğu tespit edilmiştir (157). Erişkinlerde DEHB-OKB komorbiditesini araştıran az sayıda çalışma mevcuttur (89). Erişkin dönemde DEHB ile OKB birlikteliğinin %1-13 arasında değiştiği bildirilmektedir (90). Çalışmamızdaki OKB komorbiditesi bu oranlardan biraz daha yüksek saptanmıştır.

WUDÖ toplamı kesme puanı 36 olarak belirlenerek DEHB tanılı hastalar 36 puan ve üstü puan alanlar ve almayanlar olarak ikiye ayrıldığında % 82.1 hastanın WUDÖ toplam puanı 36 ve üzerinde saptanmıştır. DEHB tanısının konması ve izlemin başlaması açısından yaş ortalaması 15.46 ± 3.83 yıl olarak saptanmıştır. Hastaların % 23.9'una 12 yaş ve altında DEHB tanısı konmuş ve izlemine başlanmış, % 76.1'inin tanısının konması ve izleminin başlaması 13 yaş ve sonrasında bulmuştur. WUDÖ, çocukluktaki DEHB belirtilerini geriye dönük olarak sorgulayarak erişkinlerde DEHB tanısının konmasına yardımcı olmak amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir (137). Çalışmamızda katılımcılardan bu ölçekteki soruları 12 yaş öncesini düşünerek puanlamaları istenmiştir. Ölçek puanları hastaların şu anki belirtilerini değil, 12 yaş öncesi döneme ilişkin hatırlayabildikleri belirtilerinin şiddetini göstermektedir. WUDÖ toplam puanı 36 ve üstü olup, 13 yaş ve üzeri tanı alan hastaların oranı % 59.7'dir. Bu grup hastalar çocukluk döneminde DEHB ile ilişkili sorunlar bildirmiş, fakat tanı alma yaşı lise hatta üniversite dönemine kadar uzamıştır. Bu sonuçlar bize ülkemizde DEHB ile ilgili farkındalığın hem ebeveynler hem öğretmenler açısından halen yeterli düzeyde olmadığını göstermektedir. DEHB'si olan çocuğun semptomlarının 'şımarık çocuk' 'tembel çocuk' ya da 'dalgın çocuk' şeklinde bir kişilik özelliğiymiş gibi görülmesi tanı konmasını geciktirmektedir. DEHB tanısı koymadaki başarısızlık ya da gecikme, çocukların ve ebeveynlerinin akademik ve psikososyal ortamlarda tam potansiyellerine ulaşmak için ihtiyaç duydukları yardımı almalarını engellemektedir. Bunun yanında DEHB'li genç yapılan eleştiriler karşısında öz saygısını yitirmekte, öz güveni azalmaktadır. Daha öncesinde semptomlarına bir açıklama getirilmediği, hatta birçokları tarafından umursamaz, beceriksiz olarak nitelendirildiği için zamanla bu eleştirileri benimsemekte, anksiyete ve depresyon seviyeleri yükselmektedir. Nitekim çalışmamızda DEHB tanılı olguları 12 yaş ve öncesi DEHB tanısı alanlar ve 13 yaş ve sonrası DEHB tanısı alanlar olarak iki gruba ayırdığımızda depresyon ve anksiyete düzeylerinin 13 yaş ve üzeri tanı alanlarda anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatüre bakıldığında, DEHB yeni tanı almış ve eski tanıli hastaların karşılaştırıldığı bir çalışmada yeni tanıli DEHB grubunun anksiyete ve depresyon puanları açısından anlamlı yüksek saptandığı, DEHB tanısının geç konmasının, duygudurum semptomları ve olumsuz yaşam olayları üzerinde, DEHB

semptomlarının şiddetinden daha fazla olumsuz etkisi olduğu gösterilmiştir (158). Uzun yıllar boyunca DEHB semptomlarıyla ilişkili sorun yaşamış bireyler zamanla baş etme yöntemleri geliştirmekte ve işlevsel bozulmalar gözden kaçabilmektedir. Tabloya sıklıkla eşlik eden eş tanılarının olması erişkin dönemde tanı konmasını daha zor hale getirmektedir. Bu sebeple tanının tabloyu karıştıran ek tanılar eklenmeden önce konması hem tedavinin etkinliği açısından hem de sosyal, akademik ve iş alanındaki sorunların önlenmesi açısından son derece önemlidir.

Çalışmamızdaki DEHB tanılı hastaların % 17.9'unun WUDÖ toplam puanları 35 ve altındaydı. Hastalardan detaylı öykü alındığında çok küçük bir kısmının (% 4.5) DEHB ile ilişkili yakınmalarının ergenlik sonrasında ortaya çıktığı 12 yaş öncesinde herhangi bir belirtisinin olmadığı yapılan klinik görüşmede saptanmıştır. Literatürde yeni tartışılan bir konu olan erişkin başlangıçlı DEHB durumunu bu azınlık grupta gördüğümüzü söyleyebiliriz. Bu konuyla ilgili ilk hipotez olarak, bazı yazarlar erişkin başlangıçlı DEHB tanılı hastaların çocuklukta eşik altı belirtilere sahip olduğunu, sosyal ve akademik alandaki desteklerin kaldırılmasının ardından tam bir DEHB sendromuna ayrıldığını ileri sürmüşlerdir (72-74). İkinci bir hipotez, erişkin başlangıçlı DEHB' nin, DEHB' yi taklit eden erişkinlikte ortaya çıkan başka bir nörolojik veya psikiyatrik bozukluğun yanlış teşhisi olabileceği şeklindedir. Daha spesifik olarak, uyku bozukluklarının çocuklarda ve erişkinlerde hipersomnolansın bir sonucu olarak DEHB benzeri semptomlara neden olabileceği söylenmiştir (75). Lopez ve arkadaşları (76), 2017 yılındaki çalışmalarında, erişkin başlangıçlı DEHB'si olan hastaların, çocukluk döneminde DEHB tanısı alanlara kıyasla, semptomlarının daha hafif olduğunu, okul başarılarının daha yüksek olduğunu, dikkat eksikliği baskın prezantasyonun daha yüksek olduğunu ve daha yüksek uyku bozuklukları komorbiditesi oranlarına sahip olduklarını göstermiştir. Dahası erişkin başlangıçlı DEHB'nin üçte birinin çocukluk döneminde eşikaltı belirtilerinin varlığı bildirilmiştir.

DEHB grubundaki hastaların ilaç kullanımına bakıldığında hastaların % 80.6'sında metilfenidat, %8.9'unda atomoksetin kullanımı mevcuttur. Yeni tanı konmuş ya da hiç ilaç kullanmamış hastaların oranı %10.5'tir. Hastaların %23.9'u ilacı yeterli dozda ve düzenli kullanıyorken, %26.8'i yetersiz dozda ve düzenli

kullanmaktadır. Hastaların %38.8'inin ise düzenli ilaç kullanımı yoktur. DEHB grubundaki hastalar ilaç kullanım özelliklerine göre 'yeterli dozda düzenli ilaç kullananlar', 'yetersiz dozda düzenli ilaç kullananlar' ve 'düzenli ilaç kullanımı olmayanlar' şeklinde 3 gruba ayrılarak erişkin dikkat eksikliği ölçeğinin alt ölçekleri, obsesif inançlar ölçeğinin (OIÖ) alt ölçekleri, yaşam kalitesi (YK) ölçeğinin alt ölçekleri, Hamilton depresyon (HAM-D) ölçeği, Hamilton anksiyete (HAM-A) ölçeğinin alt ölçekleri açısından karşılaştırılmıştır. Yeterli dozda düzenli ilaç kullanımı olan grup DE ve DEHB-öz puanları açısından diğer iki gruptan anlamlı olarak daha düşük puanlara sahiptir. AHD puanları ise yeterli dozda düzenli ilaç kullanan grupta düzenli ilaç kullanmayan gruptan anlamlı olarak daha düşük saptanmış, yetersiz dozda düzenli kullanan grupla benzer bulunmuştur. Yaşam kalitesinin ruhsal alan puanı yeterli dozda düzenli ilaç kullanımı olan grupta diğer iki gruptan anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. HAM-D puanları açısından bakıldığında; yeterli dozda düzenli ilaç kullanımı olan grubun ölçek puanı, diğer iki gruptan anlamlı olarak düşük saptanmıştır. HAM-A psikik ve total puanları üç grupta anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. En düşük puanlar yeterli dozda düzenli ilaç kullanan gruptayken, en yüksek ölçek puanları yetersiz doz düzenli ilaç kullanımı olan grupta mevcuttur. HAM-A somatik puan ise yeterli doz ilaç kullanımı olan grupta, diğer iki gruba göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır. İlaç tedavileri DEHB'de ilk sıra tedavi seçeneği olmakla birlikte bazı açık çalışmalarda erişkinlerin %20-50'si tedaviye yanıtız kabul edilmiş ya da bazı semptomlarda %50 veya altında azalma saptanmıştır. Belirtilen bu yanıt oranlarının çocuklarınkinden daha düşük olduğu söylenmiştir (159,160). Bununla birlikte metilfenidat, d-amfetamin ve atomoksetinle yapılan kısa süreli, randomize, plasebo kontrollü çalışmalarda, DEHB semptomları üzerinde ilaçların olumlu etkileri gösterilmiştir (63). Erişkin DEHB hastalarıyla yapılan randomize çalışmalarda, ilaç tedavisinin plasebodan anlamlı derecede üstün oldukları bildirilmiştir (63). İlaçların yalnızca temel DEHB semptomları üzerinde değil, aynı zamanda DEHB ile birliktelik gösteren ciddi problemler üzerinde de uzun vadede etkili olduğu söylenmiştir. İlaç tedavisi altındaki dönemler ile ilaçsız dönemlerin karşılaştırılması sonucu ilaçlı dönemlerde suç işleme oranlarının düştüğü, trafik kazalarının, madde kötüye kullanımının ve intihar davranışlarının azaldığı gösterilmiştir (63). Çalışma verilerimizi yorumladığımızda,

sadece düzenli ilaç kullanımının değil aynı zamanda yeterli dozda ilaç kullanımının oldukça önemli olduğu söylenebilir. Nitekim gruplardaki olgu sayıları az olmakla birlikte yetersiz dozda düzenli ilaç kullanan grubun HAM-A psikişik ve HAM-A total puanları ilaç kullanımı olmayan gruptan bile anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Bu olgular stimulanların dozunu arttırdıklarında anksiyete belirtileri yan etki olarak ortaya çıkan ve bu sebeple daha düşük düzeyde ilaç kullanmayı tercih eden anksiyete duyarlılığı yüksek hastalar olabilir. Bunun yanında çalışmamızdaki anksiyete komorbiditesi % 25.5 saptanmıştır. DEHB olgularında anksiyetenin eşlik ettiğı vakalarda atomoksetin kullanımının daha uygun bir seçim olduğuna dair yayınlar çoğunluktadır (161). Fakat bizim çalışmamızda olguların sadece %8.9'u atomoksetin kullanmaktadır. Dolayısıyla erişkin DEHB tedavisinde olguya göre doğru ilaç seçiminin de önemli olduğu söylenebilir.

5.2. DEHB, ANKSİYETE BOZUKLUĞU VE KONTROL GRUBUNUN OBSESİF İNANÇLAR AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmamızda DEHB, anksiyete bozukluğu ve kontrol grubu obsesif inanç ölçek puanları açısından karşılaştırılmıştır. Öncelikle DEHB tanısına eşlik eden OKB'si veya anksiyete bozukluğu bulunan olgular ve anksiyete grubunda OKB'nin eşlik ettiğı olgular, bu eş tanıların obsesif inançlar üzerindeki karıştırıcı etkisi nedeniyle dışlanmışır. DEHB grubu (n:41) ve anksiyete grubu (n:54) arasında obsesif inanç toplam ve alt ölçek puanları yönünden anlamlı bir fark saptanmamıştır. Kontrol grubu ve anksiyete grubu arasında tüm obsesif inanç toplam ve alt ölçek puanları açısından anlamlı bir fark mevcuttur. DEHB grubu ile kontrol grubu karşılaştırıldığında ise düşüncenin önemi/kontrolü alt ölçeğinde anlamlı bir fark saptanmazken, mükemmeliyetçilik/belirsizliğe tahammülsüzlük(kesinlik), abartılı tehdit/abartılı sorumluluk algısı alt ölçek alan puanları ve obsesif inanç toplam puanı DEHB grubunda anlamlı yüksek saptanmıştır. Anksiyete ve depresyon karıştırıcı faktörler olarak birlikte kontrol edildiğinde DEHB grubu ile kontrol grubu arasında sorumluluk/ abartılı tehdit algısı alanındaki ve obsesif inanç toplam puanlarındaki anlamlı farklılık kaybolurken, mükemmeliyetçilik/kesinlik alanında anlamlı farklılık devam etmiştir. Anksiyete ve kontrol grubu arasındaki tüm farklar ise anlamlılığını yitirmiştir. Bu sonuçlar; DEHB grubunda mükemmeliyetçilik/belirsizliğe tahammülsüzlük (kesinlik) inanç alanının DEHB ile ilişkili semptomlar ve bu

semptomların yarattığı sorunlar neticesinde gelişebileceğini, kaygı ve depresyon düzeylerinin yüksek saptandığı ek psikiyatrik hastalıklar olmasa da, bu inanç alanı puanlarının DEHB’de sağlıklı kontrollerden yüksek saptanabileceğini göstermektedir. Bunun yanı sıra anksiyete ve depresyonun gelişiminde öncül olabilecek obsesif inançların DEHB’nin bilişsel davranışçı terapisinde (BDT) ele alınması gerektiği söylenebilir.

Son yıllarda yapılan çalışmalarda obsesif inançların sadece OKB’e özgü olmadıkları; anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları ve depresyonun oluşumunu sağlayan ortak bir özellik olabileceği ileri sürülmektedir (21).

Tolin ve arkadaşları çalışmalarında, OKB ve anksiyete grubunu karşılaştırmış, OKB hastalarının mükemmeliyetçilik, belirsizliğe tahammülsüzlük, düşüncelere önem ve düşünceleri kontrol alanındaki inançlarının anksiyete grubundan anlamlı düzeyde farklı olduğunu, ancak abartılı tehdit tahmini ve abartılmış sorumluluk ile ilgili inançlar açısından fark olmadığını göstermiştir. Depresyon ve sürekli kaygı kontrol edildiğinde ise, OKB grubu ile hem anksiyete grubu, hem de kontrol grubu arasında düşüncelerin önemi ve kontrolü ile ilgili inanç alanı dışında anlamlı farklılık kalmadığı gösterilmiştir (162). Anksiyete ve kontrol grubu arasında da başlangıçta tüm alanlar arasında anlamlı farklılık mevcutken, kovaryans analizi sonrası tüm alanlardaki farklılık anlamlılığını yitirmiştir. Bu sonuçlar obsesif inançların OKB’ye özgü olmadığını bir çoğunun yüksek anksiyete ve depresyon seviyeleri ile ilişkili olabileceğini göstermektedir. Obsesif inançları yüksek OKB alt tiplerin, depresyon ve anksiyete ölçümlerinde daha yüksek puan aldığı, OKB semptom şiddeti bulgularının ise çelişkili olduğu yapılan birkaç çalışmada gösterilmiştir (163-165).

OKB, anksiyete ve kontrol grubunun obsesif inançlar açısından karşılaştırıldığı İran’da yapılan bir çalışmada, OKB hastalarının, düşüncelerin önemi ve kontrolü ile ilgili inançları diğer iki gruptan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Hem OKB hem de anksiyete grubunun kontrol grubuna göre sorumluluk / tehdit tahmini ve mükemmeliyetçilik / belirsizliğe tahammülsüzlük (kesinlik) inanç alanlarında anlamlı olarak yüksek puanlar aldıkları saptanmıştır. Bu

sonuçlar, OKB'ye özgü görünen alanın ‘düşüncelerin önemi ve kontrolü’ ile ilgili olduğunu göstermiştir (166).

İtalya’da yapılan başka bir alışma, OKB hastaları, yaygın anksiyete bozukluğu hastaları ve normal kontroller arasında obsesif inançları karşılaştırmış,  inanç alanının (belirsizliğe tahammülsüzlük, düşüncelerin kontrolü ve mükemmeliyetçilik) OKB'ye özgü olabileceğini, düşüncelerin önemi ve abartılmış sorumluluğun ise klinik olarak endişeli bireylerle klinik olmayan kontrol grubunu düşük oranda ayırt ettiğini göstermiştir (167).

Taylor ve arkadaşları klinik gözlemleri sonucunda, bazı OKB hastalarının obsesyonları ve kompulsiyonlarıyla ilişkili belirgin işlevsel olmayan inançları varken, diğer OKB hastalarının ise bu paterni göstermediğini belirtmiştir. İşlevsel olmayan inançların yalnızca OKB vakalarının bir alt grubunda rol oynadığını ve bozukluğun farklı alt türlerine uygun farklı modeller geliştirilebileceğini ne sürmüşlerdir. Yaptıkları çalışmada obsesif inançları düşük gruptaki OKB hastalarının inanç puanları yaklaşık olarak OKB hastalarının karşılaştırıldığı anksiyete grubunun ve ğrenci örneklemenin ortalamasına benzer bulunmuştur. Obsesif inancı yüksek ve düşük alt tiplerin, sadece zarar verme obsesyonları açısından farklılaştığı gösterilmiştir (168).

Bu konuyla ilgili ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında; yaygın anksiyete bozukluğu hastalarında obsesif inançların değerlendirildiği bir çalışmada, hem durumluluk kaygı düzeyi hem sürekli kaygı düzeyi ve depresyon gibi karıştırıcı faktörler kontrol altına alındığında, yaygın anksiyete bozukluğunda “mükemmeliyetçilik/ belirsizliğe tahammülsüzlük (kesinlik)” inançları kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (21). Panik bozukluk tanılı hastalarla yapılan bir çalışmada ise obsesif inanç puanları kontrol grubuna göre yüksek saptanmış, abartılmış sorumluluk /abartılmış tehdit algısı inanç alanının hastaların kaygı düzeyinden bağımsız olarak önemli bir etken olduğu gösterilmiştir (169). Hastanemizde “Bipolar Bozuklukta Obsesif İnanışlar” adıyla yapılan bir tez çalışmasında BPB tanılı hastalarla sağlıklı kontroller obsesif inançlar açısından karşılaştırılmış, BPB tanılı grupta anlamlı olarak daha yüksek puanlar saptanmıştır (170). Depresif bozukluk tanılı hastalarda obsesif inançların rolünün incelendiği bir

çalışmada hastaların obsesif inanç toplam ve alt puanları, kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuş, HAM-D skorları ile OİÖ alt ölçek puanları arasında pozitif bir korelasyon olduğu gösterilmiştir (22).

Yapılan tüm bu çalışmalar ışığında obsesif inançların sadece OKB'ye özgü olmadıkları, obsesif inançların psikopatolojinin gelişimini tetikleyebilecek bilişsel kırılganlığa katkı sağladıkları düşünülmektedir. Bizim çalışmamızın sonuçları, obsesif inançların OKB'ye özgü olmadığını, DEHB'li olgularda anksiyete ve depresyon düzeylerinden bağımsız bazı inanç alanlarının (mükemmeliyetçilik/belirsizliğe tahammülsüzlük) sağlıklı kişilere kıyasla daha yüksek saptandığını göstermektedir. Bu inanç alanları kritiktir, çünkü düşünceler ve imgeler gibi zihinsel olayların da dahil olduğu tüm olayların yorumlanma biçimini etkilerler. Bu inançların kişinin deneyimleriyle öğrenildiğini, kişisel hedefler ve değerlerle ilişkili olduğunu bilmek önemlidir (171,172).

Literatürde obsesif inançların gelişimini açıklayan çalışmalara bakıldığında abartılmış sorumluluk ve mükemmeliyetçiliğin erken dönemde aile içindeki deneyimler sonucu geliştiği düşünülmektedir (20). Aşırı kontrolcü ve eleştirel ebeveyn tutumlarının, yüksek performans beklentisinin, mükemmeliyetçi tutum ve davranışları ile çocuğa rol model olan mükemmeliyetçi ebeveynlerin etkisinin, çocuklarda mükemmeliyetçilik inançlarının gelişimine katkıda bulunduğu söylenmiştir (173,174). Abartılmış sorumluluğun, çocuğun yetiştirme sürecinde rol oynayan ebeveyn tutumları ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Örn. çocuğun, eylemlerinin ya da eksikliklerinin olası olumsuz sonuçlarını saptayarak dile getirmek, çocuğun yaramazlıkları sonucu orantısız şekilde suçlanması, ya da sorumsuzca davrandığının çok sık söylenmesi suçluluk duygusuna yol açabilir (175, 176) Klinik tanısı olmayan bir grupta yapılan çalışmada kendini sorumlu hisseden ya da potansiyel olarak suçlu bulan kişilerin obsesif inanç puanları daha yüksek saptanmıştır (177). Ebeveynin iletişim tarzının sürekli korku uyandırmasıyla karakterize bir aile atmosferi içinde abartılmış tehdit algısı gelişebilir (20). Düşüncelerin önemi ve kontrolüne ilişkin inançların ise, çocuğun düşündüğü olumsuz içerikli şeylerin (örn: 'dedem bana çok kötü davrandı, keşke ölse' gibi bir düşünce sonrası dedesinin ölmesi) talihsiz bir şekilde gerçekleştiği durumlar sonucu

oluştugu söylenebilir (129). DEHB tanılı bireylerin ebeveynlerinin tutumlarının araştırıldığı çalışmalardaki sonuçlara bakıldığında daha düşük ana baba sıcaklığı ve daha yüksek ana baba depresyonu ve kaygısı, daha fazla stres, tutarsız ve düşmanca ana babalık saptanmıştır (178). DEHB'li çocukların ana babalarının kontrollere göre daha fazla saldırgan davranışları (fiziksel ceza uygulamaları ve duygularında sık kontrol kaybı yaşama gibi) olduğu ve ödül içeren kontrol yöntemlerini daha az kullandıkları gösterilmiştir (179,180). Ülkemizde yapılan bir çalışmada DEHB tanılı çocuklar ana babalarını daha reddedici ve denetlemesi az olarak algıarken, annelerin daha sıkı disiplin uygulayan ve daha az demokratik tutum bildirdiği saptanmıştır (178). Tüm bu bilgiler doğrultusunda DEHB tanılı grubun erken olumsuz çocukluk deneyimlerinin, 'zor çocuk' olmalarının sonucundaki katı ve otoriter ebeveyn tutumlarının, olumsuz kişilerarası ilişkilerinin, akademik başarısızlıklarının, DEHB ile ilgili semptomlar nedeniyle yaşadıkları tüm sorunların obsesif inançlar gelişmesi üzerinde etkili olabileceği söylenebilir.

Obsesif inanç düşük ve yüksek OKB alt tiplerin, potansiyel nörobilişsel farklılıklar açısından iki anksiyete grubuyla kıyaslandığı bir çalışmada obsesif inanç yüksek OKB alt grubun, diğer gruplara kıyasla Wiskonsin kart testinin (WCST) alt ölçeklerinde anlamlı olarak daha düşük performans gösterdiği, bu sonucun OKB'nin şiddeti veya depresif belirtilerden kaynaklanmadığı, obsesif inanç düşük OKB alt grubunun diğer iki anksiyete grubuyla benzer performans gösterdiği saptanmıştır. Sonuçlar, artmış obsesif inançlar ve nörokognitif katılık (neurocognitive inflexibility) arasında potansiyel bir etkileşim olduğunu göstermiştir (181). Yine Türkiye'de yapılan benzer bir çalışmada; obsesif inancı yüksek olan OKB hastalarında bilişsel esnekliğin bozulduğu vurgulanmıştır. Obsesif inanç düzeyinin OKB'nin klinik belirtileri ve tedavisi açısından önemli olduğu bildirilmiştir (182). Literatürdeki bu bilgiler obsesif inançların DEHB'de niçin kontrol grubundan daha yüksek saptandığına yönelik açıklamalardan biri olabilir. Çünkü DEHB tanılı erişkin hastaların nörokognitif işlevlerdeki yetersizlikleri yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (183).

DEHB'de depresyon, anksiyete, umutsuzluk ve bilişsel çarpıtmaların ilişkisinin incelendiği bir çalışmada, mükemmeliyetçiliğin DEHB'de en fazla

saptanan bilişsel çarpıtma olduğu bulunmuştur (134). Mükemmeliyetçilik pozitif olarak algılansa da, bazı araştırmacılar DEHB'deki mükemmeliyetçiliği yürütücü işlev fonksiyonlarından biri olan problem çözmedeki aksaklıklarla ilişkilendirmiştir (184). Mükemmeliyetçiliğin, sürekli olarak bir görevden kaçınma ile birlikte ortaya çıkabildiği söylenmiştir (135). Bu tür “DEHB mükemmeliyetçiliğinin” bir göreve başlamadan önce “tamamen hazır olma” şeklindeki görüşü, ertelemeyi rasyonelleştirmek için kullandığı uyumsuz bir tutum olarak düşünülmektedir (134).

Literatürde DEHB’de obsesif inançların araştırıldığı bir çalışma bulunmadığı için DEHB’li olguların BDT’inde obsesif inançlarla benzer, tedavi hedefi olarak saptanıp çalışılan diğer bilişsel faktörlerin araştırıldığı çalışmalar gözden geçirilmiştir.

DEHB’ de bilişlerin araştırıldığı çalışmalarda; DEHB tanılı hastalarda hemen hemen tüm uyumsuz şemaların kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek olduğu, sadece zarara karşı kırılganlık ve hastalık şemalarının kontrol grubu ile benzer olduğu, DEHB tanılı yetişkinlerde en baskın şemaların ise “Başarısızlık (Bu şema, kişinin kariyer, okul veya spor gibi alanlarda eşlerinin yanı sıra performans gösteremediği inancını ifade eder.)”, “Kusurluluk / Utanç (Bu şema, birinin içsel olarak kusurlu olduğu ve diğerleri yaklaşırsa bunu anlayacakları ve ilişkiden çekilecekleri inancını ifade eder.) ”, “Boyun eğme (Bu şema, olumsuz sonuçlardan kaçınmak için birinin başkalarının kontrolüne girmesi gerektiği inancını ifade eder. ” ve “Duygusal Yoksunluk (Bu şema, birinin birincil duygusal ihtiyaçlarının başkaları tarafından asla karşılanmayacağı inancını ifade eder.)” şemaları olduğu gösterilmiştir (15, 16, 185). DEHB’de daha baskın olduğu ifade edilen başarısızlık, kusurlu olma şemaları ile obsesif inançların bazı alanları arasında ilişki olduğu söylenebilir. Bu ilişki obsesif inanç alanlarından bazı ölçek maddeleri örnek verilerek gösterilebilir. Örneğin ‘benim için bir hata yapmak tümüyle başarısız olmak kadar kötüdür’ ya da ‘kendime ve başkalarına kazara zarar vermeye diğer insanlardan daha yatkınım’ gibi obsesif düşüncelerin aynı zamanda kusurluluk şemalarıyla ilgili olduğu söylenebilir. ‘Ne yaparsam yapayım yeterince iyi olmayacak’ ya da ‘ bir şeyden tam olarak emin değilsem hata yapmam kaçınılmazdır’ şeklindeki obsesif düşüncelerin aynı zamanda başarısızlık şemalarıyla ilgili olduğu söylenebilir.

DEHB’de işlevsel olmayan bilişlerin araştırıldığı bir çalışmada DEHB tanılı hastalar, DEHB tanısı olmayan klinik grup ve kontrol grubu olarak üç grup oluşturulmuş, olumsuz otomatik düşüncelerin (olumsuz otomatik düşünce envanteri) değerlendirildiği ölçek puanları ve işlevsel olmayan tutumların değerlendirildiği ölçek puanları iki klinik grupta benzerken, kontrol grubuna göre ise her iki klinik grupta anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Yine bu çalışmada DEHB grubunda depresyon ve kaygı puanları otomatik düşünce puanları ile güçlü bir şekilde ilişkili bulunmuştur. İşlevsel olmayan tutumlar ise kaygı puanları ile ilişkiliyken, depresyon puanları ile ilişkili bulunmamıştır. Depresyon ve anksiyete puanları ile DEHB semptomları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkili bulunmuştur (186). Bizim çalışmamızda da tüm obsesif inanç alanı puanlarıyla , depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki mevcuttur, aynı zamanda yine bu çalışmaya benzer şekilde anksiyete ve depresyon düzeyleri ile DEHB semptom şiddeti arasında pozitif yönde anlamlı ilişki gösterilmiştir. DEHB'nin temel semptomları nedeniyle, hastaların kendilerini sosyal çevreye adapte ederken içselleştirici bir paternle ilerlemesi makul görünmekte ve bu durumun kaygı ve depresyon geliştirme riskini arttırdığı düşünülmektedir (158). Bunun yanında çalışmamız bulguları DEHB hastalarındaki depresyon ve anksiyete belirtilerinin gelişiminde obsesif inançların katkısını göstermektedir.

5.3. DEHB BASKIN GÖRÜNÜM ÖZELLİKLERİNE GÖRE OBSESİF İNANÇ PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmamızda DEHB’li olgular ‘dikkat eksikliği baskın görünüm’, ‘bileşik baskın görünüm’ ve ‘ilaçla semptomları tamamen ya da kısmen yatışan’ olarak üç gruba ayrılarak obsesif inançlar açısından karşılaştırılmıştır (Hiperaktif/dürtüsel baskın görünümdeki 5 hasta bileşik baskın görünüme dahil edilmiştir). Dikkat eksikliği baskın görünüm bileşik baskın görünümle kıyaslandığında obsesif inançların tipi ve şiddeti açısından bir fark saptanmamıştır. DEHB grubunda, erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ölçeğinin DE, AHD, DEHB-öz alt ölçek puanları ile obsesif inançlar ölçeğinin alt ölçek ve toplam puanları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde sadece DEHB-öz ile tüm obsesif inanç alt ölçek ve toplamında pozitif yönde anlamlı bir ilişki mevcuttur. DEHB ile ilişkili özellikler diğer iki alt ölçekten farklı olarak DSM tanı kriterlerinden bağımsız, klinik gözlemler ile

belirlenen maddelerden oluşmaktadır. Dolayısıyla belirtilerden ziyade bireyi yardım arayışına götüren işlev kayıplarıyla daha fazla ilişkili olduğu düşünülebilir. Dolayısıyla DEHB grubunun DEHB ile ilişkili özellikler açısından sorunlarını puanlamada daha içgörülü olduğu ve doğru bildirimlerde bulunduğu, fakat hem dikkat eksikliği hem hiperaktivite, dürtüsellik alanında semptomlarını hafife almaları ya da içgörülerinin düşük olması gibi durumlar nedeniyle bu alanlarda gerçeği yansıtmayan bildirimlerde bulunabilecekleri söylenebilir. Bu yüzden DEHB grubunun çekirdek belirtileri olan dikkat eksikliği ve hiperaktivite dürtüsellik belirtileri ile obsesif inanç alanları arasında anlamlı bir ilişki gösterilememiş olabilir.

5.4. DEHB, ANKSİYETE BOZUKLUĞU VE KONTROL GRUBUNUN YAŞAM KALİTESİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmamızda DEHB grubu, anksiyete grubu ve kontrol grubu yaşam kalitesi açısından karşılaştırılmıştır. Her iki klinik grup kontrol grubundan tüm yaşam kalitesi puanları açısından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Anksiyete ve depresyon karıştırıcı faktörler olarak birlikte kontrol altına alındığında tüm gruplar arasındaki farklılık anlamlılığını yitirmiştir. DEHB grubunda DE alt ölçek puanı ile yaşam kalitesinin sosyal alanı dışındaki tüm alanlarında negatif yönde anlamlı bir ilişki, DEHB-öz alt ölçeği ile yaşam kalitesinin tüm alanlarında negatif yönde anlamlı bir ilişki mevcuttur. AHD alt ölçeği ile yaşam kalitesinin hiçbir alanı arasında ilişki saptanmamıştır. Çalışmamızda DEHB grubu kendi arasında anksiyete bozukluğu ya da depresif bozuklukların eştanı olarak bulunduğu ya da bulunmadığı şeklinde iki gruba ayrılıp yaşam kaliteleri karşılaştırılmış, gruplar arasında yaşam kalitesinin bedensel alanında, ruhsal alanında ve toplamında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar anksiyete ve depresyonun DEHB’li olguların yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkisini göstermektedir. Nitekim DEHB belirtileri ile birlikte anksiyete ve depresif belirtilerin erişkin dönemde DEHB’li hastalarda yaşam kalitesinin azalmasına aracılık ettiği öne sürülmüştür (124).

DEHB grubunda yaşam kalitesi üzerinde etkisinin olabileceğini düşündüğümüz depresyon, anksiyete düzeyleri, erişkin dikkat eksikliği ölçeğinin DE, AHD ve DEHB-öz alt ölçek puanları, obsesif inançlar ölçeğinin alt ölçek puanları, travmatik deneyim yaşama, sosyal destek görme ve DEHB’nin klinik seyri

bağımsız değişkenler olarak aynı anda (Enter) regresyon modelinde yer almış ve yaşam kalitesinin alt ölçek alanları ayrı ayrı bağımlı değişkenler olarak belirlenmiştir. DEHB grubunda YK-total puanlarının %37.3'ü, OİÖ-M/K alt ölçek puanları ve depresyon puanlarıyla açıklanabilmektedir. YK-R alt ölçek puanlarının % 32.4'ü dikkat eksikliği ve depresyon puanlarıyla açıklanabilmektedir. YK-B alt ölçek puanlarının %34.2'si OİÖ-M/K alt ölçek puanı ve depresyon puanıyla açıklanabilmektedir. YK-Ç ve YK-S alt ölçek puanlarının hiçbir bağımsız değişkenle anlamlı düzeyde yordanmadığı saptanmıştır.

Özetle çalışmamızda mükemmeliyetçilik, depresyon, dikkat eksikliği düzeyleri yaşam kalitesini yordayan etkenler olarak bulunmuştur. Çalışmamızda yukarıda sıraladığımız tüm bağımsız değişkenler aynı anda (Enter) regresyon modeline dahil edildiğinde mükemmeliyetçilik puanının yaşam kalitesini pozitif yönde etkileyen bir değişken olarak formüle dahil olduğu saptanmıştır. Ancak bu formülde depresyonun yaşam kalitesi üzerindeki yordayıcılığı ana etmendir. Mükemmeliyetçilik her ne kadar modelde pozitif yordayıcı olarak bulunsada depresyon ve anksiyete puanlarını yükselterek olumsuz etki göstermektedir. Nitekim DEHB grubunda, OİÖ-M/K alt ölçek puanı HAM-A ve HAM-D puanıyla pozitif yönde korele bulunmuştur. Aynı zamanda OİÖ-M/K alt ölçek puanı (enter) regresyon modeline tek başına koyulduğunda, pozitif yöndeki yordayıcılığının kaybolduğu ve yaşam kalitesini negatif yönde, zayıf düzeyde yordadığı gösterilmiştir.

DEHB'li olgularda yaşam kalitesini yordayan durumların kadınlar ve erkekler arasında farklılık gösterdiği, erkekler için gelir düzeyinin, kadınlar içinse dikkat eksikliği belirtilerinin yordayıcı olduğu bildirilmiştir (187). Bunun yanında aile dinamiklerinin, erişkin DEHB hastalarında yaşam kalitesini yüksek düzeyde yordadığı gösterilmiştir (188).

Literatürdeki çalışmaların birçoğunda DEHB'si olan gençlerde yaşam kalitesi sağlıklı kontrollerden daha düşük saptanmıştır (11,12). Genç erişkinlerde DEHB'nin daha şiddetli depresyon, anksiyete, uyku bozuklukları ve daha kötü yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu ve yaşam doyumunun DEHB belirtileri, depresyon ve anksiyete düzeyleriyle negatif korele olduğu gösterilmiştir (123). DEHB bileşik tipteki

bozulmanın daha fazla olduğu, düşük benlik değeri, sosyal sorunlar ve okulla ilişkili problemlerin ise dikkat eksikliği baskın tipte daha çok gözlemlendiği ifade edilmiştir (189,190). Bu iki çalışmanın örneklemini DEHB'li küçük çocuklardan ya da adölesanlardan oluşmaktadır. Çalışmamızda ise DEHB bileşik baskın görünüm ve dikkat eksikliği baskın görünüm yaşam kalitesinin tüm alt alanları açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Erişkin dönemde dikkat eksikliği özelliklerini ön planda gördüğümüz olguların birçoğunun çocukluk ve ergenlik döneminde bileşik baskın görünümde olması bu durumu açıklayabilir. Erişkin DEHB'si ile ilgili en temel özelliklerden biri dikkat eksikliği belirtilerinin devam ederken, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerinin azalmasıdır. Bu nedenle çocuklarda DEHB'nin bileşik baskın görünüme sahip olan pek çok hasta, erişkin dönemde dikkat eksikliği baskın görünüme geçmektedir (63).

Bazı çalışmalarda dikkatsizlik belirtilerinden ziyade dürtüsellik ve hiperaktivite belirtilerinin DEHB'li olgularda çalışma hayatı ve kişilerarası ilişkiler üzerinde daha fazla olumsuz etkisi olduğu gösterilmiştir (191). DEHB belirtisi olan 149 erişkinin DEHB belirtileri ile DEHB'ye özgü yaşam kalitesi alanları arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışmada, tüm yaşam kalitesi bileşenleri ile dikkat eksikliği ve hiperaktivite puanları arasında negatif korelasyon saptanmıştır (192). Bu çalışmada dikkat eksikliği emosyonel alanda anlamlı bulunurken hiperaktivite ise sosyal işlevsellik ve ruh sağlığı alanında yordayıcı olarak anlamlı bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise DEHB grubundaki hastaların dürtüsellik ve hiperaktivite düzeyleriyle yaşam kalitesi alt ölçek ve total puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamış olup, bu alt ölçek puanı sadece depresyon puanları, anksiyetenin total ve somatik alt ölçek puanları ile pozitif yönde anlamlı ilişkili bulunmuştur.

5.5. KISITLILIKLAR

Çalışma grupları arasında yaş ve eğitim yılı açısından anlamlı farklılık olması bir kısıtlılık olarak değerlendirilebilir.

Örnekleminizdeki hastaların ilaç kullanıyor olması ölçek puanlarını etkilemiş olabilir. Örnekleminizin herhangi bir tedavi görmeyen hastalardan oluşturulması gerçeği daha çok yansıtan sonuçlar bulmamıza imkân verebilirdi.

Çalışmamızda kullandığımız yaşam kalitesi ölçeğinin DEHB'ye spesifik olmaması bir kısıtlılık olarak düşünülebilir. DEHB'de yaşam kalitesini değerlendiren spesifik yaşam kalitesi ölçekleri bulunmakla birlikte henüz hiçbirinin Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması yapılmamıştır. Literatürde DEHB'de yaşam kalitesinin incelendiği çalışmaların birçoğunda DEHB'ye spesifik yaşam kalitesi ölçeklerinin kullanılmış olması da çalışma sonuçlarımızın literatürle kıyaslanmasını zorlaştırmaktadır.



6. SONUÇLAR

DEHB grubu ve anksiyete grubu arasında obsesif inanç toplam ve alt ölçek puanları yönünden anlamlı bir fark saptanmamıştır. Kontrol grubu ve anksiyete grubu arasında tüm obsesif inanç toplam ve alt ölçek puanları açısından anlamlı bir fark mevcuttur. DEHB grubu ile kontrol grubu karşılaştırıldığında ise OİÖ-K/Ö alt ölçeğinde anlamlı bir fark saptanmazken, OİÖ-M/K, OİÖ-S/T alt ölçek alan puanları ve OİÖ-total puanı DEHB grubunda anlamlı yüksek saptanmıştır. Anksiyete ve depresyon karıştırıcı faktörler olarak birlikte kontrol edildiğinde DEHB grubu ile kontrol grubu arasında OİÖ- M/K alanında anlamlı farklılık devam etmiştir. Gruplar arasındaki diğer tüm farklar ise anlamlılığını yitirmiştir. Bu sonuçlar; obsesif inançların OKB'ye özgü olmadığını göstermektedir. DEHB grubunda mükemmeliyetçilik/belirsizliğe tahammülsüzlük (kesinlik) inanç alanının DEHB ile ilişkili semptomlar ve bu semptomların yarattığı sorunlar neticesinde gelişebileceği, kaygı ve depresyon düzeylerinin yüksek saptandığı ek psikiyatrik hastalıklar olmasa da, bu inanç alanı puanlarının DEHB'de sağlıklı kontrollerden yüksek saptanabileceği söylenebilir. Bunun yanı sıra anksiyete ve depresyonun gelişiminde öncül olabilecek obsesif inançların DEHB'nin BDT'sinde ele alınması, ek psikiyatrik hastalıkların engellenmesi açısından önemlidir.

Dikkat eksikliği baskın görünüm bileşik baskın görünümle kıyaslandığında obsesif inançların tipi ve şiddeti açısından bir fark saptanmamıştır. DEHB grubunda, erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ölçeğinin DE, AHD, DEHB-öz alt ölçek puanları ile obsesif inançlar ölçeğinin alt ölçek ve toplam puanları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde sadece DEHB-öz ile tüm obsesif inanç alt ölçek ve toplamında pozitif yönde anlamlı bir ilişki mevcuttur. Çalışmamızda dikkat eksikliği baskın görünümde olan olguların sayısı oldukça azdır, bunun yanında bu olguların çocukluk döneminde bileşik baskın görünümde olması muhtemeldir, erişkin

dönemde baskın görünüm özelliklerine göre ölçek puanlarının karşılaştırılmasının çocuklardaki karşılaştırmalar kadar sağlıklı olmayacağı söylenebilir.

Her iki klinik grup kontrol grubundan tüm yaşam kalitesi puanları açısından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Anksiyete ve depresyon karıştırıcı faktörler olarak birlikte kontrol altına alındığında tüm gruplar arasındaki farklılık anlamlılığını yitirmiştir. DEHB grubunda DE alt ölçek puanı ile yaşam kalitesinin sosyal alanı dışındaki tüm alanlarında negatif yönde anlamlı bir ilişki, DEHB-öz alt ölçeği ile yaşam kalitesinin tüm alanlarında negatif yönde anlamlı bir ilişki mevcuttur. Hiperaktivite-dürtüsellik alt ölçeği ile yaşam kalitesinin hiçbir alanı arasında ilişki saptanmamıştır. Mükemmeliyetçilik, depresyon, dikkat eksikliği düzeyleri yaşam kalitesini yordayan etmenler olarak bulunmuştur.

Sonuç olarak DEHB'li erişkinler, semptomları nedeniyle akademik, mesleki, sosyal alanlarda olumsuz sonuçlarla karşılaşmaya daha yatkındır. Ayrıca bozukluğun birçok psikopatolojinin gelişmesine zemin hazırladığı söylenebilir. Bu sonuçların daha düşük yaşam kalitesi ve memnuniyet düzeyleriyle ilişkili olduğu göz önüne alındığında, DEHB'li erişkinlerin düşük yaşam kalitesi veya yaşam doyumuna karşı daha savunmasız olabileceği düşünülebilir. DEHB'li grupta yaşam kalitesine etki eden faktörlerin belirlenmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesine yönelik müdahalelerde bulunulması gelişmesi muhtemel patolojilerin karşısında bir tampon görevi görecektir (193). Ülkemizde erişkin DEHB olgularının yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmaların sayısı yok denecek kadar azdır. Çalışmamızın bu alana katkı sağlayacağını düşünüyoruz.

7. KAYNAKLAR

1. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. Beşinci baskı (DSM 5), Tanı Ölçütleri Başvuru Kitabından, çev Koroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2013.
2. Adler LA, Spencer TJ, Wilens TE. Attention-deficit hyperactivity disorder in adults and children: Cambridge University Press; 2015.
3. Cortese S1 FS, Bernardi S, Wang S, Blanco C. Gender differences in adult attention-deficit/hyperactivity disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). The Journal of clinical psychiatry. 2016;Apr;77(4):e421-8.
4. Barkley RA, Murphy KR, Fischer M. ADHD in adults: What the science says: Guilford Press; 2010.
5. Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. Psychological medicine. 2006;36(2):159-65.
6. Gorlin EI DK, Chelminski I, Zimmerman M. . Diagnostic profiles of adult psychiatric outpatients with and without attention deficit hyperactivity disorder. Compr Psychiatry. 2016;70:90–7.
7. Jensen CM SH-C. Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/ hyperactivity disorder in a large nationwide study. . Atten Defic Hyperact Disord. 2015(7:27–38).
8. Fayyad J, De Graaf R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K, et al. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. The British Journal of Psychiatry. 2007;190(5):402-9.
9. Sobanski E, Brüggemann D, Alm B, Kern S, Deschner M, Schubert T, et al. Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). European archives of psychiatry and clinical neuroscience. 2007;257(7):371-7.
10. Fischer M, Barkley RA, Smallish L, Fletcher K. Hyperactive children as young adults: Driving abilities, safe driving behavior, and adverse driving outcomes. Accident Analysis & Prevention. 2007;39(1):94-105.
11. Hakkaart-van Roijen L, Zwirs BWC, Bouwmans C, Tan S, Schulpen T, Vlasveld L, et al. Societal costs and quality of life of children suffering from attention deficient hyperactivity disorder (ADHD). European child & adolescent psychiatry. 2007;16(5):316-26.
12. Klassen AF, Miller A, Fine S. Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. Pediatrics. 2004;114(5):e541-e7.
13. Varni JW, Burwinkle TM. The PedsQL™ as a patient-reported outcome in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a population-based study. Health and Quality of Life Outcomes. 2006;4(1):26.

14. Bishop M. Quality of life and psychosocial adaptation to chronic illness and disability: Preliminary analysis of a conceptual and theoretical synthesis. *Rehabilitation Counseling Bulletin*. 2005;48(4):219-31.
15. Ramsay JR, Rostain AL. *Cognitive behavioral therapy for adult ADHD: An integrative psychosocial and medical approach*: Routledge; 2014.
16. Rostain AL, Ramsay JR. Adult with ADHD? Try medication+ psychotherapy. *Current Psychiatry*. 2006;5(2):13-6.
17. Young S, Bramham J. *ADHD in adults: A psychological guide to practice*: John Wiley & Sons; 2006.
18. Newark PE, Stieglitz R-D. Therapy-relevant factors in adult ADHD from a cognitive behavioural perspective. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*. 2010;2(2):59-72.
19. Ther BR. Cognitive assessment of obsessivecompulsive disorder. *Obsessive compulsive cognitions working group. Behav Res Ther*. 1997;35(7):667-81.
20. Barcaccia B, Tenore K, Mancini F. *Early Childhood Experiences Shaping Vulnerability To Obsessive-Compulsive Disorder*. *Clinical Neuropsychiatry*. 2015.
21. Şenormancı G, Konkan R, Şenormancı Ö. *Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Obsesif İnançlar*. 2017.
22. Bahceci B, Bagcioglu E, Çelik FH, Polat S, Koroglu A, Kandemir G, et al. The role of obsessive beliefs in patients with major depressive disorder. *International journal of psychiatry in clinical practice*. 2014;18(1):37-40.
23. Öncü B. *Kavramsan Açıdan DEHB ve Tarihçe Erişkinlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanı ve Tedavi Kılavuzu*. 2018;3-11.
24. Barkley RA, Peters H. The earliest reference to ADHD in the medical literature? Melchior Adam Weikard's description in 1775 of "attention deficit"(Mangel der Aufmerksamkeit, Attentio Volubilis). *Journal of attention disorders*. 2012;16(8):623-30.
25. Hoffmann H. *Struwwelpeter: Fearful Stories and Vile Pictures to Instruct Good Little Folks*: Feral House; 2012.
26. 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.
27. Still GF. Some abnormal psychical conditions in children: excerpts from three lectures. *Journal of attention disorders*. 2006;10(2):126-36.
28. Sandberg S, Barton J. Historical development. *Hyperactivity and attention disorders of childhood*. 2002;1-29.
29. Hohman LB. Post-encephalitic behavior disorders in children. *Johns Hopkins Hospt Bull*. 1922;33:372-5.
30. Ebaugh FG. Neuropsychiatric sequelae of acute epidemic encephalitis in children. *American Journal of Diseases of Children*. 1923;25(2):89-97.

31. Bradley C. The behavior of children receiving benzedrine. American journal of Psychiatry. 1937;94(3):577-85.
32. Laufer MW, Denhoff E. Hyperkinetic behavior syndrome in children. The Journal of pediatrics. 1957;50(4):463-74.
33. Hartocollis P. The syndrome of minimal brain dysfunction in young adult patients. Bulletin of the Menninger Clinic. 1968;32(2):102.
34. Wender PH. Minimal brain dysfunction in children: John Wiley & Sons; 1971.
35. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Second ed. (DSM II) Washington D.C., American Psychiatric Press. 1968.
36. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third ed. (DSM III), Washington D.C., American Psychiatric Press. 1980.
37. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Revised third ed., (DSM-III-R) Washington D.C., American Psychiatric Association. 1987.
38. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. Dördüncü baskı (DSM-IV), Washington DC, Amerikan Psikiyatri Birliği, E Köroğlu (1994'ten çev.), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, . 1998.
39. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. Yeniden gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM-IV-TR), Washington D.C., Amerikan Psikiyatri Birliği, E Köroğlu (2000'den çev.), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, . 2001.
40. Eisenberg L. Commentary with a historical perspective by a child psychiatrist: when "ADHD" was the "brain-damaged child". Journal of child and adolescent psychopharmacology. 2007;17(3):279-83.
41. Willcutt EG. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. Neurotherapeutics. 2012;9(3):490-9.
42. Polanczyk G, De Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. American journal of psychiatry. 2007;164(6):942-8.
43. Simon V, Czobor P, Bálint S, Mészáros A, Bitter I. Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. The British Journal of Psychiatry. 2009;194(3):204-11.
44. Lara C, Fayyad J, De Graaf R, Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Angermeyer M, et al. Childhood predictors of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: results from the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. Biological psychiatry. 2009;65(1):46-54.
45. Cheung CH, Rijdiğk F, McLoughlin G, Faraone SV, Asherson P, Kuntsi J. Childhood predictors of adolescent and young adult outcome in ADHD. Journal of psychiatric research. 2015;62:92-100.
46. van Lieshout M, Luman M, Twisk JW, van Ewijk H, Groenman AP, Thissen AJ, et al. A 6-year follow-up of a large European cohort of children with attention-deficit/hyperactivity disorder-combined subtype: outcomes in late adolescence and young adulthood. European child & adolescent psychiatry. 2016;25(9):1007-17.

47. Sibley MH, Mitchell JT, Becker SP. Method of adult diagnosis influences estimated persistence of childhood ADHD: a systematic review of longitudinal studies. *The Lancet Psychiatry*. 2016;3(12):1157-65.
48. Biederman J, Kwon A, Aleardi M, Chouinard V-A, Marino T, Cole H, et al. Absence of gender effects on attention deficit hyperactivity disorder: findings in nonreferred subjects. *American Journal of Psychiatry*. 2005;162(6):1083-9.
49. Cahill BS, Coolidge FL, Segal DL, Klebe KJ, Marle PD, Overmann KA. Prevalence of ADHD and its subtypes in male and female adult prison inmates. *Behavioral Sciences & the Law*. 2012;30(2):154-66.
50. Young S, Moss D, Sedgwick O, Fridman M, Hodgkins P. A meta-analysis of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in incarcerated populations. *Psychological medicine*. 2015;45(2):247-58.
51. Deberdt W, Thome J, Lebec J, Kraemer S, Fregenal I, Ramos-Quiroga JA, et al. Prevalence of ADHD in nonpsychotic adult psychiatric care (ADPSYC): A multinational cross-sectional study in Europe. *BMC psychiatry*. 2015;15(1):242.
52. Williamson D, Johnston C. Gender differences in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A narrative review. *Clinical psychology review*. 2015;40:15-27.
53. Faraone S, Asherson P, Banaschewski T, Biederman J, Buitelaar J, Ramos-Quiroga J, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews: Disease Primers*, 1, 15020. 2015.
54. Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA, et al. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*. 2005;57(11):1313-23.
55. Sprich S, Biederman J, Crawford MH, Mundy E, Faraone SV. Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2000;39(11):1432-7.
56. Rubia K, Alegria A, Brinson H. Imaging the ADHD brain: disorder-specificity, medication effects and clinical translation. *Expert review of neurotherapeutics*. 2014;14(5):519-38.
57. Zhu JL, Olsen J, Liew Z, Li J, Niclasen J, Obel C. Parental smoking during pregnancy and ADHD in children: the Danish national birth cohort. *Pediatrics*. 2014;134(2):e382-e8.
58. Biederman J, Fitzgerald M, Spencer TJ, Bhide PG, McCarthy DM, Woodworth KY, et al. Is paternal smoking at conception a risk for ADHD? a controlled study in youth with and without ADHD. *Journal of attention disorders*. 2017:1087054717690809.
59. Pirkle JL BJ, Caudill SP, Sosnoff CS, Pechacek TF. Trends in the exposure of nonsmokers in the US population to secondhand smoke: 1988-2002 *Environ Health Perspect*., 2006;Jun;114(6):853-8.
60. Fagnano M CK, Halterman JS. Environmental tobacco smoke and behaviors of inner-city children with asthma *Ambul Pediatr*. 2008;8:288-93.
61. Hamer M FT, Stamatakis E, Dockray S, Batty GD. Objectively measured secondhand smoke exposure and mental health in children: evidence from the Scottish Health Survey. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2011; 165:326-31.

62. Hesna Gül BÖ. Environmental Factors in the Etiology of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-. Current Approaches in Psychiatry. 2018;10(2):138-75.
63. Asherson P, Buitelaar J, Faraone SV, Rohde LA. Adult attention-deficit hyperactivity disorder: key conceptual issues. *The Lancet Psychiatry*. 2016;3(6):568-78.
64. Magnin E, Maurs C. Attention-deficit/hyperactivity disorder during adulthood. *Revue neurologique*. 2017;173(7-8):506-15.
65. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*. 2005;62(6):593-602.
66. Polanczyk G, Caspi A, Houts R, Kollins SH, Rohde LA, Moffitt TE. Implications of extending the ADHD age-of-onset criterion to age 12: results from a prospectively studied birth cohort. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2010;49(3):210-6.
67. Larsson H, Dilshad R, Lichtenstein P, Barker ED. Developmental trajectories of DSM-IV symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder: Genetic effects, family risk and associated psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2011;52(9):954-63.
68. Cheung CH, Rijdsdijk F, McLoughlin G, Brandeis D, Banaschewski T, Asherson P, et al. Cognitive and neurophysiological markers of ADHD persistence and remission. *The British Journal of Psychiatry*. 2016;208(6):548-55.
69. Caye A, Rocha TB-M, Anselmi L, Murray J, Menezes AM, Barros FC, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder trajectories from childhood to young adulthood: evidence from a birth cohort supporting a late-onset syndrome. *JAMA psychiatry*. 2016;73(7):705-12.
70. Agnew-Blais JC, Polanczyk GV, Danese A, Wertz J, Moffitt TE, Arseneault L. Evaluation of the persistence, remission, and emergence of attention-deficit/hyperactivity disorder in young adulthood. *JAMA psychiatry*. 2016;73(7):713-20.
71. Moffitt TE, Houts R, Asherson P, Belsky DW, Corcoran DL, Hammerle M, et al. Is adult ADHD a childhood-onset neurodevelopmental disorder? Evidence from a four-decade longitudinal cohort study. *American Journal of Psychiatry*. 2015;172(10):967-77.
72. Faraone SV, Biederman J. Can attention-deficit/hyperactivity disorder onset occur in adulthood? *JAMA psychiatry*. 2016;73(7):655-6.
73. Kennedy M, Kreppner J, Knights N, Kumsta R, Maughan B, Golm D, et al. Early severe institutional deprivation is associated with a persistent variant of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: clinical presentation, developmental continuities and life circumstances in the English and Romanian Adoptees study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2016;57(10):1113-25.
74. Lecendreux M, Lavault S, Lopez R, Inocente CO, Konofal E, Cortese S, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) symptoms in pediatric narcolepsy: a cross-sectional study. *Sleep*. 2015;38(8):1285-95.
75. Bioulac S, Micoulaud-Franchi J-A, Philip P. Excessive daytime sleepiness in patients with ADHD—diagnostic and management strategies. *Current psychiatry reports*. 2015;17(8):69.

76. Lopez R, Micoulaud-Franchi J-A, Galera C, Dauvilliers Y. Is adult-onset attention deficit/hyperactivity disorder frequent in clinical practice? *Psychiatry research*. 2017;257:238-41.
77. Kadesjö B, Gillberg C. The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines*. 2001;42(4):487-92.
78. Biederman J, Milberger S, Faraone SV, Kiely K, Guite J, Mick E, et al. Impact of adversity on functioning and comorbidity in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1995;34(11):1495-503.
79. Brod M, Schmitt E, Goodwin M, Hodgkins P, Niebler G. ADHD burden of illness in older adults: a life course perspective. *Quality of Life Research*. 2012;21(5):795-9.
80. Bron TI, Bijlenga D, Verduijn J, Penninx BW, Beekman AT, Kooij JS. Prevalence of ADHD symptoms across clinical stages of major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2016;197:29-35.
81. Fischer AG, Bau CH, Grevet EH, Salgado CA, Victor MM, Kalil KL, et al. The role of comorbid major depressive disorder in the clinical presentation of adult ADHD. *Journal of psychiatric research*. 2007;41(12):991-6.
82. Tamam L, Demirkol ME. Erişkin dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu ve duygudurum bozuklukları. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*. 2012;5(1):48-53.
83. Karaahmet E, Konuk N, Dalkilic A, Saracli O, Atasoy N, Kurçer MA, et al. The comorbidity of adult attention-deficit/hyperactivity disorder in bipolar disorder patients. *Comprehensive psychiatry*. 2013;54(5):549-55.
84. Brus MJ, Solanto MV, Goldberg JF. Adult ADHD vs. bipolar disorder in the DSM-5 era: a challenging differentiation for clinicians. *Journal of Psychiatric Practice®*. 2014;20(6):428-37.
85. Nierenberg AA, Miyahara S, Spencer T, Wisniewski SR, Otto MW, Simon N, et al. Clinical and diagnostic implications of lifetime attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity in adults with bipolar disorder: data from the first 1000 STEP-BD participants. *Biological psychiatry*. 2005;57(11):1467-73.
86. Donfrancesco R, Di Trani M, Andriola E, Leone D, Torrioli MG, Passarelli F, et al. Bipolar disorder in children with ADHD: a Clinical Sample Study. *Journal of attention disorders*. 2017;21(9):715-20.
87. Biederman J, Faraone SV, Keenan K, Benjamin J, Krifcher B, Moore C, et al. Further evidence for family-genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder: Patterns of comorbidity in probands and relatives in psychiatrically and pediatrically referred samples. *Archives of general psychiatry*. 1992;49(9):728-38.
88. Koyuncu A, Tutkunkardas D, Binbay Z, Ozyildirim I, Ertekin E, Tükel R. P-119-The prevalence and clinical features of adult attention deficit-hyperactivity disorder in social anxiety disorder patients. *European Psychiatry*. 2012;27:1.
89. Abramovitch A, Dar R, Mittelman A, Wilhelm S. Comorbidity between attention deficit/hyperactivity disorder and obsessive-compulsive disorder across the lifespan: a systematic and critical review. *Harvard review of psychiatry*. 2015;23(4):245.

90. Tan O, Metin B, Metin S. Obsessive–compulsive adults with and without childhood ADHD symptoms. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*. 2016;8(3):131-8.
91. Zulauf CA, Sprich SE, Safren SA, Wilens TE. The complicated relationship between attention deficit/hyperactivity disorder and substance use disorders. *Current psychiatry reports*. 2014;16(3):436.
92. Chan Y-F, Dennis ML, Funk RR. Prevalence and comorbidity of major internalizing and externalizing problems among adolescents and adults presenting to substance abuse treatment. *Journal of substance abuse treatment*. 2008;34(1):14-24.
93. Kooij JS, Huss M, Asherson P, Akehurst R, Beusterien K, French A, et al. Distinguishing comorbidity and successful management of adult ADHD. *Journal of attention disorders*. 2012;16(5_suppl):3S-19S.
94. Aksoy UM., Semerci B. Kişilik Bozuklukları ve DEHB. Erişkinlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2018:209-214.
95. Tarakçıoğlu MC., Aksoy UM. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Yeme Bozuklukları Birlikteliği. Erişkinlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanı ve Tedavi Kılavuzu. 2018:217-226
96. Pagoto SL, Curtin C, Lemon SC, Bandini LG, Schneider KL, Bodenlos JS, et al. Association between adult attention deficit/hyperactivity disorder and obesity in the US population. *Obesity*. 2009;17(3):539-44.
97. Nazar BP, Bernardes C, Peachey G, Sergeant J, Mattos P, Treasure J. The risk of eating disorders comorbid with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*. 2016;49(12):1045-57.
98. Cortese S1 M-MC, St Fleur D1, Morcillo-Peñalver C1, Rohde LA1, Faraone SV1. Association Between ADHD and Obesity: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Psychiatry*. 2016;Jan;173(1):34-43.
99. Barkley RA. Major life activity and health outcomes associated with attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Journal of clinical psychiatry*. 2002.
100. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2006;45(2):192-202.
101. Biederman J, Faraone SV. The effects of attention-deficit/hyperactivity disorder on employment and household income. *Medscape General Medicine*. 2006;8(3):12.
102. Lichtenstein P, Larsson H. Medication for attention deficit-hyperactivity disorder and criminality. *The New England journal of medicine*. 2013;368(8):776.
103. Chang Z, Lichtenstein P, D'onofrio BM, Sjölander A, Larsson H. Serious transport accidents in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and the effect of medication: a population-based study. *JAMA psychiatry*. 2014;71(3):319-25.
104. Chang Z, Lichtenstein P, Halldner L, D'onofrio B, Serlachius E, Fazel S, et al. Stimulant ADHD medication and risk for substance abuse. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2014;55(8):878-85.

- 105.Chen Q SA, Runeson B, D'Onofrio BM, Lichtenstein P, Larsson H. Drug treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder and suicidal behaviour: register based study. . BMJ 2014; 348: g3769.
- 106.Mahone EM, Denckla MB. Attention-deficit/hyperactivity disorder: A historical neuropsychological perspective. Journal of the International Neuropsychological Society. 2017;23(9-10):916-29.
- 107.Stahl SM. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve tedavisi. Stahl'ın Temel Psikofarmakolojisi Sinirbilimsel Temeli ve Pratik Uygulaması.490.
- 108.Tuğlu C. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu. psikiyatride güncel update in psychiatry. 2016(Erişkinlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Farmakolojik Tedavisi):339.
- 109.Philipsen A. Psychotherapy in adult attention deficit hyperactivity disorder: implications for treatment and research. Expert review of neurotherapeutics. 2012;12(10):1217-25.
- 110.Young S, Myanthi Amarasinghe J. Practitioner review: Non-pharmacological treatments for ADHD: A lifespan approach. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2010;51(2):116-33.
- 111.Philipsen A, Jans T, Graf E, Matthies S, Borel P, Colla M, et al. Comparison of Methylphenidate and Psychotherapy in Adult ADHD Study (COMPAS) Consortium.(2015). Effects of group psychotherapy, individual counseling, methylphenidate, and placebo in the treatment of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: A randomized clinical trial. JAMA Psychiatry. 2015;72(12):1199-210.
- 112.Aksoy UM. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Psikiyatride güncel update in psychiatry. 2016(Erişkinlerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tedavisinde psikoterapi ve psikososyal yaklaşımlar).
- 113.Leidy NK, Revicki DA, Genesté B. Recommendations for evaluating the validity of quality of life claims for labeling and promotion. Value in Health. 1999;2(2):113-27.
- 114.Calman KC. Quality of life in cancer patients--an hypothesis. Journal of medical ethics. 1984;10(3):124-7.
- 115.Group W. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Social science & medicine. 1995;41(10):1403-9.
- 116.Bastiaansen D, Koot HM, Ferdinand RF. Psychopathology in children: Improvement of quality of life without psychiatric symptom reduction? European child & adolescent psychiatry. 2005;14(7):364-70.
- 117.Danckaerts M, Sonuga-Barke EJ, Banaschewski T, Buitelaar J, Döpfner M, Hollis C, et al. The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. European child & adolescent psychiatry. 2010;19(2):83-105.
- 118.Sawyer MG, Whaites L, Rey JM, Hazell PL, Graetz BW, Baghurst P. Health-related quality of life of children and adolescents with mental disorders. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2002;41(5):530-7.
- 119.Patrick DL, Deyo RA. Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. Medical care. 1989:S217-S32.

120. Eiser C, Cotter I, Oades P, Seamark D, Smith R. Health-related quality-of-life measures for children. *International Journal of Cancer*. 1999;83(S12):87-90.
121. Biederman J, Mick E, Faraone SV. Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *American journal of psychiatry*. 2000;157(5):816-8.
122. Matza LS, Johnston, J. A., Faries, D. E., Malley, K. G., & Brod, M. Responsiveness of the adult attention-deficit/hyperactivity disorder quality of life scale (AAQoL). *Quality of Life Research*. 2007;16, 1511–20.
123. Chao CY, Gau SS, Mao WC, Shyu JF, Chen YC, Yeh CB. Relationship of attention-deficit–hyperactivity disorder symptoms, depressive/anxiety symptoms, and life quality in young men. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 2008;62(4):421-6.
124. Yang H-N, Tai Y-M, Yang L-K, Gau SS-F. Prediction of childhood ADHD symptoms to quality of life in young adults: adult ADHD and anxiety/depression as mediators. *Research in developmental disabilities*. 2013;34(10):3168-81.
125. Lensing MB, Zeiner P, Sandvik L, Opjordsmoen S. Quality of life in adults aged 50+ with ADHD. *Journal of attention disorders*. 2015;19(5):405-13.
126. Uneri OS, Senses-Dinc G, Goker Z. The quality of life (QoL) in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *ADHD-New Directions in Diagnosis and Treatment: IntechOpen*; 2015.
127. Boysan M, Besiroglu L, Çetinkaya N, Atli A, Aydin A. Obsesif İnanislar Ölçeği-44'ün (OIÖ-44) Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliliği/The Validity and Reliability of the Turkish Version of the Obsessive Beliefs Questionnaire-44 (OBQ-44). *Noro-Psikiyatri Arsivi*. 2010;47(3):216.
128. Salkovskis PM, Wroe A, Gledhill A, Morrison N, Forrester E, Richards C, et al. Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*. 2000;38(4):347-72.
129. Salkovskis P, Shafran R, Rachman S, Freeston MH. Multiple pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: Possible origins and implications for therapy and research. *Behaviour Research and Therapy*. 1999;37(11):1055-72.
130. Rachman S. A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behaviour research and therapy*. 1998;36(4):385-401.
131. Flett GL, Hewitt PL. The cognitive and treatment aspects of perfectionism: Introduction to the special issue. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. 2004;22(4):229-36.
132. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: A practitioner's guide*: Guilford Press; 2003.
133. Ramsay JR. The relevance of cognitive distortions in the psychosocial treatment of adult ADHD. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2017;48(1):62.
134. Strohmeier CW, Rosenfield B, DiTomasso RA, Ramsay JR. Assessment of the relationship between self-reported cognitive distortions and adult ADHD, anxiety, depression, and hopelessness. *Psychiatry research*. 2016;238:153-8.

135. Young S. Coping strategies used by adults with ADHD. *Personality and Individual Differences*. 2005;38(4):809-16.
136. Çorapçıoğlu A AÖ, Yıldız M, Köroğlu E. “DSM-IV Eksen I Bozuklukları (SCID-I) için Yapılandırılmış Klinik Görüşme” Klinik Versiyon Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 1999.
137. Öncü B, Ölmez Ş, Şentürk V. Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği Türkçe Formunun Erişkin Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu’nda Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2005;16(4):252-9.
138. Gunay S, Savran C, Aksoy U, Maner F, Turgay A, Yargic I. The norm study, transliteral equivalence, validity, reliability of adult hyperactivity scale in Turkish adult population. *Psychiatry in Turkey*. 2006;8(2):98-107.
139. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of general psychiatry*. 1989;46(11):1006-11.
140. Karamustafalıoğlu O, Üçışık M, Ulusoy M, Erkmen H. Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması, Serbest Bildiri. Bursa.
141. Group OCCW. Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusions inventory—Part 2: Factor analyses and testing of a brief version. *Behaviour Research and Therapy*. 2005;43(11):1527-42.
142. Group TW. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social science & medicine*. 1998;46(12):1569-85.
143. Eser SY, Fidaner H, Fidaner C, Elbi H, Eser E, Göker E. Yaşam kalitesinin ölçülmesi. WHOQOL-100 ve WHOQOL-Bref 3P dergisi. 1999;7(2):5-13.
144. Eser E, Fidaner H, Fidaner C, Eser SY, Elbi H, Göker E. WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF’in psikometrik özellikleri. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*. 1999;7(Suppl 2):23-40.
145. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, Işcan N, Özbay H. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)’nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. 1996;4(4):251-9.
146. Yazıcı MK DB, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenirlilik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1998;9:114-7.
147. Faraone SV, Biederman J. What is the prevalence of adult ADHD? Results of a population screen of 966 adults. *Journal of attention disorders*. 2005;9(2):384-91.
148. Hechtman L, Swanson JM, Sibley MH, Stehli A, Owens EB, Mitchell JT, et al. Functional adult outcomes 16 years after childhood diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder: MTA results. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2016;55(11):945-52. e2.
149. Fried R, Petty C, Faraone SV, Hyder LL, Day H, Biederman J. Is ADHD a risk factor for high school dropout? A controlled study. *Journal of attention disorders*. 2016;20(5):383-9.
150. Meszaros G, Horvath LO, Balazs J. Self-injury and externalizing pathology: a systematic literature review. *BMC psychiatry*. 2017;17(1):160.

151. Hinshaw SP, Owens EB, Zalecki C, Huggins SP, Montenegro-Nevado AJ, Schrodek E, et al. Prospective follow-up of girls with attention-deficit/hyperactivity disorder into early adulthood: Continuing impairment includes elevated risk for suicide attempts and self-injury. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2012;80(6):1041.
152. Meza JI, Owens EB, Hinshaw SP. Response inhibition, peer preference and victimization, and self-harm: Longitudinal associations in young adult women with and without ADHD. *Journal of abnormal child psychology*. 2016;44(2):323-34.
153. Taylor MR, Boden JM, Rucklidge JJ. The relationship between ADHD symptomatology and self-harm, suicidal ideation, and suicidal behaviours in adults: a pilot study. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*. 2014;6(4):303-12.
154. Bengi Semerci UMA. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Anksiyete Bozuklukları. Erişkinlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanı ve Tedavi Kılavuzu. 2018:157-8.
155. Biederman J, Petty C, Spencer TJ, Woodworth KY, Bhide P, Zhu J, et al. Is ADHD a risk for posttraumatic stress disorder (PTSD)? Results from a large longitudinal study of referred children with and without ADHD. *The World Journal of Biological Psychiatry*. 2014;15(1):49-55.
156. Bengi Semerci UMA. Duygudurum Bozuklukları Eştanısı-Bipolar Bozukluk ve Depresyon. Erişkinlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanı ve Tedavi Kılavuzu. 2018:144.
157. Murat Altın BS. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Anksiyete Bozuklukları. Erişkinlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanı ve Tedavi Kılavuzu. 2018:153.
158. Quintero J, Morales I, Vera R, Zuluaga P, Fernández A. The Impact of Adult ADHD in the Quality of Life Profile. *Journal of attention disorders*. 2017;1087054717733046.
159. Sobanski E. Psychiatric comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2006;256(1):i26-i31.
160. Wender PH. Pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *The Journal of clinical psychiatry*. 1998;59:76-9.
161. Murat Altın BS. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Anksiyete Bozuklukları. Erişkinlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanı ve Tedavi Kılavuzu. 2018(Tedavi):161.
162. Tolin DF, Worhunsky P, Maltby N. Are “obsessive” beliefs specific to OCD?: a comparison across anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*. 2006;44(4):469-80.
163. Calamari JE, Cohen RJ, Rector NA, Szacun-Shimizu K, Riemann BC, Norberg MM. Dysfunctional belief-based obsessive-compulsive disorder subgroups. *Behaviour Research and Therapy*. 2006;44(9):1347-60.
164. Chik HM, Calamari JE, Rector NA, Riemann BC. What do low-dysfunctional beliefs obsessive-compulsive disorder subgroups believe? *Journal of Anxiety Disorders*. 2010;24(8):837-46.
165. Wheaton MG, Abramowitz JS, Berman NC, Riemann BC, Hale LR. The relationship between obsessive beliefs and symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2010;48(10):949-54.

166. Shams G, Milosevic I. A comparative study of obsessive beliefs in obsessive-compulsive disorder, anxiety disorder patients and a normal group. *Acta Medica Iranica*. 2015;301-10.
167. Sica C, Coradeschi D, Sanavio E, Dorz S, Manchisi D, Novara C. A study of the psychometric properties of the Obsessive Beliefs Inventory and Interpretations of Intrusions Inventory on clinical Italian individuals. *Journal of Anxiety Disorders*. 2004;18(3):291-307.
168. Taylor S, Abramowitz JS, McKay D, Calamari JE, Sookman D, Kyrios M, et al. Do dysfunctional beliefs play a role in all types of obsessive-compulsive disorder? *Journal of Anxiety Disorders*. 2006;20(1):85-97.
169. Konkan R, Aydin E, Güçlü O, Senormanci Ö, Sungur MZ. Panik Bozukluğu Olan Hastalarda Obsesif İnançlar/Obsessive Beliefs in Panic Disorder Patients. *Noro-Psikiyatri Arşivi*. 2013;50(2):141.
170. Dönmezler FG. Bipolar Bozuklukta Obsesif İnanışlar. *Bakırköy Ruh ve Sinir Hast Hastan Tıpta Uzm Tezi*. 2017:1-97.
171. Huppert J, Zlotnick E. Core fears, values, and obsessive-compulsive disorder: a preliminary clinical-theoretical outlook. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*. 2012;18(1):91-102.
172. Mancini F, Barcaccia B. DO WE NEED A COGNITIVE THEORY FOR OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER? YES, WE DO. *Clinical Neuropsychiatry*. 2014;11(6).
173. Waters TL, Barrett PM. The role of the family in childhood obsessive-compulsive disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2000;3(3):173-84.
174. Van Noppen B, Steketee G. Testing a conceptual model of patient and family predictors of obsessive compulsive disorder (OCD) symptoms. *Behaviour Research and Therapy*. 2009;47(1):18-25.
175. Mancini F, Gangemi A. Fear of guilt from behaving irresponsibly in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2004;35(2):109-20.
176. Mancini F, Gangemi A. The role of responsibility and fear of guilt in hypothesis-testing. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2006;37(4):333-46.
177. Mancini F, D'Olimpio F, D'Ercole S. Responsibility attitude, obsession and compulsion: further support in a non-clinical sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*. 2001;8(4):274-81.
178. Çöp E., KÜLTÜR SEÇ, DİNÇ GŞ. Anababalık Tutumları ile Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Belirtileri Arasındaki İlişki. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2017;28(1):25-32
179. Woodward L, Taylor E, Dowdney L. The parenting and family functioning of children with hyperactivity. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 1998;39(2):161-9.
180. Johnston C, Mash EJ. Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clinical child and family psychology review*. 2001;4(3):183-207.
181. Bradbury C, Cassin SE, Rector NA. Obsessive beliefs and neurocognitive flexibility in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*. 2011;187(1-2):160-5.

- 182.Şahin H, Köşger F, EşSizoğlu A, Aksaray G. The Relationship Between Obsessive Belief Level and Cognitive Flexibility in Patients with Obsessive Compulsive Disorder. *Archives of Neuropsychiatry*. 2018;55(4):376.
- 183.Johnson DE, Epstein JN, Waid LR, Latham PK, Voronin KE, Anton RF. Neuropsychological performance deficits in adults with attention deficit/hyperactivity disorder. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 2001;16(6):587-604.
- 184.Argus G, Thompson M. Perceived social problem solving, perfectionism, and mindful awareness in clinical depression: An exploratory study. *Cognitive Therapy and research*. 2008;32(6):745-57.
- 185.Ramsay RJ, Rostain AL. A cognitive therapy approach for adult attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2003;17(4):319-34.
- 186.Torrente F, López P, Alvarez Prado D, Kichic R, Cetkovich-Bakmas M, Lischinsky A, et al. Dysfunctional Cognitions and their Emotional, Behavioral, and Functional Correlates in Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Is the Cognitive-Behavioral Model Valid? *Journal of attention disorders*. 2014;18(5):412-24.
- 187.Rimmerman A, Yurkevich O, Birger M, Araten-Bergman T. Quality of life of men and women with borderline intelligence and attention deficit disorders living in community residences: a comparative study. *Journal of attention disorders*. 2005;9(2):435-43.
- 188.Agarwal R, Goldenberg M, Perry R, Ishak WW. The quality of life of adults with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review. *Innovations in clinical neuroscience*. 2012;9(5-6):10.
- 189.Graetz BW, Sawyer MG, Hazell PL, Arney F, Baghurst P. Validity of DSM-IV ADHD subtypes in a nationally representative sample of Australian children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2001;40(12):1410-7.
- 190.Landgraf JM, Rich M, Rappaport L. Measuring quality of life in children with attention-deficit/hyperactivity disorder and their families: development and evaluation of a new tool. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2002;156(4):384-91.
- 191.Ogg JA, Bateman L, Dedrick RF, Suldo SM. The relationship between life satisfaction and ADHD symptoms in middle school students: Using a bifactor model. *Journal of attention disorders*. 2016;20(5):390-9.
- 192.Gjervan B, Torgersen T, Nordahl HM, Rasmussen K. Functional impairment and occupational outcome in adults with ADHD. *Journal of attention disorders*. 2012;16(7):544-52.
- 193.Bateman LP. Relationships between life satisfaction, symptoms of ADHD, and associated outcomes in middle school students. 2010.

8. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı: Kıymet ÇAĞLAR MENGİ

Doğum Yeri ve Tarihi: Bulgaristan Kırcaali, 1988

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti

Medeni Durumu: Evli

İletişim Adresi: Zuhuratbaba mah. Türkîş cad. Akakçe Apt. No:17
Bakırköy/İstanbul

Yabancı Dili: İngilizce

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi: 2007-2013

Osmangazi Gazi Anadolu Lisesi: 2003-2006

Pertevniyal Lisesi: 2002-2003

Kanarya İlköğretim Okulu: 1994-2002

III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru)

Pratisyen Hekim: 2013-2014

Asistan Hekim: 2014-2019

IV- Mesleki Deneyimleri:

Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve
Araştırma Hastanesi Asistan Hekim (2016-2019)

Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Araştırma
Görevlisi (2014-2015)

Çorlu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Pratisyen Hekim (2013)

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Türk Psikiyatri Derneği

VI- Bilimsel İlgi Alanları

Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

Nöropsikiyatri

Geriatrik Psikiyatri

Kadın Ruh Sağlığı

Sözlü Bildiriler:

1. Kıymet Çağlar Mengi, Erkan Aydın Anksiyete Bozukluklarında Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Belirtilerinin Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisi 4. Psikiyatri Zirvesi ve 11. Anksiyete Kongresi 2019

Poster Bildirileri:

1. Kıymet Çağlar, Nuray Atasoy, Özge Saraçlı, Ömer Şenormancı, Levent Atık Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Adli Olguların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri 50. Ulusal Psikiyatri Kongresi 2014
2. Kıymet Çağlar, Pınar Çetinay Aydın, Nazan Aydın MS, B İnterferon, Duloksetin, Hıptiroidi, Manik Kayma Karmaşası 20. Tpd Yıllık Toplantısı ve Eğitim Sempozyumu 2016
3. Sinem Acar, Hasan Mervan Aytaç, Kıymet Çağlar, Sadık Yiğit, Nalan Öztürk, Pınar Çetinay Aydın, Nazan Aydın Farklı Psikiyatrik Tanılı Hastalarda Çocukluk Çağı Travması Ve Dissosiyatif Özellikler 52. Ulusal Psikiyatri Kongresi 2016
4. Kıymet Çağlar Mengi, Buket Güngör Temporal Bölgedeki Kavernöz Hemanjiomun Klinik Prezantasyonu 54. Ulusal Psikiyatri Kongresi 2018

Ödüller

1. Kıymet Çağlar Mengi, Erkan Aydın Anksiyete Bozukluklarında Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Belirtilerinin Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisi Anksiyete Bozuklukları Derneği Ödülü 2019

VIII- Diğer Bilgiler

Destekleyici Psikoterapi Eğitimi 2018-halen devam etmekte

Bilişsel Davranışçı Hipnoterapi: Prof. Dr. Atilla Soykan 2016-2017

Kabul Kararlılık Terapisi: Doç. Dr. K. Fatih Yavuz 2017-2018

Hipnoz Eğitimi: Uzm. Dr. Şeref Özer 2018

9. EKLER

EK 1 - ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
S.B.Ü. BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN
RUH SAĞLIĞI VE SINIR HASTALIKLARI
SUAM



06.03.2018

TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ KURULU KARARI

İlgi : Asist. Dr. Kıymet ÇAĞLAR MENGLİ'nin 26.02.2018 tarih ve 71211201-000-7493 sayılı dilekçesi

Hastanemizin Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu Hastane Yönetici Başhekimisi Doç. Dr. Murat ERKIRAN, Hastane Eğitim Koordinatörü Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU ve üyeler Doç. Dr. Bekir TUĞCU, Doç. Dr. H. Dilek ATAĞLI ve Doç. Dr. Gül KARAÇETİN'in katılımları ile 06.03.2018 tarihinde toplanmış;

Hastanemizin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde Uzmanlık Öğrencisi olarak görev ifa eden Asist. Dr. Kıymet ÇAĞLAR MENGLİ'nin, Program Yöneticisi tarafından belirlenen Tez Danışmanı Başasistan Uz. Dr. Erkan AYDIN'ın eşliğinde yürütülecek olan "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Erişkinlerde Obsesif İnanışlar ve Yaşam Kalitesi" başlıklı tez protokolü ve ekleri 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun Ek 9. Maddesine, 06.06.2016 tarih ve 29744 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarına ait Sağlık Tesisleri ve Üniversitelere ait İlgili Birimlerin Birlikte Kullanımı ve İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmeliği'ne, 26.04.2014 tarih ve 28983 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Tıpta ve Dış Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği'ne, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 13.02.2014 tarihli Eğitim Planlama Kurulunun (EPK) Görevlerine Dair Yönergeye dayanarak hazırlanmış olan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönergesi'ne istinaden kurulumuzca 143 protokol no ile onaylanmıştır.

Ayrıca bilgileri ve ekleri verilen tez protokolü; gerekçesi, amaçları, yaklaşımı ve yöntemleri dikkate alınarak değerlendirildiğinde, çalışmanın belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinin, sonuçlarının yayın yapılmasının Hasta Hakları Yönetmeliği, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi kurallarına göre etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Doç. Dr. Murat ERKIRAN
Başkan

Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU
Eğitim Koordinatörü

Doç. Dr. Bekir TUĞCU
Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği
Üye

Doç. Dr. H. Dilek ATAĞLI
Nöroloji Kliniği
Üye

Doç. Dr. Gül KARAÇETİN
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Üye

EK 2 - BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU

Sayın Katılımcımız;

Bu çalışmada yer almanız isteğinize bağlıdır. Çalışmayı reddetme ve çalışmanın herhangi bir yerinde ayrılma hakkına sahipsiniz. Bu durum herhangi bir cezai duruma veya tedaviniz için herhangi bir olumsuzluğa yol açmayacaktır.

Çalışmamızda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanılı erişkinlerde obsesif inanışlar ve bunun yaşam kalitesi üzerine etkisinin araştırılması amaçlanmaktadır.

Çalışmaya katılmanız halinde klinisyen tarafından klinik değerlendirme yapılacak, bilgilendirilmiş onam, sosyodemografik veri formu, Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, Hamilton Depresyon Ölçeği, Hamilton Anksiyete Ölçeği klinisyenle birlikte doldurulacak, Obsesif İnanışlar Ölçeği, Erişkin Dikkat Eksikliği-Hiperaktivite Ölçeği, Wender –Utah Derecelendirme Ölçeği, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu tarafınızca doldurulacaktır. Hiçbir şekilde size verilmiş olan tedavi değiştirilmeyecektir.

Çalışmamız etik kuruldan izin alınarak gerçekleştirilmektedir. Bu olur formunun bir örneği size verildikten sonra çalışmaya başlanacaktır. Bu çalışmada elde edilen sonuçlar kimliğiniz bildirilmeden sadece bilimsel amaçlarla yayınlanacaktır. İstemediğiniz takdirde verdiğiniz bilgiler çalışmada kullanılmayacaktır. Çalışma Dr. Kıymet Çağlar Mengi, Dr. Erkan Aydın tarafından yürütülecektir. Herhangi bir nedenle 0 212 4091515-1316 numaralı telefona ve kiymet_caglar@hotmail.com'a başvurabilirsiniz.

Bu formu okudum ve anladım. Bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Katılımcının

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi ve Telefonu :

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasisinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi ve Telefonu :

Açıklamaları yapan araştırmacının;

Adı Soyadı:

İmzası:

Tanık olanın;

Adı Soyadı:

İmzası:

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sayın Katılımcımız;

Bu çalışmada yer almanız isteğinize bağlıdır. Çalışmayı reddetme ve çalışmanın herhangi bir yerinde ayrılma hakkına sahipsiniz. Bu durum herhangi bir cezai duruma yol açmayacaktır.

Çalışmamızda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanımlı erişkinlerde obsesif inanışlar ve bunun yaşam kalitesi üzerine etkisinin araştırılması amaçlanmaktadır.

Çalışmaya katılmanız halinde klinisyen tarafından klinik değerlendirme yapılacak, bilgilendirilmiş onam, sosyodemografik veri formu, Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, Hamilton Depresyon Ölçeği, Hamilton Anksiyete Ölçeği klinisyenle birlikte doldurulacak, Obsesif İnanışlar Ölçeği, Erişkin Dikkat Eksikliği-Hiperaktivite Ölçeği, Wender –Utah Derecelendirme Ölçeği, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu tarafınızca doldurulacaktır.

Çalışmamız etik kuruldan izin alınarak gerçekleştirilmektedir. Bu olur formunun bir örneği size verildikten sonra çalışmaya başlanacaktır. Bu çalışmada elde edilen sonuçlar kimliğiniz bildirilmeden sadece bilimsel amaçlarla yayınlanacaktır. İstemediğiniz takdirde verdiğiniz bilgiler çalışmada kullanılmayacaktır. Çalışma Dr. Kıymet Çağlar Mengi, Dr. Erkan Aydın tarafından yürütülecektir. Herhangi bir nedenle 0 212 4091515-1316 numaralı telefona ve kiymet_caglar@hotmail.com'a başvurabilirsiniz.

Bu formu okudum ve anladım. Bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Katılımcının

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi ve Telefonu :

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasisinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi ve Telefonu :

Açıklamaları yapan araştırmacının;

Adı Soyadı:

İmzası:

Tanık olanın;

Adı Soyadı:

İmzası:

EK 3 – SOSYODEMOGRAFİK ve KLİNİK VERİ FORMU

1. **Adı Soyadı:**
2. **Doğum tarihi:**
3. **Cinsiyet:** (1)Kadın (2)Erkek
4. **Medeni durum:** (1)Evli (2)Bekar (3)Boşanmış (4)Dul
5. **Eğitim:** (1) ilkokul (2)Ortaokul (3)Lise (4)Yüksekokul (5)Lisans (6)Yüksek lisans (7)Doktora
6. **Yaşadığı yer:** (1)Kent (2)Kırsal
7. **Çalışıyor mu?** (1)Evet (2)Hayır (3)Öğrenci
8. **Mesleği:**
9. **Öğrenciyse kaçınıcı sınıfta okuduğu**.....
10. **Çalıştığı işin mesleği ile uygunluğu:** (1)Uygun (2) Uygun değil
11. **Ek psikiyatrik hastalıklar:** (1)Otizm Spektrum Bozuklukları (2)Depresyon (3)Bipolar (4)OKB (5)Anksiyete Bozuklukları (6)Madde kötüye kullanımı (7)Yeme Bozuklukları (8)Öfke Kontrol Bozuklukları (9)Şizofreni (10)
12. **Annede psikiyatrik hastalık öyküsü:** (1)Otizm Spektrum Bozuklukları (2)Depresyon (3)Bipolar (4)OKB (5)Anksiyete Bozuklukları (6)Madde kötüye kullanımı (7)Yeme Bozuklukları (8)Öfke Kontrol Bozuklukları (9) DEHB (10) Şizofreni (11)Diğer
13. **Babada psikiyatrik hastalık öyküsü:** : (1)Otizm Spektrum Bozuklukları (2)Depresyon (3)Bipolar (4)OKB (5)Anksiyete Bozuklukları (6)Madde kötüye kullanımı (7)Yeme Bozuklukları (8)Öfke Kontrol Bozuklukları (9) DEHB (10) Şizofreni (11)Diğer
14. **Kardeşlerinde psikiyatrik hastalık öyküsü:** (1)Otizm Spektrum Bozuklukları (2)Depresyon (3)Bipolar (4)OKB (5)Anksiyete Bozuklukları (6)Madde kötüye kullanımı (7)Yeme Bozuklukları (8)Öfke Kontrol Bozuklukları (9) DEHB (10) Şizofreni (11)Diğer
15. **Sınıfta kalma öyküsü:** (1)Evet (2)Hayır
16. **DEHB tanısı alma yaşı:**.....
17. **Hastalık süresi:**.....**Ay**
18. **Kullandığı ilaçlar:****Kaç yıldır kullanıyor:**.....
19. **DEHB’de önerilen ilaçları düzenli kullanıyor mu?** (1)evet (2)hayır
20. **Psikiyatri poliklinik kontrollerine düzenli aralıklarla geliyor mu?** (1)evet (2)hayır
21. **Alışkanlıklar miktar ve süresi:** (1) Sigara: (2) Alkol: (3)PAM:
22. **Bilinen başka bir tıbbi hastalık:**
23. **İntihar girişimi öyküsü:** (1) Var (2)Yok
24. **İntihar girişimi varsa sayısı:**.....
25. **Birlikte yaşadığı kişiler:** (1)Yalnız yaşıyor (2)Ailesiyle yaşıyor (3)Arkadaşlarıyla yaşıyor
26. **Birlikte yaşadığı kişilerden yeterince destek görüyor mu?:** (1)Evet (2)Hayır
27. **Kötüye kullanım / Travma:** 1.Var 2.Yok 3.Bilinmiyor
(Var ise türünü belirtin) a. Cinsel b.Fiziksel c. Duygusal
d.Diğer
- 27.**Adli öykü:** (1)Var (2) Yok
- 28.**Doğumunda annenin yaşı:**

29.Doğumunda babanın yaşı:

30.Ailenin kaçınıcı çocuğu:

31.Kardeş sayısı:

32.Anne baba hayatta mı: (1)her ikisi de hayatta (2)anne hayatta (3)baba hayatta (4)her ikisi de hayatta değıl

33.Anesinin eğitimi: (1) ilkokul (2) ortaokul (3) lise (4) yüksekokul (5) lisans (6)yüksek lisans (7) doktora

34.Anesinin mesleğı:.....

35.Babasının eğitimi: (1) ilkokul (2) ortaokul (3) lise (4) yüksekokul (5) lisans (6)yüksek lisans (7) doktora

36.Babasının mesleğı:.....

37.Aile Geliri:.....



EK 4 – WENDER UTAH DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ
(25 Maddeli Kısa Form)

ÇOCUKKEN	HAYIR	HAFİF	ORTA DEREDE	FAZLA	ÇOK FAZLA
1. Dikkatimi toplama sorunun vardı, dikkatim kolayca dağılırdı.	0	1	2	3	4
2. Kaygılı, tasalı, sıkıntılıydim.	0	1	2	3	4
3. Asabi ve kıpır kıpırdım.	0	1	2	3	4
4. Dikkatsizdim, hayallere daldım.	0	1	2	3	4
5. Kolayca kızar, öfkelenirdim.	0	1	2	3	4
6. Hemen tepem atardı, öfke nöbetlerim olurdu.	0	1	2	3	4
7. Başladığım bir işi sürdürmekte, takip etmekte ya da bitirmekte zorlanırdım.	0	1	2	3	4
8. Kararlı, sebatkar ve inatçıydım, iradem güçlüydü.	0	1	2	3	4
9. Mutsuz, çökkün, karamsardım.	0	1	2	3	4
10. Anne ve babamın sözünü dinlemez, onlara karşı gelir, isyankar davranırdım.	0	1	2	3	4
11. Kendimi küçük görürdüm.	0	1	2	3	4
12. Alingandım, buluttan nem kapardım.	0	1	2	3	4
13. Huysuzdum, duygusal dalgalanmalar yaşırdım.	0	1	2	3	4
14. Kızgındım, çabuk gücenirdim.	0	1	2	3	4
15. Düşünmeden hareket ederdim.	0	1	2	3	4
16. Çocuksu davranırdım.	0	1	2	3	4
17. Suçluluk duyardım, yaptıklarına pişman olurdum.	0	1	2	3	4
18. Kontrolümü kaybederdim.	0	1	2	3	4
19. Akılsızca ya da mantıksızca davranırdım.	0	1	2	3	4
20. Popüler değildim, arkadaşlıklarım uzun sürmezdi, diğer çocuklarla anlaşamazdım.	0	1	2	3	4
21. Olayları diğerinin bakış açısından görmekte zorlanırdım.	0	1	2	3	4
22. Otoriteyle, okulla sorunlarım olurdu, müdür beni odasına çağırırdı.	0	1	2	3	4
BEN ÇOCUKKEN OKULDA	0	1	2	3	4
23. Genel olarak başarısızdım.	0	1	2	3	4
24. Matematikle ve sayılarla aram iyi değildi.	0	1	2	3	4
25. Potansiyelime ulaşamadım.	0	1	2	3	4

EK 5 – DSM-IV'E DAYALI ERİŞKİN DEB/DEHB TANI VE DEĞERLENDİRME ENVANTERİ

DSM-4'e dayalı erişkin DEB/DEHB tanı ve değerlendirme envanteri

1.BÖLÜM Dikkat Eksikliği Bölümü

Sorunun şiddeti ve sıklığı

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

2.BÖLÜM Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik Bölümü

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

3. BÖLÜM DEH/ DEHB ile ilişkili özellikler

Sorunun şiddeti ve sıklığı

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

TEŞEKKÜRLER...

EK 6 – YALE-BROWN OBSESYON KOMPÜLSİYON ÖLÇEĞİ (Y-BOCS)

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

		Puan
1. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE GEÇEN ZAMAN	(0-4)	
2. OBSESİF DÜŞÜNCELERİN YAŞAMI ETKİLEMESİ	(0-4)	
3. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ	(0-4)	
4. OBSESİF DÜŞÜNCELERE DİRENÇ GÖSTERME	(0-4)	
5. OBSESİF DÜŞÜNCELER ÜZERİNDEKİ KONTROLUN DERECESESİ	(0-4)	
6. KOMPÜLSİF DAVRANIŞLAR İÇİN HARCANAN SÜRE	(0-4)	
7. KOMPÜLSİF DAVRANIŞLARIN YAŞAMI ETKİLEMESİ	(0-4)	
8. KOMPÜLSİF DAVRANIŞLA BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ	(0-4)	
9. KOMPÜLSİF HAREKETLERE DİRENÇ GÖSTERME	(0-4)	
10. KOMPÜLSİF DAVRANIŞLAR ÜZERİNDEKİ KONTROLUN DERECESESİ	(0-4)	
11. HASTANIN OBSESYON VE KOMPÜLSİYONLARINA BAKIŞ AÇISI	(0-4)	
12. KAÇINMA	(0-4)	
13. KARARSIZLIĞIN DERECESESİ	(0-4)	
14. AŞIRI SORUMLULUK DUYMA	(0-4)	
15. HAREKETLERDE BELİRGİN AZALMA VE RAHATSIZLIK HİSSİ	(0-4)	
16. PATALOJİK KUŞKU	(0-4)	
17. GENEL ŞİDDET	(0-6)	
18. GENEL DÜZELME	(0-6)	
19. GÜVENİLİRLİK	(0-3)	
TOPLAM PUAN		

ŞİMDİ GEÇMİŞTE SALDIRGANLIK OBSESYONLARI

- Kendine zarar vereceğinden korkma
- Başkalarına zarar vereceğinden korkma
- Şiddet içeren veya korkutucu imgeler
- Müstehcen veya hakaret edici sözler söyleme korkusu
- Utanılacak birşey yapmaktan korkma*
- İstenmeyen dürtüleri yapmaktan korkma (örneğin, arkadaşını yaralama)
- Çalacağından korkma
- Dikkatsizlik nedeniyle başkalarına zarar verme korkusu (örneğin, çarpma/kaçma motorlu araç kazası)

KİRLENME OBSESYONLARI

- Vücut atık veya salgılarından (örneğin, idrar, dışkı, tükürük) kaygılanmak veya iğrenmek veya mikroplardan kaygılanmak
- Çevre kirliliğinden aşırı kaygı duymak (örneğin, asbestoz, radyasyon, toksit atıklar)
- Evde kullanılan maddelerden aşırı kaygılanmak (örneğin, temizlik maddeleri, çözücüler)
- Hayvanlardan aşırı derecede korkmak (örneğin, böcekler)
- Yapışkan maddeler veya atıklardan rahatsız olmak
- Kontaminasyon nedeni ile hastalanma kaygısı
- Başkalarına hastalık etkeni bulaştırma kaygısı (saldırgan)
- Sadece kontaminasyon halinde ne hissedeceğinden kaygılanmak, sonuçlarını düşünmek
- Diğer

ŞİMDİ GEÇMİŞTE CİNSEL OBSESYONLAR

- Yasaklanmış veya sapıklık derecesinden cinsel düşünce, görüntü veya dürtüler
- Çocuklar veya inest ilişkisiyle ilgili
- Homoseksüel ilişkiyle ilgili*
- Başkalarına karşı cinsel davranış (saldırgan)*
- Diğer

BİRİKTİRME / SAKLAMA OBSESYONLARI

(Hobiler ve maddi ve manevi değeri olan eşyalar ile karıştırılmamalıdır)

DİNİ OBSESYONLAR

- Kutsal şeylere karşı hürmetsizlik veya günah ile ilgili
- Doğru/Yanlış kavramları ile aşırı ilgi

DİĞER KOMPULSİYONLAR

- Zihinsel törenler (kontrol ve sayma dışında)
- Aşırı liste hazırlama
- Söyleme sorma, itiraf etme gereksinimi
- Dokunma vurma ovalama gereksinimi
- Göz kırpması ve ya gözlerini dikme töreni davranışları
- Kendine başkalarına zarar gelmemesi veya kötü olaylara karşı önlem alma(kontrol etme değil)
- Tören haline gelmiş yeme alışkanlığı

EŞYALARIN SİMETRİKLİĞİ VE DÜZENİ İLE İLGİLİ OBSESYONLAR

- Doğaüstü düşünce ile birlikte (örneğin, eşyaların yerinde olmaması halinde annesinin başına kaza geleceğini)
- Doğaüstü düşünceler olmadan

DİĞER OBSESYONLAR

- Bilme veya hatırlama ihtiyacı
- Belirli şeyleri söyleme korkusu
- Doğru şeyi söylememe korkusu
- Birşeyler kaybetme korkusu
- İstenmeyen (dehşet içermeyen) görüntüler
- Anlamsız sesler, kelimeler veya müzik duyma
- Belirli seslerden veya gürültüden rahatsız olma*
- Uğurlu veya uğursuz sayılar
- Özel anlamı olan renkler
- Batıl itikatlar
- Diğer

SOMATİK OBSESYONLAR

- Hastalık ile ilgili*
- Vücudun bir parçası veya görünüm ile aşırı ilgili (örneğin dismorfofobi)*
- Diğer

ŞİMDİ GEÇMİŞTE TEMİZLEME/YIKAMA KOMPULSİYONLARI

- Aşırı veya törensel el yıkama
- Aşırı veya törensel duş, banyo, diş fırçalama veya giyime ileri derecede dikkat
- Ev eşyalarının veya diğer cansız nesnelerin temizliği ile aşırı ilgili
- Kirletici maddeler ile teması önleyen veya yok eden diğer önlemler
- Diğer

TEKRARLAYICI TÖRENSEL DAVRANIŞLAR

- Tekrar okuma veya yazma
- Rutin hareketleri tekrarlama gereksinimi (örneğin, kapıdan girme / çıkma, sandalyeye oturma / kalkma)
- Diğer

SAYMA KOMPULSİYONLARI

SIRALAMA / DÜZENLEME KOMPULSİYONLARI

BİRİKTİRME / TOPLAMA KOMPULSİYONLARI

[Hobiler, maddi ve manevi değeri olan şeylerin toplanması ile karıştırılmamalıdır. (örneğin, eski mektupları dikkatle okumak, eski gazeteleri düzenlemek, ufak tefek şeyleri sınıflandırmak, işe yaramaz şeyleri biriktirmek)]

EK 7 – OBSESSİF İNANIŞLAR ÖLÇEĞİ (OİÖ)

Bu ölçek insanların kapıldıkları farklı tutum ve inançları sıralamaktadır. Her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve ifadeye katılıp katılmadığınızı belirtiniz. Her bir ifade için sizin düşüncenizi en iyi tanımlayan rakamı işaretleyiniz. Soruların doğru ve yanlış cevabı yoktur. Verilen ifadenin sizin genel bakış açınızı temsil edip etmediğine karar verirken çoğu zaman nasıl düşündüğünüzü gözünüzün önüne getiriniz. Cevaplarken aşağıdaki puanlama yönergesini kullanınız:

1	2	3	4	5	6	7
Kesinlikle katılmıyorum	Orta düzeyde katılmıyorum	Çok az katılmıyorum	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	Çok az katılıyorum	Oldukça katılıyorum	Tamamen katılıyorum

****Soruları puanlarken orta noktayı(4) işaretlemekten kaçınınız. Daha çok kendi inanç ve tutumlarınıza göre genellikle aşağıdaki ifadelere katılıp katılmadığınızı belirtiniz.**

İNANIŞLAR	1	2	3	4	5	6	7
1.Çevremdeki şeylerin genellikle tehlikeli olduklarını düşünürüm.	1	2	3	4	5	6	7
2.Bir şeyden tam olarak emin değilsem hata yapmam kaçınılmazdır.	1	2	3	4	5	6	7
3.Benim kendi ölçütlerime göre her şey mükemmel olmak zorundadır.	1	2	3	4	5	6	7
4.Değerli bir insan olabilmek için yaptığım her şeyde mükemmel olmak zorundayım.	1	2	3	4	5	6	7
5.Fırsatını bulduğum zaman kötü şeylerin olmasını engellemek için harekete geçmem gerekir.	1	2	3	4	5	6	7
6.Zarar görme olasılığı olmasa bile her ne pahasına olursa olsun zararı engellemeye çalışmam gerekir.	1	2	3	4	5	6	7
7.Bana göre kötü isteklere sahip olmak, onları gerçekten yapmak kadar kötüdür.	1	2	3	4	5	6	7
8.Tehlikeyi önceden gördüğümde harekete geçmezsem her türlü sonuçtan ben sorumlu olurum.	1	2	3	4	5	6	7
9.Bir şeyi mükemmel şekilde yapamayacaksam onu hiçbir şekilde yapmamalıyım.	1	2	3	4	5	6	7
10.Her zaman bütün potansiyelimi kullanmak zorundayım.	1	2	3	4	5	6	7
11.Bir duruma ilişkin olası bütün sonuçları dikkate almak benim için önemlidir.	1	2	3	4	5	6	7
12.Küçük hatalar bile bir işin tamamlanmadığı anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
13.Sevdiklerim hakkında saldırgan düşüncelere ve dürtülere sahipsem, bu benim içten içe onlara zarar vermek isteyebileceğim anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
14.Kararlarımdan emin olmak zorundayım.	1	2	3	4	5	6	7
15.Gündelik karşılaşılabilecek her türlü durumda, zarara engel olamamak kasten zarara sebep olmak kadar kötüdür.	1	2	3	4	5	6	7
16.Ciddi problemlerden(örneğin, hastalık ve ya kazalar)kaçınmak benim açımdan sürekli çaba harcamayı gerektirir.	1	2	3	4	5	6	7
17.Benim için bir zararı engellemek zarara neden olmak kadar kötüdür.	1	2	3	4	5	6	7
18.Bir hata yaparsam üzüntü duymam gerekir.	1	2	3	4	5	6	7

19.Benim kararlarımın veya yaptıklarımın olumsuz sonuçlarının başkalarına herhangi bir zarar vermeyeceğinden emin olmam gerekir.	1	2	3	4	5	6	7
20.Bana göre mükemmel olmayan şeyler doğru değildir.	1	2	3	4	5	6	7
21.Müstehtecen düşüncelere sahip olmak korkunç bir insan olduğum anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
22.Ekstra önlemler almazsam, ciddi bir kaza geçirme veya ciddi bir kazaya neden olma olasılığım bir başkasına göre çok daha fazladır.	1	2	3	4	5	6	7
23.Kendimi güvende hissedebilmek için ters gidebilecek herhangi bir şeye olabildiğince hazırlıklı olmak zorundayım.	1	2	3	4	5	6	7
24.Tuhaf veya tiksinti uyandıran düşüncelerim olmamalı	1	2	3	4	5	6	7
25.Benim için bir hata yapmak tümüyle başarısız olmak kadar kötüdür.	1	2	3	4	5	6	7
26.Küçük meselelerde bile her şeyin açıkça belirlenmiş olması önemlidir.	1	2	3	4	5	6	7
27.Dine aykırı bir düşünceye sahip olmak din dışı bir şey yapmak kadar günahlıdır.	1	2	3	4	5	6	7
28.Zihnimi istenmeyen düşüncelerden uzak tutabilmeliyim.	1	2	3	4	5	6	7
29.Kendime veya başkalarına kazara zarar vermeye diğer insanlardan daha yatkınım.	1	2	3	4	5	6	7
30.Kötü düşüncelere sahip olmak benim acayip veya anormal biri olduğum anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
31.Benim için önemli olan şeylerde en iyi olmak zorundayım.	1	2	3	4	5	6	7
32.İstenilmeyen bir cinsel düşünce veya hayale sahip olmak onu gerçekten yapmak istediğim anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
33.Muhtemel bir felaketin yaşanmasında yaptıklarımın az bir etkisi bile olsa ortaya çıkacak sonuçtan ben sorumlu olurum.	1	2	3	4	5	6	7
34.Dikkatli olduğum zamanlarda bile genellikle kötü şeylerin olacağı düşüncesine kapılırım.	1	2	3	4	5	6	7
35.İstem dışı gelen düşüncelere sahip olmak kontrolden çıktığım anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
36.Çok dikkatli olmazsam zarara sebep olacak olaylar meydana gelecektir.	1	2	3	4	5	6	7
37.Bir şeyler tam olarak doğru bir şekilde yapılanı kadar üzerinde çalışmam gerekir.	1	2	3	4	5	6	7
38.Saldırgan düşüncelere sahip olmak kontrolü kaybedeceğim ve saldırganlaşacağım anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
39.Bana göre bir felakete engel olamamak ona neden olmak kadar kötüdür.	1	2	3	4	5	6	7
40.Bir işi mükemmel şekilde yapmazsam insanlar bana saygı göstermezler.	1	2	3	4	5	6	7
41.Hayatımdaki sıradan deneyimler bile risk doludur.	1	2	3	4	5	6	7
42.Kötü bir düşünceye sahip olmak ahlaki olarak kötü bir yapmaktan farklı değildir.	1	2	3	4	5	6	7
43.Ne yaparsam yapayım yeterince iyi olmayacak.	1	2	3	4	5	6	7
44.Düşüncelerimi kontrol etmezsem cezalandırılacağım.	1	2	3	4	5	6	7

TEŞEKKÜRLER...

EK 8 – WHOQOLL-BREF (TR)

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form

ŞİMDİ. Lütfen her soruyu okuyunuz. Duyularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız. Yaşamınızın son **2 haftasını** dikkate almanızı istiyoruz.

	Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1.Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5
	Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2.Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son 2 hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığınızı soruşturmaktadır.

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3.Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne derece engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4.Günlük uğraşlarınızı yürütmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5.Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6.Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5
7.Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8.Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9.Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son 2 hafta içinde kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10.Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11.Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12.Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13.Günlük yaşamınızda gerekli bilgilere ne ölçüde ulaşabilirsiniz?	1	2	3	4	5
14.Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorularda, son 2 hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde iyi ya da doyurucu bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

	Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15. Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5
	Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16. Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17. Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18. İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19. Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20. Diğer kişilerle ilişkinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21. Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22. Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
23. Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24. Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25. Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri ne sıklıkta hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Arasıra	Çoğunlukla	Her zaman
26. Ne sıklıkta hüznün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük, gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5
	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
27. Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

TEŞEKKÜRLER...

EK 9 – HAMILTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

		Puan
1. DEPRESİF (ÇÖKKÜN) RUH HALİ	(1-5)	☐
2. ÇALIŞMA VE ETKİNLİKLER	(1-5)	☐
3. GENİTAL SEMPTOMLAR	(1-3)	☐
4. SOMATİK SEMPTOMLAR –GASTROİNTESTİNAL	(1-3)	☐
5. KİLO KAYBI		
A. ÖZGEÇMİŞİNİ DEĞERLENDİRİRKEN	(1-4)	☐
B. GERÇEK KİLO DEĞİŞİMİ	(1-4)	☐
6. UYKUSUZLUK (BAŞLARKEN)	(1-3)	☐
7. UYKUSUZLUK (ORTA)	(1-3)	☐
8. UYKUSUZLUK (GEÇ)	(1-3)	☐
9. SOMATİK BELİRTİLER (GENEL)	(1-3)	☐
10. SUÇLULUK DUYGULARI	(1-5)	☐
11. İNTİHAR	(1-5)	☐
12. PSİŞİK KAYGI	(1-5)	☐
13. SOMATİK KAYGI	(1-5)	☐
14. HİPOKONDİRİ	(1-5)	☐
15. İÇGÖRÜ	(1-3)	☐
16. YAVAŞLAMA	(1-5)	☐
17. AJİTASYON	(1-5)	☐
TOPLAM		

EK 10 – HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

	Puan
1. ANKSİYETELİ MİZAÇ	☐
2. GERİLİM	☐
3. KORKULAR	☐
4. UYKUSUZLUK	☐
5. ENTELLEKTÜEL (kognitif)	☐
6. DEPRESİF MİZAÇ	☐
7. SOMATİK (muskuler)	☐
8. SOMATİK (duygusal)	☐
9. KARDİOVASKÜLER SEMPTOMLAR	☐
10. SOLUNUM SEMPTOMLARI	☐
11. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR	☐
12. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR	☐
13. OTONOMİK SEMPTOMLAR	☐
14. GÖRÜŞME SIRASINDAKİ DAVRANIŞ	☐
TOPLAM PUAN:	
PSİŞİK (1,2,3,5,6)	
SOMATİK (4,7,8,9,10,11,12,13,14)	