

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**DEAHB OLAN BİREYLERİN PSİKOLOJİK SAĞLIĞI İLE İLİŞKİLİ
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

HAZIRLAYAN

ZEHRA CANSU KARTAL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

DOÇ. DR. OKAN CEM ÇIRAKOĞLU

ANKARA-2020

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Tarih: 27/07/2020

Öğrencinin Adı, Soyadı: Cansu Kartal

Öğrencinin Numarası: 21810016

Anabilim Dalı: Psikoloji

Programı: Klinik Psikoloji Tezli YL

Danışmanın Unvanı/Adı, Soyadı: Doç. Dr. Okan Cem Çırakoğlu

Tez Başlığı: Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik Bozukluğunun Erişkinlikteki Yansımaları

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek Lisans tez çalışmamın; Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç Bölümünden oluşan, toplam 58 sayfalık kısmına ilişkin, 24/07/2020 tarihinde tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 11'dir.

Uygulanan filtrelemeler:

1. Kaynakça hariç
2. Alıntılar hariç
3. Beş (5) kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

“Başkent Üniversitesi Enstitüleri Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Usul ve Esaslarını” inceledim ve bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranlarına tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Öğrenci İmzası:.....

Onay
24/07/2020

Öğrenci Danışmanı Unvan, Ad, Soyad,
Doç. Dr. Okan Cem Çırakoğlu

Oğlum Aras'a...



TEŞEKKÜR

Araştırmamın başından beri sabır ve itinayla bana yol gösteren danışmanım Doç. Dr. Okan Cem Çırakoğlu'na yanımda olduğu için teşekkür ederim.

Bu yolda fikir ve önerileri ile her zaman yanımda olan, umutsuzluğa kapıldığım anlarda destekleri ile güç veren iş arkadaşlarım ve dostlarım Burcu Kuloğlu ve İpek Armutlu'ya çok teşekkür ederim. Sizsiz olmazdı!

Hayattaki en büyük dayanaklarım; varlıklarıyla beni her geçen gün büyüten babam Fikret Tolungüç, annem Candan Tolungüç ve ağabeyim Caner Tolungüç'e, yıllardır olduğu gibi üniversite eğitimim ve yüksek lisans sürecimde de gösterdikleri koşulsuz sabır ve destek için çok teşekkür ederim. Varlığınız beni her geçen gün büyütüyor. Siz hep yanımda olun.

Sevgili eşim, hayat arkadaşım Kağan Kartal'a, olağanüstü sabrı, duyduğu derin saygı ve sevginin erdemi ile hem eş hem annelik, hem de profesyonel hayatımda gösterdiğim çabalara sağladığı katkı için çok teşekkür ederim. İyi ki varsın!.

Yüksek lisans sürecimi sekteye uğratan en önemli ve bir o kadar sevimli öznesi; bununla birlikte, tez çalışmamın biteceğine dair inancımı güçlendiren ve henüz fark etmese de inanılmaz desteğini hissettiğim canım oğlum Aras Kartal, iyi ki varsın. Seni çok seviyorum. Bana kattığın her şey için teşekkür ederim güzel oğlum.

ÖZET

Bu çalışma dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğu tanısı almış erişkin bireylerin yaşamda karşılaştıkları zorlukları, bu zorluklarla baş ederken ne gibi stratejiler oluşturduklarını ve bu stratejileri oluştururken kimlerden destek aldıklarını araştırmak amacıyla yapılmıştır. Araştırma için DEAHB tanısı almış 21- 35 yaş aralığında 4'ü kadın 7'si erkek olmak üzere toplam 11 kişi ile yarı yapılandırılmış sorular eşliğinde yüz yüze görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Elde edilen bulgular yorumlayıcı fenomenolojik analiz yöntemi kullanılarak değerlendirilmiştir. Analiz sonucunda 4 ana tema ortaya çıkmıştır. Bunlar; (1) yaşamdaki zorluklar, (2) dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğu ile baş etme stratejileri, (3) dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğu ile baş etme stratejilerini keşfetme yolları ve (4) strateji geliştirirken destek alınan kişiler/kaynaklar olarak belirlenmiştir. Yaşamdaki zorluklar üst temasında ön plana çıkan alt temalar; (a) unutkanlık (b) arkadaşlık ilişkilerinde zorlanma, (c) ders dinleyemem, (d) başarısızlık ve (e) dikkatsizliktir. Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğu ile baş etme stratejileri üst temasının alt temaları ise (a) eşyaların yerini sabit tutma, (b) sistematik ilerleme, (c) arkadaş desteği alma ve (d) yapılacaklar listesi oluşturmaktır. Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğu ile baş etme stratejilerini keşfetme yolları üst temasının alt teması ise kendi kendine öğrenme olarak ortaya çıkmaktadır. Son olarak strateji geliştirirken destek alınan kişiler/kaynaklar üst teması altında aile alt teması yer almaktadır. Elde edilen bulgular alanyazındaki bilgiler ışığında tartışılmıştır.

Anahtar kelimler: Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğu, DEHB, Erişkin, Yorumlayıcı Fenomenolojik Analiz

ABSTRACT

This study aims to investigate the difficulties that adult individuals who are diagnosed with attention deficit and hyperactivity disorder face in life, what strategies they form while dealing with these difficulties and who they get support from when developing these strategies. Face-to-face interviews were conducted with a total of 11 people, 4 of whom were women and 7 were men, between the ages of 21 and 35 who were diagnosed with ADHD. The findings were evaluated using the interpretive phenomenological analysis method. The analysis result emerged in 4 super-ordinate themes. These are ; (1) life difficulties, (2) strategies to cope with attention deficit and hyperactivity disorder, (3) ways to explore strategies to cope with attention deficit and hyperactivity disorder, and (4) developing strategies by the support of the people. Sub-themes that come into prominence in super-ordinate theme of life difficulties are (a) forgetfulness, (b) difficulty in friendship relations, (c) inability to listen to lessons, (d) failure and (e) inattention. The sub-themes of discovering the ways of coping with the difficulties of ADHD super-ordinate theme are (a) keeping the location of the items fixed, (b) systematic progress , (c) getting support of friends and (d) creating a to-do list. Learning by yourself appears to be the sub-theme of super-ordinate theme of ways to explore strategies to cope with attention deficit and hyperactivity disorder. Lastly under the Super-ordinate theme of developing strategies by the support of the people / resources is the family sub-theme. The findings are discussed in the light of the information in the literature.

Key Words: Attention deficit and hyperactivity disorder, Adult, ADHD, Interpretive Phenomenological Analysis

İÇİNDEKİLER

İTHAF.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
TABLolar LİSTESİ	vii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik Bozukluğu Tarihçesi.....	3
1.2. Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik Bozukluğu Görülme Sıklığı.....	5
1.3. Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik Bozukluğu Nedenleri	6
1.3.1. Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğu genetik ve nörobiyolojik etkenler	6
1.3.2. Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğu psikososyal ve çevresel etkenler	7
1.4. Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik Bozukluğu Klinik Görünüm	8
1.5. Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik Bozukluğu Tanı Kriterleri	9
1.6. Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik Bozukluğu Eş Tanı.....	11
1.7. Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik Bozukluğu Ayırıcı Tanı	12
1.8. Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik Bozukluğu Tedavi	12
1.9. Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik Bozukluğu ve Yaşam Doyumu.....	15
1.10. Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik Bozukluğu ve İşlevsellik	17
1.11. Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik Bozukluğunda Depresyon ve Kaygı ..	18
1.12. Araştırmanın Amacı, Önemi ve Soruları	21
1.12.1. Araştırmanın önemi	21
1.12.2. Araştırmanın amacı.....	22
1.12.3. Araştırmanın soruları	23
2. YÖNTEM	23
2.1. Nicel Çalışma.....	23
2.1.1. Örneklem	23
2.1.2. Veri Toplama Araçları.....	25
2.2.2.1. Demografik Bilgi Formu	25
2.2.2.2. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ).....	26
2.2.2.3. Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ)	26
2.2.2.4. Kısa Semptom Envanteri (KSE)	27
2.1.3. Verilerin analizi	27

2.2. Nitel Çalışma	28
2.2.1. Örneklem	28
2.2.2. Veri Toplama araçları.....	28
2.2.2.1. Görüşme Soruları	28
2.2.3. İşlem	28
2.2.4. Verilerin Analizi	29
3. BULGULAR.....	30
3.1. Nitel bulgular	30
3.2. Nicel Bulgular	44
4. TARTIŞMA.....	46
4.1. Analiz Sonucu Ortaya Çıkan Üst ve Alt Temaların İncelenmesi.....	46
4.2. Üst ve Alt Temalardan Elde Edilen Bulguların Benzerlik ve Farklılıkları.....	49
4.3. Çalışmanın Alanyazına Katkıları, Sınırlılıkları ve Öneriler	50
KAYNAKÇA.....	53
EKLER	75
EK 1: Bilgilendirilmiş Onam Formlu Kişisel Bilgi Formu	75
EK 2: Yaşam Doyumu Ölçeği.....	76
EK 3: Kısa İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği	77
EK 4: Kısa Semptom Envanteri	78
EK 4 (devam): Kısa Semptom Envanteri	79
EK 5: Görüşme Soruları	80

TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 1.1 Dikkat eksikliği ve aşırı hareket bozukluğu dsm-v tanı ölçütleri	10
Tablo 2.1 Nicel örnekleme ilişkin demografik özellikler	24
Tablo 2.1. (devam) Nicel örnekleme ilişkin demografik özellikler	24
Tablo 2.1. (devam) Nicel örnekleme ilişkin demografik özellikler.....	25
Tablo 2.2 Yorumlayıcı fenomenolojik analizin aşamaları	29
Tablo 2.3 Ölçek puanlarının betimsel analizi.....	31
Tablo 3.1 Üst temalar ve içeriğindeki kodlar.....	36
Tablo 3.2 Yaşamdaki zorluklar üst teması ve içeriğindeki kodlar.....	37
Tablo 3.2 (devam) Yaşamdaki zorluklar üst teması ve içeriğindeki kodlar.....	37
Tablo 3.3 Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğu belirtileri ile baş etme stratejileri üst teması içindeki kodların görüşme içindeki dağılımı	41
Tablo 3.4 DEAHB belirtileri ile baş etme stratejilerini keşfetme yolları” üst teması içindeki kodların görüşme içindeki dağılımı.....	42
Tablo 3.5 DEAHB belirtileri le baş etme stratejilerini geliştirilirken destek alınan kişiler/kaynaklar üst teması içindeki kodların görüşme içindeki dağılımı	44
Tablo 3.6 YD, KİDÖ ve KSE ölçek puanlarının betimsel analizi	45

1. GİRİŞ

Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğu ilk defa İngiliz çocuk doktoru George Still'in İngiltere'de yaptığı bir konuşma esnasında dikkatini toplayamayan, hareketli, öğrenme ve davranış problemlerinin görüldüğü çocukları tanımlamak amacıyla “ahlaki kontrolün ileri düzeyde yetersizliği” ifadesi ile tanımlanmıştır. Ardından 1930'lu yıllarda bu özellikleri gösteren çocuklara “organik dürtüsellik” tanımlaması yapılmış, ilk uyarıcı ilacın kullanımı ise 1937 yılında Rhode Island doktoru olan Charles Bradley tarafından gerçekleştirilmiştir. 1947 yılına gelindiğinde ise bu özellikleri gösteren çocukların davranışlarının beyin fonksiyonlarından kaynaklı olabileceği öne sürülmüş ve bu bilgi ışığında bozukluk “Minimal Beyin Zedelenmesi Sendromu” ismi ile anılmaya başlanmıştır. Yapılan çalışmalar doğrultusunda bu çocuklarda görülmesi beklenen nörolojik anomalilerin ortaya çıkmamasından dolayı “minimal beyin disfonksiyonu” olarak ismi değiştirilmiştir (Kayaalp, 2008). Bu bozukluk ilk defa 1968 yılında DSM-II'de “hiperkinetik sendrom” adı ile yerini almış, DSM-III'de “dikkat eksikliği bozukluğu” DSM-III-R'de “dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu” halini almıştır. DSM-IV'de “dikkat eksikliği ve yıkıcı davranış bozuklukları” başlığı altında verilirken en son DSM-V'de “dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğu” ismi ile son halini almıştır (Doğangün ve Yavuz, 2011).

Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğu çocukluk döneminden itibaren görülen, dikkat problemleri, kontrol edilemeyen dürtüler ve aşırı hareketli olma hali ile açıklanmaktadır. DSM-V'e kadar yalnızca çocukluk çağında görüldüğü düşünülüyordu. Ancak son yapılan çalışmalar doğrultusunda başlangıç yaşı ve erişkinlikteki seyri ile ilgili bilgiler değişmiştir. Görülme sıklığı ile ilgili bilgiler tanı koyma ve yöntemdeki farklılıklardan kaynaklı olarak değişiklik göstermekle beraber okul çağındaki çocuklardaki görülme sıklığı %2 ile %12 olarak ifade edilmektedir (Kayaalp, 2008). Kızlara oranla erkeklerde daha fazla gözlenmektedir. Klinik örneklem göz önüne alındığında oran 9/1 olarak değerlendirilirken, toplum örneklemelerinde 4/1 oranına düşmektedir (Öner, Öner ve Aysev, 2003). Çocuklara yönelik sıklığı gösteren çalışmalar fazla olsa da erişkin sıklığını ifade edebilecek çalışmalar yeterli değildir. Amerikan Ulusal Eş Tanı araştırmasının sonucuna göre erişkinlerde DEAHB görülme sıklığı %4,4 iken Dünya Sağlık Örgütü tarafından yürütülen bir başka çalışmada ise %3,4 olarak belirlenmiştir (Kessler ve ark.,

2006; Fayyad ve ark., 2007). Türkiye’de üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada ise görülme sıklığının %8 oranında olduğu belirtilmiştir (Özdemiroğlu ve ark., 2016). Yine ülkemizde klinik örneklem üzerinde yapılan bir başka çalışma doğrultusunda %15,9 sonucu elde edilmiştir (Duran ve ark., 2014).

Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluk belirtilerinin çocukluk çağından itibaren erişkinlik dönemine uzanan süreç içerisinde bireylerin yaşamını olumsuz etkilediği görülmektedir. Bu bozukluk belirtilerinin yansımaları kendini birçok alanda gösterir. Bunlardan bazıları akademik, sosyal ve iş yaşamı olarak adlandırılabilir. Bu kişiler sosyal yaşantılarında dürtüselliğin getirdiği etkiler ile arkadaşlık kurmak veya kurulan arkadaşlıkları sürdürmede zorlanabilirler (Goldstein ve Goldstein, 1992). Akademik başarıları tanı almamış çocuklar ile kıyaslandığında daha olumsuz bir tablo çizmektedir. Buna göre yapılan bir çalışma DEAHB tanısı almış kişilerin okul çağında en az bir kez disiplin cezası aldığını öne sürmektedir (Pazvantoğlu, 2014). Türkiye’de yapılan bir çalışmasının sonuçları incelendiğinde DEAHB tanısı alan çocukların almayan çocuklara göre sene kayıp oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Doğan, Öncü ve Küçükgöncü, 2009).

DEAHB belirtileri kişilerin hayatlarının her alanını olumsuz etkilemektedir. Bu olumsuz etkiler sonucu bireylerin içinde bulundukları yaşamdan zevk alamadıkları ve mutlu olamadıkları gözlenmektedir (Barkley, 2015). Sosyal destek ve yaşam doyumu arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Martikainen, 2009). DEAHB tanısı almış kişilerin sosyal alanda bozukluk belirtilerinden kaynaklı yaşadığı zorluklar olduğu göz önüne alındığında bu kişilerin yaşam doyumlarının az, buna bağlı kaygı ve stres seviyelerinin yüksek olacağı sonucunu elde edebiliriz.

Birçok alanda zorluk çeken DEAHB tanısı almış kişilerin içinde bulundukları duruma adapte olabilmeleri ve yaşam koşullarını iyileştirmeleri için belli başlı stratejiler ürettikleri düşünülmektedir. Bu stratejileri nasıl ve ne zaman ürettikleri aynı zamanda kimlerin yardımıyla hayata geçirdikleri merak edilmiştir. Bu çalışmada yukarıda bahsedilen soruların cevaplarını bulmak amacıyla nitel bir çalışma deseni uygulanmıştır. 11 DEAHB tanısı almış katılımcı ile yüz yüze yapılan görüşmeler sonrası Yorumlayıcı Fenomenolojik Analiz yöntemi kullanılarak elde edilen nitel veri analiz edilmiştir.

1.1. Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik Bozukluğu Tarihçesi

Geçmişten itibaren tıp literatüründe yeri olan dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğundan ünlü düşünür John Locke 18. yüzyılın başlarında öğrencilerinden “ ne kadar çabalasalar da düşünce içeriklerini toplayamayan” şeklinde bahsetmiştir.(Amen ve Golberg, 1998). Alman Psikiyatrist ve Frankfurt psikiyatri hastanesi kurucusu olan Heinrich Hoffman (1809-1894) ise kendi yazdığı kitabında ilk kavramsallaştırmayı yapmıştır. Hoffman dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğunu hiperaktivite ve dürtüsellik ile kendini gösteren davranışlar olarak tanımlanmıştır. 19. yüzyılda Hoffman gözlemlediği bu problemli davranışlara “kusurlu engelleme” ve “dürtüsel delilik” adlarını vermiştir. Daha sonra 1902’de Pediatrist George Still motor bozukluğu olan dikkat problemleri ve dürtülerini kontrol etmede zorlanan ve anında ödül alma ihtiyacı olan çocukları tanımlamıştır (Still, 1902). Still ve Tregold bu çocuklar için “moral kurallara uymakta zorluk yaşayan” ifadelerini kullanmıştır.

Bu çocukların davranış özelliklerini “etrafındakileri dikkate almayan” olarak ifade edilmiş, bozukluk ise “ahlaki kontrol eksikliği” olarak tanımlanmıştır (Weis ve Weis, 2002). Buna dayanarak bu bozukluğa sahip çocukların kendi davranışları üzerinde kontrolü olduğu ve semptomlarından sorumlu oldukları sonucu çıkarılmıştır. Bu ifadeler hala günümüzde var olan damgalamanın sebebi sayılmaktadır.

1919-1920 yıllarında baş gösteren influenza ve ensafalitis salgınlarından sağ kalan çocukların büyük çoğunluğunda Still’in tanımlamasına benzer; aşırı hareketlilik, dürtüsel davranışlar, sosyallikten uzak tutumlar ve duygu iniş çıkışları görülmeye başlanmıştır. Bu belirtilerinin sebebinin salgınların ardında bıraktığı hasarlar sonucu olduğu sonucuna varılarak bu sendrom beyin lezyonları ile ilişkilendirilmiş ve bozukluğun adı “minimal beyin hasarı” olarak ifade edilmiştir (Hohman, 1922, Kahn ve Cohen, 1934). Bu ortaya atılan fikir sonucunda dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğu davranış problemi olmaktan çıkmış, biyolojik bir problem olduğu kanısına varılmıştır. Ancak bu bilgilerin yanlış yorumlanmasıyla bu bozukluğun beyin hasarından kaynaklandığı ifade edilmiştir. Kramer-Pollnow ise 1934 yılında DEAHB’yi yerinde duramama ve dikkat dağınıklığı ile karakterize “hiperkinetik hastalık” olarak tanımlamıştır (Sharkey ve Fitzgerald, 2007).

Strauss 1947’de mental retardasyon tanısı almış çocuklarla yaptığı çalışma doğrultusunda aşırı hareketlilik, dikkatsizlik, dürtüsel ve bilişsel bozukluklar saptayarak bu hastalığın organik yapısını ön plana çıkarmaya çalışmış, ancak hiçbir çocukta gözlenebilir bir beyin lezyonu/hasarı olmadığı ortaya çıktıktan sonra bozukluğun ismi “minimal beyin işlev bozukluğu” olarak değiştirilmiştir (Clements ve Peters, 1962).

Erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğundan ise ilk defa bahseden Still olmasına rağmen basılı yayınlar kendini 1960’larda göstermektedir. 1968 yılında Harticollis (1968) tarafından yayınlanan yazıda dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğunun yetişkinlik döneminde de devam ettiği söylenmiştir. Morison (1973) yaptığı çalışmada hiperaktif olan çocukların ailelerinde de hiperaktivitenin görüldüğünü ve bu çocukların yetişkinlik döneminde alkol problemleri, sosyopati ve histerik ataklar yaşadığını bildirmiştir. 1975 yılında Cantwell tarafından yapılan çalışmanın Morison (1973)’un bulgularını destekler nitelikte olduğu görülmektedir (Barkley, Murphy ve Fischer, 2008).

Hiperaktivite, Dünya Sağlık Örgütü’nün Uluslararası Sınıflandırmasının 9. Basımında (ICD-9) ilk kez tanımlanmış ve adına “ çocukluk döneminin hiperkinetik bozukluğu” denilmiştir. Ardından ICD-10’da “hiperkinetik bozukluk” adını almıştır. Amerikan Psikiyatri Birliği’nin Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı ikinci baskısında (DSM-II) “çocukluğun hiperkinetik reaksiyonu” olarak ifade edilmiştir. Dikkatsizlikten ilk defa 1980 yılında bahsedilmiş ve DSM-III’te bozukluk “hiperaktivite olan veya olmayan dikkat eksikliği bozukluğu” olarak yeniden adlandırılmıştır. DSM-III-R ve DSM-IV de dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olarak ifade edilirken, DSM-V’de dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğu olarak son halini almıştır.

DSM-IV’de DEAHB’nin 3 alt tipinden bahsedilmektedir. Bunlar Hiperaktivite, Dikkat eksikliği ve her ikisinin birlikte görüldüğü hali (APA, 2013). DSM-V de ise “alt tip” ifadesini yerini “gösterme şekline” bırakmıştır. Bunun sebebi; DEAHB tanısı almış bireylerin daha önce DSM-IV de alt tip diye bahsedilen yapıları hayatlarının farklı evrelerinde değişiklik gösterebileceğini ve bu yapılarında zaman içerisinde iç içe geçebilecek olgular olduğunu görmelerinden kaynaklanmaktadır (APA, 2013).

1.2. Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik Bozukluğu Görülme Sıklığı

Dikkat eksikliği/ aşırı hareketlilik bozukluğu çocukluk çağıının en sık görülen nöropsikiyatrik bozukluklarından biridir (APA, 2013). Görülme sıklığı ülkeler arasında farklılık göstermekle birlikte aynı ülke içerisinde de farklılıklar görülmektedir. Bunun sebebinin yapılan çalışmalarda uygulanan ölçek ve izlenen araştırma yönteminin farklılaşmasının sebep olduğu kabul edilebilir.

İlk olarak yapılan çalışmalar dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğu görülme sıklığının %2– 12 olarak bildirmektedir (Sagvolden, Johansen, Aase ve Russel, 2005). Yapılan çalışmalarla son veriler Amerika Birleşik Devletleri’nde DEAHB’nin görülme sıklığının %7,4 (Barbarese ve ark., 2002), İspanya’da %6,8 (Catalá-López ve ark., 2012), Avusturalya’da %6,8 (Graertz ve ark., 2001) olduğu görülmektedir. Ülkemizde şehirde yaşayan ilkokul çocuklarında görülme sıklığının %5 (Motovalli, 1993), ergenlerde ise %12 (Ercan, 2010) olduğu araştırmalar sonucunda ortaya konmuştur.

2012 yılında yapılan meta analiz çalışmasında ise çocuklarda %5,9, ergenlerde %7,1 ve genç, yetişkinlerde %5 sıklığında görüldüğü bildirilmiştir (Willcutt, 2012). Erişkin dikkat eksikliği ve aşırı hareket bozukluğu görülme sıklığı ile ilgili yapılan çalışmaların yetersiz olduğu görülmektedir. Kavakçı (2012) DEAHB tanısının yaşın ilerlemesi ile azaldığını ifade etmekle birlikte, yaptığı toplum temelli çalışmalarda DEAHB’nin erişkin dönemdeki yaygınlığının %1- 6,6 olduğunu ifade etmiştir. ABD’de yapılan erişkin DEAHB sıklığı çalışmasında ise 18- 44 yaş arasında %4,4 olarak saptandığı belirtilmiştir (Kessler ve ark., 2008). Dünya genelinde yapılan bir çalışmada görülme sıklığı bakımından farklılıklar olsa da erişkinlerde DEAHB ‘nin %3,4 oranında olduğu bildirilmiştir (Fayyad, Graff, Kessler, Alonso, Angermeyer ve Demyttenaere, 2007). Ülkemizde İstanbul’da erişkinlerle yapılan çalışmada ise dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğu görülme sıklığı %1,6 olarak ifade edilmiştir (Özdemiroğlu, Yargıç ve Oflaz, 2011).

DEAHB’nin erkeklerde daha sık ortaya çıktığı gözlenmektedir. Toplum içerikli yapılan çalışmalar erkeklerde kız çocuklarına oranla 2’de 1 görülürken, klinik tabanlı çalışmalarda 4-5’de 1 bazen de 9’da 1 olarak görülmektedir (Polanczyk ve ark., 2014). Kızlar akademik zorluklar ve dikkat eksikliği problemleri ile kliniğe başvururken, erkekler

davranış problemleri ve aşırı hareketlilik (hiperaktivite) sebepleri ile başvurmaktadır (Gershon ve Gershon, 2002). Erkek hastaların klinik başvurularının kızlardan daha fazla olduğu görülmektedir. Bunun sebebinin çevrelerine verdikleri rahatsızlıktan dolayı olduğu düşünülmektedir (Mukaddes, 2015).

1.3. Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik Bozukluğu Nedenleri

Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğunun tam olarak sebebi bilinmese de psikososyal, biyolojik ve çevresel faktörlerin ortak bir sonucu olduğu düşünülmektedir (Richters ve ark., 1995). DEAHB ile ilgili yapılan çalışmalar nörobiyolojik ve genetik etkenlerin yüksek oranda olduğu ve DEAHB'nin daha çok bunlardan kaynaklandığı ifade etmektedir (Aydın ve Ercan, 2005). Cooper (2001) DEAHB ortaya çıkmasında biyolojik temelin olduğu kadar psikolojik ve sosyal çevreninde önemli olduğunu söylemiş ve DEAHB'nin tanı ve tedavisi için bu saydığımız olguların hepsinin birlikte göz önünde bulundurulması gerektiğini savunmuştur. Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğu görülme nedenlerinin başında biyolojik faktörlerin olduğu bilinmekle beraber, psikososyal etmenlerin bu biyolojik yapıyı tetiklediği düşünülmektedir. Bu bilgi ile bozukluğun sürecini ve birlikte görülen başka bozuklukların varlığını etkileyebileceği sonucuna ulaşılabilir (Goldstein, 2002).

1.3.1. Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğu genetik ve nörobiyolojik etkenler

Evlat edinme, ikiz ve aile çalışmalarında DEAHB'nin çevresel ve genetik etkilerin yanında kalıtsal bir bozukluktan kaynaklandığı savunulmaktadır (Khan ve Faraone, 2006). Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğunun kardeşlerinde ve biyolojik akrabalarında görülen hiperaktivite riski, dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğu olmayan kontrol grubundan 5 kata kadar daha fazla görüldüğü bulunmuştur (Kent ve Craddock, 2003).

Tek yumurta ikizleriyle yapılan çalışmalarda %80 oranında, çift yumurta ikizleriyle yapılan çalışmalarda %30-40 oranında hastalığın görüldüğü araştırmalar sonucu ortaya konmuştur. Yine yapılan bu çalışmada DEAHB tanısı alan çocukların anne ve babalarında da DEAHB'nin görülme riskinin 2-8 kat daha fazla olduğu ileri sürülmektedir (Faraone ve Biederman, 1998).

Diğer bozukluklarda görüldüğü gibi DEAHB'nin oluşmasında birden fazla genin ilişkisi olduğu düşünülmektedir (Biederman ve ark.,1990). Yapılan genetik çalışmalarında D2, D3, D4 ve D5 reseptörleri DAT (Dopamin taşıyıcıları), dopaminin yıkımında önemli görev üstlenen enzimler gibi dopamin mekanizması ile ilişkili bazı adet genlerin ilişkisi olduğu ifade edilmiştir. Bu genler DRD4 ve DAT1 genleridir. Aynı zamanda glutamat, asetilkolin, noradrenelin ve serotonin sistemlerinin düzenlenmesinde rol oynayan genlerin protein 25 (SNAP 25) ve tiroidbalmaç genlerinden etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır (Doğangün ve Yavuz, 2011). Bu bilgiler bize DEAHB'de genetik faktörlerin önemini gözler önüne sermektedir. Fakat genetik geçişin tam anlamıyla olmaması, genlerin dışındaki faktörlerinde (psikososyal ve çevresel faktörler) DEAHB'de önemli rol oynadığını göstermektedir (Şenol ve ark., 2008).

1.3.2. Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğu psikososyal ve çevresel etkenler

DEAHB'nin nedenleri arasında biyolojik faktörlerin etkisinin büyük bir rolü olduğu bilinmekle beraber psikososyal faktörlerin biyolojik yatkınlığı arttırdığı kabul görmektedir. Doğum öncesi ve doğum sonrası ortaya çıkan komplikasyonlar, bazı toksinler ve çocuğun ihtiyacı olan besin ve vitamin ihtiyaçlarının karşılanmaması gibi sebeplerin de DEAHB oluşumundaki rolünün büyük olabileceği ifade edilmektedir (Sertçelik, 2012; Şenol ve ark., 2008).

Bir meta-analiz çalışmasında DEAHB tanısı almış çocukların doğum öncesi, esnası ve sonrasındaki süreçlerde DEAHB tanısı almamış çocuklara oranla maruz kaldıkları stres oranlarının daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda doğumda gerçekleşebilecek komplikasyonlarında çocukluk zamanında karşılaşılan aşırı hareketlilik belirtileri için risk oluşturduğu söylenmektedir (Mutluer, 2014).

Sorun teşkil eden yaşam olayları, aile içi yaşantılardaki bozukluklar ve başka kaygı yaratan durumların DEAHB'nin ortaya çıkmasını tetikleyici ve devam etmesinde aynı zamanda DEAHB'yi hızlandırıcı bir rolünün olduğu düşünülen bu sebeplerin, bu bozukluğa yatkınlığı olan çocukların mizaç, ailesel, toplumdaki başarı ve davranış beklentileri gibi önemli durumları etkilediği görülmektedir (Alpan, 2013).

1.4. Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik Bozukluğu Klinik Görünüm

Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğunun belirtileri üç temel başlık altında toplanır. Bunlar; dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik olarak sıralanabilir. Çocukluk dönemlerinde aşırı hareketlilikten kaynaklanan belirtileri görülürken, yetişkin bireylerde dikkat eksikliği ile birlikte yürütücü işlevlerdeki bozukluklardan kaynaklanan belirtiler görülmektedir (Semerci ve Aksoy, 2018). Bu tanıyı almış küçük çocukların ve ergenlik dönemindeki gençlerin dürtüsel davranış özellikleri gösterdiği bilinmektedir. Aynı zamanda bilgi işleme sistemlerindeki yavaşlıktan kaynaklanan akademik başarısızlıklar, notlarında düşme ve okul bırakmaya yönelik davranışlar içinde olduğu görülür. Bu çocuklarda düşük benlik saygısı gözlemlenirken, bu sebepten kaynaklı sosyal ilişkilerde zorluk yaşadıkları ve madde kullanımına yöneldikleri gözlenmektedir (Sharma ve Couture, 2014).

DEAHB tanısı almış çocuklarla yapılan bir çalışmada sosyal ilişkilerde zorluk yaşamalarının, yakın arkadaş edinememe ve akran ilişkilerinde reddedilme gibi sorunlarla karşılaştıkları bulunmuştur. Erken dönemlerde yaşanan bu zorlukların tespit edilmesi ilerideki yaşamlarının işlevselliği açısından yararlı olduğu düşünülmektedir (Nijmeijer ve ark., 2008). Yetişkinlerde görülen DEAHB belirtilerinin çocuklarla karşılaştırıldığında farklı klinik özelliklerde görüldüğü tespit edilmiştir (Zalsman ve Shilton, 2016).

Yetişkinlerde nörogelişimsel süreçlerin gelişmesiyle birlikte aşırı hareketlilik belirtilerinin azaldığı veya ortadan tamamen kalktığı görülebilir iken, baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi ile birlikte bazı belirtilerin kontrol altına alındığı fark edilemeyebilir. Yetişkinlikte kendi ilgilerini çeken durumlarda iyi işlevsellik gösterebilirler. Ancak dikkatlerini çekmeyen başka görevleri tamamlamaya çalışırken dikkatlerini farkında olarak yönlendirmede zorluk yaşayabildikleri de unutulmamalıdır (Barkley ve Brown, 2008). Bazen çocukluk ve ergenlik döneminde fark edilmeyen belirtiler yaşın ilerlemesi ve yaşamdaki zorlukların baş göstermesi sonucunda görünür hale gelebilmektedir (Brown, 2006). Bu sebeple çocukluk döneminde tanı almamış olan bireyler yetişkinlik döneminde karşılaştıkları sosyal-yakın ilişki ve mesleki alanlarda karşılaştıkları zorluklar nedeniyle ilk defa bu dönemde kliniklere başvurabilirler. Aynı zamanda çocukluk döneminde tanı almış

olsalar bile bu yaşam gelişmelerinden kaynaklı yeniden yardım almaya yönelebileceği söylenebilir.

1.5. Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik Bozukluğu Tanı Kriterleri

DEAHB tanısı için herhangi bir laboratuvar yöntemi ya da biyolojik temelli bir değerlendirme tam anlamıyla bulunmamaktadır (Karakaş, 2010; Kılıç, 2005). DEAHB klinik bir tanı olup; klinik gözlemin, fiziksel ve nörolojik tetkiklerin, davranış ve kendini değerlendirme ölçeklerinin kullanıldığı, aile ve bireysel görüşmeler ile birlikte oluşan ve bilişsel testlerin hep birlikte kullanıldığı bir tanılama sürecine ihtiyaç duymaktadır. DEAHB'nin klinik görünümüne baktığımızda dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik alanındaki belirtiler olduğunu görmekteyiz. (Doğangün ve Yavuz, 2011).

İlk yayınlama tarihi 1952 olan DSM-IV-TR'de DEAHB'nin üç temel alanı olduğu görülmektedir. Bunlar; dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüselliktir. Hiperaktivite ve dürtüsellik alanı birlikte değerlendirilmektedir (Taner, 2010). Bireyin DEHB tanısı alabilmesi için 2 ayrı grupta yer alan 9 belirtiden en az 6 ve daha fazla belirtinin baş göstermesi ve bu belirtilerin 6 aydan kısa süre olmamak kaydıyla görülüyor olması gerekmektedir. Görülen bu belirtilerin akademik, sosyal, romantik ilişkiler ve diğer alanlarda işlevselliği etkileyen durumların açıkça görülmesi kriteri aranmaktadır. DSM-IV-TR'ye göre belirtilerin görülme yaşının en fazla 7 olduğu söylenirken, 2013'te yayınlanan DSM-V'de bu aralığı 12 yaş olarak belirlenmiştir. Yine üç temel alana ayrılan DEAHB bu sefer dikkatsizliğin önde geldiği tip, aşırı hareketlilik/dürtüsellğin önde geldiği tip ve iki alt alanın birleşiminden oluşan bileşik tip olarak tanımlanmıştır (APA, 2013).

Dikkat eksikliğinin belirtilerine baktığımız zaman yönergeleri dinlemede ve takip etmede zorluk, kendini oyuna veya ilgilendiği işe verememe, eşyalarını sık sık kaybetme, konuştuğu kişileri dinlememe, detayları gözünden kaçırma, düzensiz bir ortam, unutkanlık, ilgisini bir olay üzerinde uzun süre tutamama görülmektedir. Hiperaktivite/dürtüsellğin belirtilerinde ise; yerinde durmakta zorlanma, hareketlerini kısıtlamak, kontrolsüzlük, sınıf ve sosyal ortamlarda oturması gereken durumlarda bile oturmada zorlanma, çok ve hızlı konuşma, sıra beklemek ve oyun oynamakta zorlanmalar görülmektedir (Yazgan, 2010). DSM-V 'e göre DEAHB tanı ölçütleri Tablo 1.1'de verilmiştir.

Tablo 1.1. Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareket Bozukluğu DMS-V Tanı Ölçütleri

-
- (1) Aşağıdaki dikkatsizlik belirtilerinden altısı ya da daha fazlası en az altı ay uyumsuzluk doğurucu ya da ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür.
- (a) Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.
- (b) Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı etkinliklerde dikkati dağılır.
- (c) Doğrudan kendisine konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür.
- (d) Çoğu zaman yönergeleri izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da iş yerindeki görevlerini tamamlayamaz (karşıt olma bozukluğuna ya da yönergeleri anlayamamaya bağlı değildir).
- (e) Çoğu zaman üzerine aldığı görevi ve etkinlikleri düzenlemekte zorluk çeker.
- (f) Çoğu zaman sürekli mental aktivite gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir.
- (g) Çoğu zaman üzerine aldığı görev ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder.
- (h) Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolayca dağılır.
- (i) Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unutkandır.
- (2) Aşağıdaki hiperaktivite-impulsivite belirtilerinden altısı (ya da daha fazlası) en az altı ay süreyle uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür:
- (a) Çoğu zaman elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.
- (b) Çoğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar.
- (c) Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşturup durur ya da tırmanır.
- (d) Çoğu zaman sakin bir biçimde boş zamanları geçirme etkinliklerine katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır.
- (e) Çoğu zaman hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi davranır.
- (f) Çoğu zaman çok konuşur.
- (g) Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan cevabını yapıştırır.
- (h) Çoğu zaman sırasını beklemede güçlüğü vardır.
- (i) Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da başkalarının yaptıklarının arasına girer.
- B. Bozulmaya yol açmış olan dikkatsizlik ve hiperaktif-impulsif belirtilerin çoğu 12 yaşından önce de vardır.
- C. İki ya da daha fazla ortamda belirtilerden kaynaklanan bir bozulma vardır.
- D. Toplumsal, okuldaki ya da mesleki işlevsellikte klinik açıdan belirgin bozulma olduğunun açık kanıtları olmalıdır.
- E. Bu belirtiler sadece bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Şizofreni ya da diğer bir Psikotik Bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.
-

1.6.Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik Bozukluğu Eş Tanı

Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğu tam olarak nedeni tespit edilememiş çok yönlü bir bozukluktur (Gül ve Öncü, 2018). Son yıllarda yapılan çalışmalarda DEAHB'nin başka birçok bozuklukla birlikte görüldüğü tespit edilmiştir (Rickel ve Brown, 2007). DEAHB tanısı almış çocukların %50'den fazlasının başka bir eş tanısı olduğunu söyleyen Hechtman (2007) , çocukların yaşları ilerledikçe hem bu oranın hem de eş tanıların fazlaştığını söylemektedir. DEAHB ile birlikte görülen bozukluğun görülme sıklığını, bireyin yaşı, cinsiyeti ve sosyoekonomik durumu ile birlikte ailede daha önceden tanılanan bozuklukların olup olmadığı gibi birçok sebep etkilemektedir (Şenol ve ark., 2008).

DEAHB'li çocuklarda eş tanı olarak; kaygı bozuklukları, öğrenme bozuklukları, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, depresyon, davranım bozukluğu ve bipolar bozukluk görülmektedir. Yetişkin DEAHB tanısı alan bireylerde en az 1 tane eşlik eden tanı bulunma oranının %80 oranın üstünde olduğu bilinmektedir. (Özkorumak, Özten ve ark., 2013).

Amerika'da yapılan bir çalışma doğrultusunda yetişkin DEAHB tanısı alanlarda depresyon tanı alma sıklığı %18, distiminin görülme sıklığının ise %12 olduğu ortaya konmuştur. (Kessler ve ark., 2006). Ekinci, Öncü ve arkadaşlarının (2011) ülkemizde yaptığı bir çalışma doğrultusunda DEAHB tanısı almış yetişkinlerde yaygın kaygı bozukluğu görülme sıklığının %22,5, obsesif kompulsif bozukluğu ve panik bozukluğunun ise %7,5 oranında görüldüğü saptanmıştır.

DEAHB'de madde ve alkol kullanımına sıklıkla rastlanmaktadır. Ekin, Öncü ve arkadaşlarının yaptığı çalışmadaki katılımcıların %15'inde alkol kullanımı, %7,5 inde madde kullanımı, %5'inde ise her ikisinin kullanımı tespit edilmiştir (Ekinci, Öncü ve ark., 2011) Yapılan başka bir çalışmada 114 yetişkin DEAHB tanısı almış katılımcıdan %36'sının alkol bağımlılığı, %11'inin kokain ve diğer uyuşturucu türevleri kullanımı, %21 kannabis ve %5'inde birden fazla ilaç bağımlılığı olduğu saptanmıştır (Schubiner ve ark.,2000).

1.7. Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik Bozukluğu Ayırıcı Tanı

DEAHB'nin diğer psikolojik hastalıklardan ayrıştırılması zaman zaman zor olabilmektedir. DSM'nin içeriğine baktığımızda DEAHB belirtilerinin diğer psikopatolojilerden farkını araştıran bir çalışma olmadığını görüyoruz (APA, 2013).

Konuşma bozukluğu olan bir çocuğun iletişim zayıflığından kaynaklı göstermiş olduğu belirtiler DEAHB'ye yorulabilir. Aynı zamanda mental retardasyonda dikkat eksikliği belirtileri gözlenmektedir. DEAHB'nin kriterleri çoğunlukla yaygın gelişimsel bozukluk, karşıt olma- karşıt gelme bozukluğu ve davranış bozukluğunun kriterleri ile büyük oranda benzerlik göstermektedir (Kelly ve Aylward, 1992)

DEAHB'ye baktığımızda dikkatin toplanamaması, kontrolsüz konuşma, motor aktivitelerin kontrol edilememesi gibi belirtilerin olduğu görülmektedir. Ancak bu belirtilerin DSM'de yer alan başka psikopatolojilerin tanılanmasında kullanılan tanı kriterlerinin içinde yer aldığı anlaşılmaktadır. Psikiyatristlerin tanı koyarken bu ikisinin ayırımına varabilmesi aynı zamanda DEAHB'nin diğer psikiyatrik hastalıklarla görülme sıklığını da göz önünde bulundurmaları gerekmektedir (Tuğlu ve Şahin, 2010).

1.8. Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik Bozukluğu Tedavi

Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğu tanısı almış bireyler yaşamlarının birçok alanında zorluk yaşamaktadır. Bu durumun yalnızca tanı alan kişiyi değil aynı zamanda ailesini ve sosyal çevresini de etkilediği gözlemlenmiştir. Tanı aldıktan sonraki tedavi sürecinin eksikleri olduğu düşünülmektedir. 2010 yılında ülkemizde yapılan bir derleme çalışmasında elde edilen sonuç DEAHB'nin yaygınlığına ve tedavisine yönelik yeterli bir çalışmanın olmadığı yönündedir. Genel olarak tanı koyarken uygulanan yöntemlerin farklılık gösterdiği, çoğu zaman kullanılan testlerin puanlarına göre tanı konulduğu ve tanı alan kişilerin çocukluk çağı ile ilgili aileden alınan bilgilerin yeterli ölçüde yer almadığı saptanmıştır (Tufan ve Yaluğ, 2010)

Erken yaşta tanı konulan çocukların tedavi programlarına bakıldığında; davranış terapileri ve uyarıcı ilaçlar verildiğini görülmektedir (Özek, 2012). Alanyazın incelendiğinde DEAHB tedavisinde ilk sırada uyarıcı ilaçların olduğu, psikoterapinin ilaca destek vermesi amacıyla ikinci sırada yer aldığını saptanmıştır. Uyarıcı ilaçların psikoterapi

ile desteklenmesinin tedavi sürecinin olumlu etkilerini arttırdığı yapılan çalışmalarla desteklenmektedir (Alcon ve Lauffer, 2014). Çocukluk çağında aile ve sosyal çevre eğitimi, davranışsal değişim çalışmaları önemli sayılırken, erişkin DEAHB tanısı alan kişilere uygulanan ilk tedavi yönteminin ilaç olduğu görülmektedir (Bilici, Yildirim, Kandil, Bekaroglu ve Yildirmis, 2004).

Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğunun belirtilerinin ve yaşadıkları zorlukların beyin yapısı ve bu yapıdaki bazı kimyasal bozulmalardan kaynaklandığını görülmektedir. Bu bozulmaları gidermek veya yönetmeyi hedefleme öncelikli tedavi yöntemi olarak ortaya çıkmaktadır. Brown (2005), iyi organize edilen ve uygun ilaç-doza ayarı yapılan bir tedavi planının en işlevsel tedavi olduğunu söylemektedir. Erişkin DEAHB tedavisinde 2 tür ilaç kullanılmaktadır. Bunlar uyarıcı ve uyarıcı olmayan ilaçlardır. Uyarıcı ilaçlar ile yapılan çalışmalarda plaseboya oranla bu ilaçların daha iyi işe yaradığı ve gözlenen olgularda %70 oranında kısa zamanda pozitif etki görüldüğü tespit edilmiştir (Faraone ve Glatt, 2010).

Dünyada metilfenidat, deksmetilfenidat ve dekstroamfetamin etkin maddesine sahip uyarıcı ilaçlar kullanılmasına rağmen Türkiye’de kullanım onayına sahip tek etkin maddenin metilfenidat olduğu bilinmektedir (Greydanus, 2005). Ülkemizde metilfenidat etken maddesi içeren iki ilaç vardır. Bunlar Ritalin ve Concerta olmak üzere biri (Ritalin) kısa süreli etkiye diğeri (Concerta) uzun süreli etkiye sahiptir (Özbek ve Bozabalı, 2003). Her iki ilaç grubunun da yan etkileri mevcuttur. Bu yan etkiler sinirli olma hali, kaygı, huzursuz duygu durumu, aşırı hareketlilik, karında ağrı hissetme, yemek yiyememe ve mide bulantısı olarak sıralanabilir (Kalyna, 2010).

DEAHB’nin ilaç ile tedavisinde uyarıcı ilaçlardan sonra atomoksetin etkin maddesi içeren uyarıcı olmayan ilaç kullanımı da FDA (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi) tarafından onaylanmıştır. Atomoksetin plasebo ile karşılaştırıldığında daha etkili bulunmuş olmasına rağmen metilfenidata kıyasla daha az etkili olduğu görülmüştür (Wigal, McGough, McCracken ve ark., 2004).

DEAHB tanısı almış kişilerde ilaç tedavisinin başarısı ile ilgili bir sürü çalışma bulunmasına rağmen bireysel psikoterapi çalışmalarının bu kişiler üzerindeki etkinliğini araştıran yeterli sayıda araştırma bulunmamaktadır. Ancak bireysel psikoterapinin terapist

ve tanı alan birey arasında olumlu terapötik bir ilişki oluşturabileceği ifade edilebilir (Aysev ve Taner, 2007).

Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğu tanısına sahip çocuklar yalnızca kendilerini değil içinde bulundukları sosyal çevreyi ve aile yaşamları etkilemektedir. Bu sebeple bu bozuklukla ilgili çocuğun içinde bulunduğu her yerdeki bireylerin bilgilendirilmesi hem çocuk hem de çevresi açısından yararlı olacaktır. DEAHB'ye sahip olan bireyin ailesi öncelikli olarak çocuklarında bir sorun olduğunu kabul etmek durumundadırlar. Bu sorunun sebebi ne kendilerinden ne de çocuktan kaynaklanmaktadır. Ancak başlangıcına sebep olmayan ailenin süreç içindeki davranış ve tutumlarının belirtilerin seyrini etkileyebileceğini, olumsuz ve yanlış davranışlarla belirtilerin artmasına ya da bilinçli davranarak tedaviye katkı sağlayacaklarına dair bilgilendirilmeleri önem teşkil etmektedir (Turgay ve Semerci, 2008).

Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğu tanısı almış bireylerin öncelikle ailelerine sonra da çevrelerine bozukluğun genetik yapısını, belirtilerini, karşılaşılabilecekleri sorunları, tedavi yöntemlerini ve nasıl baş edebileceklerini anlatan birçok alanı içinde barındıran kapsamlı bir eğitim verilmesi gerekmektedir Bu sayede süreç yönetimi ile ilgili yapılması gerekenleri bilerek aile içi ve bireysel stres unsurlarını kontrol edebilecek bu süreci avantaja çevirebileceklerdir (Stein, 2002).

Bu eğitimlerde aile içi iletişimi güçlendirme, bozukluk ile ilgili özellikle genetik yapıyı anlatan bilgilerin verilmesi, stres yönetimi ve baş etme stratejilerinin nasıl oluşturulacağına dair bilgiler verilmesi amaçlanmalıdır (Şenol, İşeri ve Koçkar, 2006). Ebeveynler tanı almış çocuklarına nasıl davranacaklarını kavradıkları zaman dolaylı yoldan çocuklarının sosyal iletişimlerini ve uyum ile ilgili süreçlerini olumlu yönden etkileyebilirler. Bu bireysel tekniklerin ilaç tedavisi ile desteklenmesi de belirtilerin daha etkili azalmasına ya da kontrol altına alınmasına olanak sağlamaktadır (Ercan ve Aydın, 2007). İlaç tedavisinin etkinliği neredeyse yapılan her çalışma ile ortaya konulsa da bazı süreçlerde tek başına yeterli olmamaktadır. Bu durumda davranış tedavileri bireyin hem aile içindeki hem de okul ve sosyal çevresindeki istenmeyen davranışlarını kontrol altına alabilmesine olacak sağlayacaktır.

1990'lı yılların başlangıcından beri kullanılan davranış değiştirme DEAHB tanısı almış bireylerin tedavisinde kullanılan ve olumlu sonuçlar elde edilen bir yöntemdir.

İstenmeyen olumsuz davranışlara sahip olan çocuklara davranış değiştirme tekniği ile çocukların çevreleri tarafından uygun görülmeyen davranışlarını yeniden yapılandırmasına olanak vermektedir. 2008 yılında 100'ün üzerinde çocuk ile birlikte yapılan bir meta analiz çalışmasında davranış tedavisinin DEAHB tedavisinde oldukça başarılı sonuçlar elde ettiği ortaya konulmuştur (Fabiano, Pelham, Coles ve Gnagy, 2008).

Davranış tedavisi birkaç ögeden oluşmaktadır. Bunlardan ilki tanı almış bireyin olumsuz davranışlarını tetikleyen unsurları belirleyip, bu davranışları değiştirmekte etkili olabilecek yöntemleri bulmaktır. İkinci öge ebeveynlerin ve çocuğun davranış tedavisine olan yaklaşımının değerlendirilmesidir. Diğer bir adım ise davranış değişikliği gerçekleştirmeye çalışan çocuğun başarısının aile tarafından nasıl değerlendirileceğinin belirlenmesi ve son olarak da uygulanan tedavinin işe yarayıp yaramadığının tespiti, nelerin faydası olup olmadığına bakılması ve hangi davranışların değişikliklerine gidilmesi gerektiğinin belirlenmesidir (Brown ve ark. 2005).

Yapılan bir çalışma doğrultusunda sadece ilaç alan ve sadece davranış tedavisi olmak üzere 2 gruba ayrılan katılımcıların sonuçlarına bakıldığında yalnızca ilaç ile tedavi gören hastaların sonuçlarında diğer gruba kıyasla anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Ancak uzun süreli takip sonucunda katılımcılara uygulanan tedaviler arasındaki farkın zaman içerisinde anlamlılığını kaybettiği bulunmuştur (MTA grubu, 1999; Molina, 2009).

1.9. Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik Bozukluğu ve Yaşam Doyumu

İnsanlığın başından beri hayattan zevk alma, mutlu olma ve tatmin olma yani yaşamında doyuma ulaşma hissi hayatın birincil amacı olarak karşımıza çıkmaktadır. Birey ve varoluş amacı birçok teorisyene göre farklı kalıplarla ifade edilse de hepsinin ortak noktası kişilerin yaşamlarında mutlu olma arzusu ilkesine dayanmaktadır (Corey, 2015).

Yaşam doyumu kavramına bakıldığında hayatın belirli bir alanında yeterli hissetme ve mutlu olma duygusu olmadığını, bireyin hayatının geneline bakarak yorumladığı doyum hissi olduğu görülmektedir. Bu doyum kişinin hayatındaki olayları ele alarak bu olaylardaki beklentilerinin gerçekte yaşanan durumla örtüşüp örtüşmediğine bakarak verdiği kararın sonucudur (Neugarten ve ark., 1961). Başka bir ifadeyle yaşam doyum bireyin yaşamındaki istek ve hedeflerine ulaşım ulaşmaması ile ilgilidir (Bradley ve Crown, 2004).

Neugarten ve ark. (1961) yaşam doyumunu açıklarken birkaç kısıtstan bahsetmiştir. Hayattaki aktivitelerden keyif alan, hayatlarının anlamlı olduğunu düşünen, geçmişte yaşadıkları olaylarla ilgili problemleri olmayan veya bu problemleri çözen ve gelecekle ilgili olumlu düşüncelere sahip olan, kendileriyle ilgili olumlu benlik algısının olduğu kişilerin yüksek yaşam doyumuna sahip olduğunu söylemektedirler. Bu kişilerin genel olarak hayata ve içinde bulundukları yaşamlarına bakış açılarının olumlu olduğu görülmektedir.

DEAHB genellikle çocukluk çağında tanılanan ve yaşam boyu etkilerinin sürdüğü nöropsikiyatrik bir bozukluk olduğu için bu kişilerin hayatlarını doğrudan etkileyen unsurlar içermektedir. Bu sebeple DEAHB belirtilerinin sonuçlarına bakıldığında hayattan zevk almayı ve mutlu olmayı engelleyen bir dizi etkisi olduğu görülmektedir (Barkley, 2015). DEAHB belirtileri olumsuz tepki almaya ve sosyal alanlarda reddedilmeye varan sonuçlar doğurmaktadır. Örneğin; sosyal ilişkilerde konuşmaların sakın bir şekilde dinlenmesi ve görüşmelere zamanında gidilmesi gibi beklentiler vardır. Ancak bu bireyler dürtüsel davranışların getirmiş olduğu etkilerle konuşmaları düzgün bir şekilde dinlemekte zorlanmakta, dikkat dağınıklığından dolayı organize olamamaktadırlar (Scholtens, Diamantopoulou, Tillman ve Rydell, 2012). DEAHB olan bireylerde yine sık görülen duygu değişimleri de yakın sosyal ilişki kurmalarına engel olmaktadır (Skirrow, McLoughlin, Kuntsi ve Asherson, 2009). Yapılan araştırmalarda erişkin DEAHB'ye sahip katılımcıların yarısında fazlası belirtilerinin yakın, romantik ve aile ilişkilerinde sorunlar teşkil ettiği bilgisini vermiştir (Brod ve ark., 2012).

Araştırmalar gösteriyor ki DEAHB'ye sahip bireyler sosyal olarak daha az destek almaktadır (Bernardi ve ark., 2012). Sosyal ilişkilerle birlikte sosyal desteğin yaşam doyumu ile anlamlı bir ilişkisi olduğu bilinmektedir (Martikainen, 2009). Bu bilgiden yola çıkarak DEAHB tanısı almış erişkin bireylerin bu bozukluk belirtilerinden ileri gelen sosyal ilişkilerindeki problemlerin sosyal alanlarda reddedilmeye ve destek görmemeye sebep olduğu, bunun sonucunda da DEAHB tanısına sahip bireylerinde yaşam doyumu seviyelerinin düşük olduğu sonucu çıkarılabilir.

1.10. Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik Bozukluğu ve İşlevsellik

Tyrer ve Casey'e (1993) göre işlevsellik kelimesi Latince'den gelir ve ilk olarak "Functus" olarak ifade edilmektedir. Tam anlamına bakıldığında; işlemek veya gerçekleştirmek olarak ifade edilir. Psikopatolojilerin tanımlama kriterlerine bakıldığında işlev bozukluklarının temel taşlardan biri olduğunu görülmektedir. Psikolojik bozukluklar, sosyal alanlardaki yetersizlik, stres düzeyi, iş yaşamında ve diğer önemli alanlarda işlevselliği büyük ölçüde bozmaktadır (APA, 2000). İşlevsellik iş yaşamını ve hayatı kendi kendine idame ettirebilme becerisini, yaratıcılık, romantik ilişkileri sürdürebilme ve çalışabilme gibi karmaşık bir sürü alanı içinde barındırmaktadır. Araştırmacıların işlevsellik ile ilgili bilimsel çalışma yaparken genellikle bir veya iki alanını göz önüne alarak çalışmalarını sürdürdüğü bilinmektedir. Ancak bu durum işlevselliğin en uygun açıklamasını yapmak için yeterli olmaz (Zarate, Tohen ve ark., 2000). Sosyal işlevsellik; kişinin yaşadığı çevresi ile ilişkisini, çalışma ortamında, romantik ilişkilerinde ve sosyal çevresindeki rollerini yerine getirebilme becerisini tanımlamaktadır.

Klinik psikoloji alanında sosyal işlevsellik ilk olarak 1950'lerde II. Dünya Savaşı sırasında araştırmalara konu olmaya başlamıştır. Önceleri hastalıkların sınıflandırılması ve ilaç tedavilerinin araştırılması konuları ön plandayken psikopatolojilerde hastaların işlevselliklerinin bozulmaya başladığının gözlenmesiyle birlikte işlevsellik çalışmaları ön plana çıkmıştır (De Jong, 1999). Bu alanda çalışmalar ilerledikçe kliniklere başvuran kişilerin sosyal ilişkileri sürdürmede problem yaşadıkları ve bu problemlerin akut süreçler yerine kronik seyirli oldukları gözlenmiştir. Hastaların sosyal işlevselliklerinin bozulmaya başladığını ve bu bozulmaların kronik hale geldiğini gören klinik psikoloji alanında çalışan uzmanlar psikolojik rahatsızlıklarından kaynaklı sosyal işlevlerinde bozulmalar görülen bireylerin yine bu bozulmalardan kaynaklı psikolojik iyileşmenin gözlenemediği sonucuna varmışlardır (De Jong, 1999; Hengeveld ve Van Balkom, 2005).

Amerikan Psikiyatri Derneği tarafından yayımlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabında birçok psikolojik bozukluğun tanımlama ölçütleri incelendiğinde bozukluk herhangi biyolojik bir temele dayanmıyor ise bozukluğun sosyal, iş yaşamı ve diğer önemli alanlardaki işlev bozukluklarını temel alarak tanı konulduğu görülmektedir (APA, 2000; Tyrer ve Casey, 1993).

Sosyal ilişkiler bireyin kendini nasıl tanımladığı, özsaygısını, yaşama ve diğer bireylere karşı olan düşüncelerini etkileyen önemli bir kavramdır. DEAHB bireyin sosyal ilişki kurabilme ve sürdürebilme becerilerini olumsuz yönde etkileyen bir bozukluktur. Sosyal iletişim içinde birçok kavramı barındırmaktadır. Bu kavramlardan bazılarını kişilik yapısı, sözel ve sözel olmayan bilgileri algılama ve yorumlama becerisi olarak ele alabiliriz. DEAHB belirtilerinin neden olduğu sosyal etkileşimdeki sorunlar çoğu zaman bu bozukluğun sosyal bir bozukluk olarak değerlendirilmesine sebebiyet vermektedir (Gentschel ve McLaughlin, 2000). Çocukluk çağından itibaren DEAHB belirtileri sosyal alanlarda olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. DEAHB tanısı almış bireylerin psikolojik, eğitim ve sosyal ilişkiler alanında zorluklarla karşılaştıkları görülmektedir (Weyandt ve Dupaul, 2008). Bu alanlarda yaşadıkları zorlukların temel sebebinin dikkat toplama ve dikkati sürdürmede sorun yaşamalarından kaynaklı olduğu görülmektedir (Brown, 2009). Dikkat eksikliğinin getirdiği en önemli problem konuşmaları takip etmekte zorlanma, ortak yapılan işlere odaklanamama olarak söylenebilir. Bu durum çocuğun arkadaşlık ilişkileri kurma ve bu ilişkileri sürdürebilmesini zorlaştırmaktadır (Goldstein ve Goldstein, 1992). Yapılan bir araştırmada DEAHB tanısı almış çocukların %50-60 oranında sosyal ilişkilerinde istenmedikleri ve gruplardan uzak tutuldukları görülmüştür (Barkley, Russell, DuPaul, George, McMurray ve Mary, 1990). Yapılan başka çalışmalarda kontrol gruplarına göre aşırı hareketlilik belirtileri gösteren çocukların daha az arkadaşları olduğu, düşük benlik saygısı ve düşük psikososyal uyum yaşadıkları görülmüştür (Barkley ve ark., 2006; Hechtman, Weiss ve Perlman, 1980; Slomkowski, Klein ve Mannuzza, 1995).

1.11. Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik Bozukluğunda Depresyon ve Kaygı

Depresyonun dünya genelinde her yaş grubundan 264 milyon kişiyi etkilediği bilinmekle birlikte zihinsel güçsüzlüğün sıkça sebebi olduğu ve dünyada birçok hastalık sebebinin önemli bir parçası olduğu gözlenmektedir (WHO, 2020). Kaygıya baktığımızda ise ülkeden ülkeye göre oranlar değişse bile tüm veriler göz önüne alındığında yaklaşık dünya nüfusunun %7'si kaygı bozukluklarından etkilenmektedir (Baxter ve ark., 2013).

DEAHB tanısı almış erişkinlerde en çok eşlik eden bozukluğun majör depresif bozukluk olduğu görülmüştür (Fischer ve ark., 2007). Birçok çalışma DEAHB ve Majör depresif bozukluğun arasındaki ilişkiyi defalarca ortaya koymuştur ((Biederman ve ark., 2004; McGough ve ark., 2005; Secnik ve ark., 2005) dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğunu görülme sıklığını inceleyen bir çalışmada majör depresif bozukluğu tanısının

normal popölasyona oranla daha çok olduğunu görölmektedir (Blackman, Ostrander ve Herman, 2005).

Yapılan çalışmalarda DEAHB tanısı almış kişilerde depresyon belirtilerinin daha erken yaşlarda kendini gösterdiği saptanmıştır (McGough, Smalley ve McCracken, 2005). Bu kişilerin yaşamlarında karşılaştıkları olaylar karşısında sorun çözme becerilerinin yeterli oranda gelişmemesinden kaynaklı depresyona yatkınlığı olduğu söylenebilir. Olay sonucunda ortaya çıkan stres faktörlerinin hali hazırda yaşadıkları odaklanma sorunu, uykusuzluk ve buna benzer belirtilerinin artmasına sebep olabileceği düşünülmektedir (Tuğlu ve Şahin, 2005).

Çocukluk çağında tanı almış DEAHB'ye sahip erişkinlerin %16'sının klinik depresyon belirtileri gösterdiği araştırmalar sonucunda ortaya çıkmaktadır (Alpert ve ark., 1996). Erişkin DEAHB tanısı almış bireylerle yapılan bir çalışmada bu kişilerin akrabalarında depresyon ve DEAHB'li olma olasılığının yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Yine yapılan başka bir çalışmada ise DEAHB tanılı çocukların ailede annelerinde depresyon görölme oranının yüksek olduğu ortaya çıkmıştır (Sobanski, 2006). McIntyre ve ark. (2010) yürüttüğü çalışmada majör depresyonun DEAHB tanısı almış erişkinlerde daha erken yaşlarda ortaya çıktığı, bununla beraber diğer psikiyatrik bozuklukların birlikteliklerinde artış ve bu kişilerin yaşam doyumlarında azalmaların olduğu ortaya konmuştur.

Kadın erkek farkına baktığımızda ise DEAHB tanısı almış kadınların tanı almamış kadınlara oranla majör depresyon geliştirme oranının 2,5 kat fazla olabileceği söylenmektedir (Biederman ve ark, 2008). Majör depresif bozukluk ve DEAHB tanılarının aynı anda görölmesi genetik faktörlerinin benzer olmasıyla beraber çevresel etkilerin de yatkınlık yaratabileceğinin ortaya konulması ile birlikte bu iki bozukluğun ortaya çıkışında farklılıkların olabileceği söylenmektedir (Tamam ve Demirkol, 2012). Araştırmacıların hem DEAHB'nin hem de majör depresif bozukluğunun genetik özellikler açısından ortak noktalarının olduğunun söylemesi ile birlikte McGough ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ile erken dönemde başlayan depresyon ve DEAHB'nin birlikteliğini ortaya koyması bu iki bozukluğun genetik anlamda yakın ilişkili olduğunu kuvvetle göstermektedir (Faraone ve Biederman, 1997; McGough ve ark., 2005)

Bir başka görüş ise DEAHB tanısına eşlik eden depresyonun DEAHB belirtilerinin sebep olduğu akademik başarısızlık, sosyal çevre ile yaşanan anlaşmazlıklar ve olumsuz duygu durumundan kaynaklandığıdır (Sobanski, 2006).

Dikkat eksiliği ve aşırı hareketlilik bozukluğu ile birlikte görülen kaygıyı incelediğimizde araştırmacıların kendi içlerinde ayrım yaşadığını görülmektedir. Bazı araştırmacılar DEAHB ile birlikte görülen kaygının bozukluğun başlangıcında ve gelişiminde hücre boyutunda meydana geldiğini savunurken diğer araştırmacılar DEAHB’de görülen kaygının hiperaktivite, dikkat eksikliği ve dürtüsellik alanlarında kendini farklı gösterebileceğini ve bu farklılıkların da yalnızca DEAHB tanısı alan kişilerin fenotip bakımında diğerlerinden farklılıkların olabileceğini söylemektedir (Pliszka, Carlson ve Swanson, 1999).

Yapılan araştırmalar DEAHB tanısı ile birlikte kaygı bozukluğunun görülme sıklığının %50 civarında olduğunu söylemektedir (Mancini, Van Ameringen, Oakman ve Figueiredo, 1999). Bu bilgiyi destekler nitelikte Spencer, Biederman ve Wilen (1999) yaptığı çalışmada DEAHB tanısı almış çocuklarda yüksek oranda agorafobi, ayrılık kaygısı bozukluğu, sosyal fobi ve Obsesif-kompulsif bozukluk birlikteliği görüşmüştür. Bu araştırmadaki bulgular doğrultusunda yaygınlığı incelendiğinde ise kontrol grubundaki çocuklarda kaygı bozukluklarından birinin görülme oranı %5 iken DEAHB tanısı almış çocuklardaki görülme sıklığının %27 olduğu bulunmuştur (Safren, 2001).

Bu bulgular bu zamanda kadarki Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü (National Institute of Mental Health) tarafından gerçekleştirilen en kapsamlı DEAHB çalışmalarından biri ile desteklenmiştir. Sonuçlar uluslararası popülasyona bakıldığında DEAHB ve kaygının güçlü bir ilişkisi olduğunu ortaya koymaktadır (Souza, Pinheiro, Denardin, Mattos ve Rohde, 2004).

Cansell ve Cantwell (1997) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada kaygı ile birlikte görülen DEAHB’nin dürtüsellik düşürüp dikkat işlevlerini zora sokacağı bilgisi öne atılmıştır. İki yıl sonra gerçekleştirilen iki ayrı çalışmanın bulguları bunu destekler niteliktedir. Bu araştırmada da kaygı ve DEAHB birlikteliğinin dikkat gerektiren işlerin yapımını kötüleştirirken dürtüsellik boyutunun kaygı tarafından engellenebileceği söylenmiştir (Brown, 2000; Pliszka ve ark., 1999).

2004 yılında yetişkinlerle gerçekleştirilen bir çalışmada 28 DEAHB tanısı almış yetişkin ve 34 kontrol grubu katılımcısı kullanılmıştır. Sonuçlar bellek işlevlerindeki bozuklukların çalışma belleğindeki zayıflıktan ve anlamsal organizasyondaki yetersizlikten kaynaklanmadığı bunun sebebinin durumsal yaşanan kaygı olduğunu ortaya koymaktadır (Roth ve ark.,2004).

Jensen (2001) tarafından gerçekleştirilen çalışmada ise DEAHB ile birlikte görülen kaygının fobilerden kaynaklı davranışlardan ziyade olumsuz duygulanım ve yıkıcı sosyal ilişkilerden kaynaklı olduğu söylenmiştir. Bu bulgu doğrultusunda DEAHB de görülen kaygının kişinin kendi yetkinliği ve performans endişesinden dolayı oluştuğu bilgisi desteklenmektedir.

1.12. Araştırmanın Amacı, Önemi ve Soruları

1.12.1. Araştırmanın önemi

Okul çağından itibaren kendini gösteren ve yetişkinlikte de etkileri hissedilen dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğunun kişilerin yaşamında birçok probleme sebep olduğu bilinmektedir. Bunların başında akademik zorluklar, arkadaş ilişkilerinde problemler, işyerine adapte olamama gelmektedir. DEAHB belirtileri kendini tek bir alanda gösterdiği gibi birden çok alanı da etkileyebilir. DEAHB'li bireylerin belirtilerinden kaynaklanan stresli yaşam olaylarıyla başa çıkmak ve işlevselliklerini korumak için sınırlı kaynakları olduğu düşünülmektedir. Tavsiye almak için yeterli ve güvenilir sosyal destek ağlarından yoksun olabilirler.

Bu kişilerin dikkatini toplamada ve sürdürmede zorluk çekmeleri bilişsel olarak yeniden değerlendiremedikleri veya yardımcı olmak için uyarlanabilir bilişsel stratejileri kullanamadıkları anlamına gelebilir. Örneğin; planlı problem çözme, bilişsel yeniden biçimlendirme ve başkalarının bakış açısı ile problemleri değerlendirmede zorluk yaşayabilirler. Dürtüsel eğilimleri, stresli olaylara hızlı ve kendiliğinden yanıt verdikleri anlamına gelebilir. Kaygı sorunlarıyla karşılaşan bireyler, sorunu kabul etmemek ya da problemle aktif olarak mücadele etmekten kaçınarak adaptif (uyum gösteren) başa çıkmayı önleyebilirler (Dalgarda, Morötensen, Frydenberg ve Thomsen, 2002; Young, Morris, Toone ve Tyson, 2003).

Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğu tanısı olan yetişkinlerde belirtilerin sebep olduğu problemler görülebilmektedir. Bu problemlerin üstesinden gelebilmek için bazı stratejiler geliştirdikleri görülmüştür. Bireylerin kişilikleri, sosyal rollere atfettikleri anlam ve kişisel kontrolle ilgili algıları sorunlarla hangi stratejileri kullanarak baş ettiklerini etkileyen unsurlardır (Folkman, 1984;Folkman ve Laza Rus, 1980, 1985).

Bu çalışmada elde edilen bilgiler ışığında erişkin DEAHB tanısı olan bireylerin yaşamış oldukları belirtilerden kaynaklı problemleri ele alış biçimleri, bu problemlere uygun çözüm stratejileri ve bu stratejileri uygularken aldıkları destek kaynaklarının anlaşılmasının klinik tedavi sürecini olumlu yönde geliştirilebileceği düşünülmektedir. Alanyazın incelendiğinde DEAHB'nin tedavisinin genellikle ilaca dayandığı, bilişsel tedavilerin ikinci sıraya atıldığı görülmektedir. Bu tezden elde edilen verilerle birlikte ilaç tedavisinin yanında bu bireylerin baş etme stratejilerine ve günlük yaşamı düzenleyici tedavi planlarına yönelmesinin klinik düzeydeki yararları ön plana çıkabilir. DEAHB tanısı almış bireylerin bizzati bulmuş oldukları baş etme yöntemlerinin bilimsel bilgi ile harmanlanıp tedavi sürecine dahil edilmesi sağlanabilir.

1.12.2. Araştırmanın amacı

DEAHB DSM-5'e kadar yalnızca çocukluk çağında görülen nöropsikolojik bozukluklardan biri olarak tanımlanıyordu. Yetişkinlikte görülen belirtilerin çocukluk kalıntıları olduğu söylenmekteydi. Ancak DSM-5 ile birlikte DEAHB'nin yetişkinlikte de görülebileceği ortaya çıkmaktadır (APA, 2013). DEAHB'nin çocukluk dönemindeki belirtileriyle ve tanılanması ile ilgili tedavi çalışmaları uzun zamandır olmasına rağmen, erişkinlik dönemindeki görünümü üzerindeki çalışmalar yakın zamana kadar ihmal edilmiştir (Kılıçoğlu, Çalık, Karadağ, Çelik, Yeter, Değirmen, Öztürk ve Ülkgün, 2009). Dünyada erişkin DEAHB ile ilgili çalışmalar giderek artış göstermektedir. Bunun nedeni, erişkin dönemdeki DEAHB'nin hem bozukluğun kendisi hem de birlikte görülen bozuklukların normal popülasyondan daha çok olması nedeniyle kişinin hayatındaki olumsuz etkilerinin farkına varılmasıdır (Secnik, Swensen ve Lage, 2005). Ancak ülkemizde yeterli sayıda yetişkin DEAHB çalışmasının yapılmadığı görülmüştür (Kılıçoğlu ve ark. 2009). Aynı zamanda DEAHB'li yetişkinlerde yaygın olarak kullanılan başa çıkma stratejileri tam olarak araştırılmamıştır (Young, 2005)

Araştırmacı gözlem ve deneyimlerine dayanarak dikkat eksikliği ve aşırı hareket bozukluğu tanısı almış yetişkin birkaç bireyin yaşadıkları sorunları gözlemlemiştir. Bu sorunlarla baş ederken kullandıkları stratejileri ve çevrelerinden aldıkları yardımları inceleme fırsatı bulmuştur. Bu süreçlerin diğer tanı almış yetişkinlerde de aynı şekilde ilerleyip ilerlemediğini araştırmak istenilmiştir.

Alanyazın incelendiğinde, DEAHB'nin hangi alanlarda yansımaları ve zorluklarının olduğunun belirlenmesi ve DEAHB tanısı alan kişilerin hayatlarındaki zorluklarla baş etmek için ne tür stratejileri kullandıkları daha önceden birer araştırma konusu olsa da bu stratejileri nasıl ve ne zaman uygulamaya başladıklarına dair bir inceleme ile tüm bu bilgilerin tek bir çalışmada toplanarak sunulmasının alanyazında izine rastlanmamıştır. Bu sebeple yapılması planlanan çalışma literatürde ilk olma özelliğine sahiptir.

1.12.3. Araştırmanın soruları

1. DEAHB'nin hangi alanlarda yansımaları ve zorlukları vardır?
2. DEAHB olan kişiler zorluklarla baş etmek için ne tür stratejiler kullanıyorlar?
3. DEAHB olan kişiler bu stratejileri nasıl, ne zaman ve kimin yardımı ile uygulamaya başladılar?

2. YÖNTEM

2.1.Nicel Çalışma

2.1.1. Örneklem

Nicel çalışma için kullanılan toplam veri örnekleme Ankara'da yaşayan 21-35 yaş arası, yaş ortalamaları 26.5(SS=4.8) olan 22 kişiden oluşmaktadır. Bu kişilere ölçüt örnekleme yöntemi ile ulaşılmıştır. Katılımcıların 8'i kadın (%36,4) 14'ü erkektir (%63,6). Katılımcıların 9'u mezun ve çalışmakta olup 13'ü üniversite öğrencisidir.

Tablo 2.1. Nicel Örneklem İlişkin Demografik Özellikler

	f	%	Geçerli %	Yığılmış %
Cinsiyet (n=22)				
Kadın	8	36.4	36.4	36.4
Erkek	14	63.6	63.6	100.0
Medeni Durum (n=22)				
Evli	2	9.1	9.1	9.1
Bekar	4	18.2	18.2	27.3
Toplam	22	100	100	
Eğitim Düzeyi (n=22)				
ÖnLisans	1	4.5	4.5	4.5
Üniversite	16	72.7	72.7	77.3
YüksekLisans	3	13.6	13.6	90.9
Doktora	2	9.1	9.1	100

Tablo 2.1. (devam) Nicel Örneklem İlişkin Demografik Özellikler

Meslek (n=22)	f	%	Geçerli %	Yığılmış %
Akademisyen	1	4,5	4,5	4,5
BedenEğitimiÖğretmeni	1	4,5	4,5	9,1
BilgisayarMühendisi	3	13,6	13,6	22,7
İktisatçı	1	4,5	4,5	27,3
Öğrenci	13	59,1	59,1	86,4
Psikolog	1	4,5	4,5	90,9
PsikolojikDanışman	1	4,5	4,5	95,5
YazılımMühendisi	1	4,5	4,5	100,0
Total	22	100,0	100,0	

Tablo 2.1. (devam) Nicel Örneklem İlişkin Demografik Özellikler

	f	%	Geçerli %	Yığılmış %
Yaş (n=22)				
21	2	9.1	9.1	9.1
22	4	18.2	18.2	27.3
23	4	18.2	18.2	45.5
25	2	9.1	9.1	54.5
27	1	4.5	4.5	59.1
28	1	4.5	4.5	63.6
29	2	9.1	9.1	72.7
30	2	9.1	9.1	81.8
33	1	4.5	4.5	86.4
34	1	4.5	4.5	90.9
35	2	9.1	9.1	100
Toplam	22	100	100	

2.1.2. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada araştırma içinde yer alan katılımcılara onam formu verilmiş ve tamamen katıldıkları takdirde onay vermeleri için imzalamaları istenmiştir. Katılımcıların kişisel bilgilerini almak amacıyla Demografik Bilgi Formu doldurmaları istenmiştir. DEAHB tanısı almış katılımcıların işlevselliğini ölçmek amacıyla Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ) ve yaşam doyumlarını ölçmek için Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ) verilmiştir. Araştırmaya katılanların psikolojik belirti düzeyleri Kısa Semptom Envanteri (KSE) ile ölçülmüştür. Ayrıca araştırmacı tarafından hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme soruları katılımcılarla yüz yüze görüşme yapılarak değerlendirilmiştir.

2.2.2.1. Demografik Bilgi Formu

Katılımcıların sosyo-demografik bilgilerini edinmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan formda katılımcılara yaş, cinsiyet, okuduğu/mezun olduğu üniversite, not ortalaması ve herhangi bir psikiyatrik tanısının olup olmadığı, tanıya bağlı ilaç kullanımı gibi bilgiler sorulmuştur.

2.2.2.2. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ)

Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (Functioning Assessment Short Test) (KİDÖ), bipolar bozuklukta işlevselliğin seri bir biçimde değerlendirilmesini sağlamak üzere Rosa ve arkadaşları (2007) tarafından geliştirilmiştir. KİDÖ 24 maddeli, görüşmecinin uyguladığı dörtlü Likert tipi bir ölçektir (0:hiç zorlanma yok, 3:aşırı derecede zorlanma). Altı boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; otonomi, mesleki işlevsellik, bilişsel işlevsellik, mali konular, kişiler arası ilişkiler ve boş zaman etkinlikleridir. Uygulama yapılırken katılımcıların son 15 günü göz önüne alarak değerlendirme yapmaları istenmektedir. Ölçekten alınan en yüksek toplam puan 72'dir. Ölçek puanı yükseldikçe kötü işlevselliği göstermektedir. Rosa ve arkadaşları (2007) ölçekten alınan toplam 11 ve üzeri puanın işlevselliklerini kaybetmeye başlamış kişileri gösterdiğini söylemektedir. Bu ölçek genel işlevsellik değerlendirmesi yaptığı kadar alt ölçeklerinin de kendi başına değerlendirilmesine olanak vermektedir. Türkçe geçerlik ve güvenilirliği syılında yapılmıştır. İç tutarlılık Cronbach alfa değeri 0.96 bulunmuş olup madde ve alınan toplam puan katsayıları 0.48 ve 0.83 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada katılımcıların dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğu belirtilerinin işlevselliklerine etkisini ölçmek için Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır.

2.2.2.3. Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ)

DEAHB tanısı olan bireylerin yaşam doyumlarını ölçmek için Diener, Griffin, Larsen ve Emmons (1985) tarafından geliştirilen 5 maddelik “Yaşam Doyum Ölçeği” kullanılmıştır. Ölçek orijinalinde 7'li likert tip olup ölçeğin Türkçe uyarlaması çeşitli zamanlarda (Köker, 1991; Yetim, 1993; Şimşek,2011) yapılmış, en son uyarlaması Abidin Dağlı ve Nigah Baysal tarafından yapılmıştır. Yapılan bu çalışmada Türkçeye uyarlanmış en son hali kullanılmıştır. Dağlı ve Baysal'ın (2016) Türkçe uyarlamasında 5'li likert tip olarak karşımıza çıkmaktadır. Yaşam Doyumu ölçeği farklı yaş gruplarında kullanılabilir. Ölçek; “1=Hiç katılmıyorum , 2=Çok az katılıyorum, 3=Orta düzeyde katılıyorum , 4=Büyük oranda katılıyorum ve 5=Tamamen katılıyorum”, şeklindedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 5 iken en yüksek puan 35'tir. Ölçekten alınan puan arttıkça yaşam doyumunun arttığı sonucun elde edilir . Türkçe uyarlamasındaki güvenilirlik değeri 0.85 olarak bulunmuştur(Çeçen, 2008). Bu araştırmada katılımcıların yaşam doyum seviyelerini ölçmek amacıyla kullanılmıştır.

2.2.2.4. Kısa Semptom Envanteri (KSE)

Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) çeşitli tıbbi durumlardaki psikiyatrik sorunları görmek amacıyla hazırlanmıştır. Toplam 90 maddelik olan bu listenin içerisinde seçilmiş 53 maddeden Kısa Semptom Envanteri oluşturulmuştur. KSE'nin Türkiye uyarlaması üç ayrı çalışma ile Şahin ve Durak (1994) tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmalar sonucunda ölçeğin “anksiyete”, “depresyon”, “olumsuz benlik”, “somatizasyon” ve “öfke/saldırganlık” adı verilen beş faktörden oluştuğu bildirilmektedir. Bu faktörlerden oluşturulan alt ölçeklerin alfa katsayıları .87 ve .75 arasında değişmektedir. Ölçeğin toplam puanından elde edilen Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları 0.96 ve 0.95, alt ölçekler için elde edilen katsayılar ise 0.55 ile 0.86 arasında değişmektedir. Ölçeğin belirlenen 9 alt ölçeği sırayla, Somatizasyon (S) (2,7,23,29,30,33,37. maddeler), Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) (5,15,26,27,32,36. maddeler), Kişilerarası duyarlılık (KD) (20,21,22,42. maddeler), Depresyon (D) (9,16,17,18,35,50. maddeler), Anksiyete bozukluğu (AB) (1,12,19,38,45,49. maddeler), Hostilite (H) (6,13,40,41,46. maddeler), Fobik anksiyete (FA) (8,28,31,43,47. maddeler), Paranoid düşünce (PD) (4,10,24,48,51. maddeler) ve Psikotizmdir. (P) (3,14,34,44,53. maddeler). Ek maddelerinde (EM) ise (11,25,39,52. maddeler) yeme içme bozuklukları, uyku bozukluğu, ölüm ve ölüm üzerine düşünceler ve suçluluk duygularıyla ilgili maddeler vardır. 3 global indeks ise sırayla Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi, Belirti Toplam İndeksi ve Semptom Rahatsızlık indeksi olarak belirlenmiştir. Kısa Semptom Envanteri likert tipi bir ölçektir. Her madde “hiç, biraz var, orta derecede var, epey var, çok fazla var” ifadelerine göre cevaplanmakta ve sırasıyla 0, 1, 2, 3, 4 verilerek puanlanmaktadır. Puanların yorumlanmasına bakıldığında ise ölçekten alınan toplam puanın yüksekliği, bireyin ruhsal belirtilerinin fazlalığını gösterir (Şahin ve Durak, 1994). Bu araştırmada katılımcıların genel ruhsal durumlarını belirlemek ve ayrıca depresyon ve kaygı seviyelerinin tespit edilmesi için Kısa Semptom envanteri kullanılmıştır.

2.1.3. Verilerin analizi

Araştırmada kullanılan 22 kişilik nicel veri setinde demografik değişkenlerin ve ölçek puanlarının betimsel analizi yapılmıştır. Ölçek puanlarının ortalamaları, standart sapması, ölçekten alınan en düşük ve en yüksek puanları hesaplanmıştır. Burada elde edilen veriler çalışmaya katılan bireyleri daha iyi anlamak amacı ile değerlendirilmiştir. Ölçek puanlarının betimsel analizi tablo 3.6'da gösterilmiştir.

2.2. Nitel Çalışma

2.2.1. Örneklem

Nitel veri için 22 kişilik katılımcı grubunun içindeki 11 kişi ile çalışılmıştır. Bu kişilerin 4'ü (%36,4) kadınlardan 7'si (%63,4) erkeklerden oluşmaktadır. Yaşları 21-35 arasında değişmekle birlikte yaş ortalamaları 26.5(SS=4.9)dir. Kadınların 1 üniversite mezunu ve çalışmakta olup, 3 kadın katılımcı üniversite öğrencisidir. Erkek katılımcıların 5'i üniversite öğrencisi, 2'si üniversite mezunu ve çalışmaktadır. Tüm katılımcıların detaylı demografik bilgileri aşağıda yer alan tablo 2.1'de verilmiştir.

2.2.2. Veri Toplama araçları

2.2.2.1. Görüşme Soruları

Yapılan çalışmanın amacına uygun olarak DEAHB olan bireylerin karşılaştıkları zorlukları, ilk defa ne zaman fark ettiklerini, bu zorlukların neler olduğunu, bu zorluklarla ilgili bir strateji benimseyip benimsemediklerini, benimsedilerse ne tür stratejiler olduğunu ve bu stratejileri ne zaman ve nasıl benimsediklerini öğrenmeye yönelik 7 temel soru hazırlanmıştır. Katılımcıların verdiği bilgiyi derinlemesine incelemek ve anlamak amacıyla her sorunun altında ayrıntılı bilgi vermesi amaçlanan sorular eklenmiştir. Soruların Yarı yapılandırılmış formda hazırlanması temel sorulara ek olarak gerekli görüldüğü takdirde görüşme esnasında fazladan soru sorma olanağı vermektedir. Bu araştırma için uygulayıcı tarafından hazırlanmış sorular EK-5'te verilmiştir.

2.2.3. İşlem

Görüşme sorularının etik onayı Başkent Üniversitesi Etik Kurulu tarafından verilmiştir. Katılımcılar ölçüt örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Nitel veri için toplamda 18 katılımcıya ulaşılmış ancak randevuların ayarlanamaması, katılımcının iptal etmesi ve buna benzer sebeplerden dolayı bu sayı 11 kişiye düşmüştür. Her katılımcıyla önceden telefonda görüşülmüş onlara uygun olan zaman ve mekân belirlenerek görüşme günü ve saati belirlenmiştir. Bu görüşmelerin bazıları ofis ortamında bazıları ise katılımcıların evlerinde gerçekleştirilmiştir. Görüşmeye başlamadan önce çalışma ve süreç ile ilgili bilgi verilmiş, onam formu imzalatılmıştır. Ardından ölçeklerin doldurulması istenmiştir. Yüz yüze görüşme başladığında ses kaydı açılarak daha önceden verilen bilgiler ses kaydı esnasında tekrarlanmış ve katılımcılara istedikleri zaman çalışmayı terk edebilecekleri

bilgisi verilmiştir. Daha önceden hazırlanmış yarı yapılandırılmış görüşme soruları eşliğinde en kısısı 13 dakika, en uzun 41 dakika süren görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

2.2.4. Verilerin Analizi

Ses kayıtlarının deşifresi “Yorumlayıcı Fenomenolojik Analiz(YFA) (IPA; Interpretative Phenomenological Analysis) yönteminin kurallarına uygun bir şekilde değerlendirilmiştir. YFA’da amaç katılımcının kendi yaşamsal tecrübelerini araştırmacının bakış açısı ile incelemektir (Smith ve ark., 1999). Bir diğer deyiş ile YFA analizinden elde edilen sonuç değerlendirilen katılımcının kendini anlatış biçiminin bir sonucudur (Smith ve Osborn, 2004). Sistemli yapısı ve analizin ayrıntılı bilgiler elde edilebilmesi ile bu analiz psikoloji biliminin içerisinde giderek tercih edilen bir yöntem haline gelmektedir (Smith ve Osborn, 2004). Bu çalışma dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğu tanısı almış bireylerin yaşamlarını ve içinde bulundukları durumu incelemek amacıyla yapıldığından YFA yönteminin en uygun analiz biçimi olduğuna karar verilmiştir. 11 katılımcı ile gerçekleştirilen yüz yüze görüşmeler Smith, Jarman ve Osburn(1999)’un bahsettiği Fenomenolojik analiz yöntemi uygulama sıralamasına uygun olarak değerlendirilmiştir. Analizin tüm aşamaları tabloda 2.2’de verilmiştir.

Tablo2.2. Yorumlayıcı Fenomenolojik Analiz Aşamaları

<i>Tüm ses kayıtlarının yazılı formada dönüştürülmesi</i>
<i>Tüm ses kayıtlarının ve yazılı dökümanın birlikte okunması</i>
<i>İlk vakanın derinlemesine incelenmesi,</i>
<i>İlk vakanın yazılı dökümanın incelenirken uygulayıcının önemli gördüğü ifadelere kod atanması</i>
<i>Bir önceki işlemin diğer katılımcı dökümanlarına uygulanması</i>
<i>Verilen tüm kodların kendi içinde değerlendirilerek üst temaların oluşturulması</i>
<i>Üst temaları oluşturan alt temaların belirlenmesi</i>
<i>Alt ve üst temaların daha iyi anlaşılabilmesi için yazılı döküman içerisinde herhangi bir değiştirme yapmadan katılımcıların cümlelerinin aynen aktarılması</i>
<i>Üst ve alt temaların ayrı ayrı tartışılması</i>
<i>Üst ve alt temaların birlikte tartışılması</i>
<i>Görüşmeler içindeki varsa benzerlik ve farklılıkların tartışılması</i>
<i>Elde edilen tüm verilerin birleştirilerek yorumlanması</i>

3. BULGULAR

3.1. Nitel bulgular

Dikkat Eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğu tanısı almış kişilerin DEAHB belirtilerinin yaşamlarına yansımalarını incelemek amacıyla yapılan bu çalışma yorumlayıcı fenomenolojik analiz (YFA) yönteminin aşamalarına uygun bir şekilde analiz edilmiştir. Yorumlayıcı fenomenolojik analizin ilk aşaması olan ses kayıtların yazılı dokümanları tüm katılımcıların ses kayıtları ile birlikte en az üçer kez , ihtiyaç dahilinde bazı ses kayıtları daha fazla sayıda dinlenerek eş zamanlı okuma yapılmıştır. Bu sayede ses kayıtları ve yazılı dokümanların eşleştirilmesi sağlanmıştır. Dinleme ve okuma sırasında tamamen tarafsız bir bakış açısıyla görüşme içinde geçen farklı, ilginç ve ayırıcı bir özelliği olduğu düşünülen ifadeler belirlenmiştir. Bu ifadelerin her birine kod ataması yapılmıştır.

Yazılı metin içinde belirlenen tüm kodların her bir görüşme içindeki sıklığı incelenmiş, görüşmenin ana hatları olduğu düşünülen ifade toplulukları tespit edilmiş ve üst temalar oluşturulmuştur. Bu üst temalar; *“yaşamdaki zorluklar”*, *“Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğu belirtileri ile baş etme stratejileri”*, *“ Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğu belirtileri ile baş etme stratejilerini keşfetme yolları”* ve *“Strateji geliştirilirken destek alınan kişiler/kaynaklar”* olarak karşımıza çıkmaktadır. Analiz sonucu üst temaların altında toplanan kodlar tablo 3.1’de verilmiştir. Bu kodların incelenmesi ile üst temaların altında toplanan alt temalar oluşturulmuştur. Bu kodlar detaylı incelendiğinde bazılarının katılımcı sayısının yarısından fazlasında ortaklık gösterdiği görülmektedir. Bu kodlara ilişkin katılımcı ifadeler aşağıda yer almaktadır.

Tablo 3.1. Üst ve Alt Temalar

Üst Temalar	Kodlar
Yaşamdaki Zorluklar	Romantik partner ile problemler <i>Unutkanlık</i> Ayak uyduramama Plansızlık Ciddiye alınmama <i>Arkadaşlık ilişkilerinde problemler</i> Derse girememe <i>Ders dinleyememe</i> Devamsızlık Okulu uzatma Odaklanamama Sıkılma Üşengeçlik Çalışma hayatında problemler Konuşmaları dinleyememe <i>Başarısızlık</i> Çok konuşma Kitap Okuyamama Dağınık zihin Düşük notlar Sınıf düzenini bozma Oturamama Aşırı hareketlilik İşleri yarım bırakma Sabırsızlık <i>Dikkatsizlik</i> Sorumsuzluk Not tutamama Asosyallik Ders çalışma yöntemini bilememe
Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğu belirtileri ile baş etme stratejileri	En önde oturma <i>Eşyaların yerini sabit tutma</i> <i>Sistematiğe ilerleme</i> Alarm kurma <i>Arkadaş desteği alma</i> <i>Yapılacaklar Listesi oluşturma</i> Derse girmeye zorlama Meditasyon Uyumak için film-dizi izleme Yaşam alanını düzenli tutma Spor yapma Besin rutininin düzenlenmesi Konuşurken insanların gözlerine bakma
Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğu belirtileri ile baş etme stratejilerini keşfetme yolları	<i>Kendi kendine öğrenme</i> İnternette araştırma Gözlem yapma
Strateji geliştirilirken destek alınan kişiler/kaynaklar	<i>Aile</i> Arkadaşlar Okul öğretmenleri Kişisel deneyimler

a. Yaşamdaki zorluklar

Bu tema dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik tanısı almış katılımcıların hem tanıyı almadan önce hem de tanıyı aldıktan sonra yaşadıkları zorlukları bir araya toplamaktadır. “Yaşamdaki zorluklar” üst teması oluşturulurken “ADHD tanısı almadan önce ve aldıktan sonra ne gibi zorluklar yaşadınız?”, “Zorluklar hangi alanlarda kendini gösterdi? ve “Zorlukların etkileri ne oldu?” sorularının cevaplarından yola çıkılmıştır. Verilen cevaplarından yola çıkarak katılımcıların yarısından fazlasının ifadelerine dayanarak “unutkanlık”, “arkadaş ilişkilerinde problemler”, “ders dinleyememe” “başarısızlık”, ve “dikkatsizlik” alt temaları ortaya çıkmaktadır. (Tablo3.2)

Yapılan görüşmeler incelendiğinde katılımcıların çoğunluğu yapılması gereken işleri unutmalarından, hatırlamakta zorluk çektiklerinden ve nasıl hatırlayacaklarını bilmediklerinden bahsetmektedirler. Aşağıda bu problemi yaşayan katılımcıların ifadeleri yer almaktadır:

V1: “Eşime verdiğim sözleri tutamıyorum, çünkü çoğunu hatırlamıyorum. Yapacağım dediğim işleri yapamıyorum. Bunlardan dolayı sürekli kavga ediyoruz. Birinin bana hatırlatması gerekiyor yapmam gereken şeyleri.”

V2: “Eczanede çalışıyorum. Çok fazla ilaç var. Yanlış ilaç giriyorum sisteme... Yapmam gerekenleri çok unutuyorum.”

V3: “Yani bazı şeylerde çok fazla unutkanlığın oluyor. Yani insanlar bazen bu durumlara kırıldığı oluyor unutuyorum diye.”

V5: “Yani birçok şeyi unutuyorum. Kafam sürekli dağılıyor. Sürekli kafa dağınıklığım var yani. Bir normal insan gibi düşünemiyorum. Çok kötü bir şey.”

V7: “Sürekli bir şeyleri unutturdum, unutturum. Hala yaşıyorum yani. Verilen görevler, işte bir ödev veriliyor, o gün sabah okula giderken aklıma gelir. İşte hesap makinesi, t cetveli bir şeyler götürmem gerekir, hep unutturum.”

V8: *“Okulda çoğu zaman şey oluyor; beni tanıyan, bu şekilde oturup konuştuğumuz insanlar bana selam veriyor ama ben yüzlerini hatırlamıyorum.”*

V10: *“Bazı şeyleri unutuyordum. Aile bahsetmem gereken durumları söylemeyi unutuyordum onlara ve bundan dolayı sıkıntı yaşıyorduk.”*

V11: *“Dışarı çıkarken cüzdanımı unutuyorum sürekli. Cüzdanımı alsam para almayı unutuyorum. Arkadaşlarla ne bileyim bir kafeye gittiğimde çok utandım bundan dolayı.”*

Görüşme içeriğinde karşımıza çıkan en yoğun ifadeler “arkadaş ilişkilerinde problemler” alt teması altında toplanmaktadır. Arkadaş edinememe, grup içi uyumsuzluk, arkadaşlıkları sürdürmememe gibi sorunlar yaşadıklarını söyleyen katılımcıların ifadelerine aşağıdaki gibidir:

V1: *“Çok hareketliydim küçükken, işte sınıf arkadaşlarıma zarar veriyordum. İstemedim tabi ama onlar çok rahatsız oluyordu. Bir zaman sonra aralarına almak istemediler. Oyunlarında oynatmadılar.”*

V4: *“Bana bir şeyler anlatırlar mesela ama ben dinlemiş gibi yaparım ama dinleyemem çoğu zaman. Bunu fark ettiklerinde küserlerdi bana. Bir daha seninle arkadaş olmak istemiyoruz bile dediler. Çok üzüliyordum tabi.”*

V6: *“Elimi kolumu nereye koyacağımı bilemezdim spora başlamadan önce. Hatta spor yaparken de sürekli arkamdaki arkadaşına çarpardım. Kimse benimle eş olmak istemezdi.”*

V7: *“Büyüdüğümde yani büyürken kendime güvenim azaldı hep. O yüzden şey yani hep karşımdakini mutlu etmeye çalıştım ki arkadaş olalım diye. Sonra bir gün yapmak istemediğimde istedikleri şeyleri ben kötü oldum.”*

V8: *“İşte daha önce tanıştığım kişilerin adını hatırlamayınca da bir daha bana selam vermiyorlar.”*

V9: “Arkadaşlarla aram zaten çok iyi değildi. Çok hareketli olduğum için benimle oynamak istemiyorlardı.”

V10: “ Liseye başladıktan sonra arkadaşlarıma hiç uyum sağlayamadım.”

V11: “ Konuşmaları kaçırmamak için insanların gözlerine dik dik bakarım. Çok yakın arkadaşlarımla değil ama yeni tanıştığım çocuklarla böyle olunca benden rahatsız olduklarını söylemişler. Selam verip geçiyorlar yanımdan şimdi.”

Yaşamdaki zorluklar üst temasının bir diğer öne çıkan alt teması ise “ders dinleyememe” olduğu görülmektedir. Katılımcılar yaşadıkları akademik sıkıntılardan bahsederken çoğunluk olarak ders dinlerken zorlanma, odaklanma problemleri ve bunların getirdikleri başarısızlıklar olduğunu söylemektedir. Bunlara ayırıcı noktalara katılımcıların verdiği yanıtlar şöyledir:

V1: “Öğretmenden azar işitiyordum, çok yaramazsın, çok haylazsın diye. Dersi niye dinlemiyorsun kısmına kadar gidiyordu.”

V6: “Türkçe dersinden nefret ederdim. Anlamazdım, kafam basmıyordur işte. İlgin olmayınca ne bileyim sevmeyince işte dersi dinleyemiyordum. Çok zor geliyordur.”

V7: “İlaçtan önce asla ders dinleyemezdim. Sürekli abidik gubidik şekiller çizerdim kitap kapağına. Hayal kurardım.”

V8: “ Sıkıldığım dersi hayatta dinlemezdim. Dershane rehberlik hocam fark etti. O söyledi. Mesela geometri dersin bayılırım. Onu aşırı zevkle dinlerdim. Ama diğer dersleri dinlemek bana ölüm gibi geliyordu o zaman.”

V11: “ Sürekli hareket etmek istiyorum. Lisede de böyleydi. Şimdi de. Elimi kolumu hareket ettirmekten, bacak sallamalarımın dersi dinleyecek vaktim olmuyordu. Bir bakmışım ders bitmiş.”

Katılımcıların vermiş olduğu cevaplar göz önüne alındığında ortaya çıkan bir diğer alt temanın “başarısızlık” olduğu görülmektedir. Hayatlarının birçok alanında başarısızlıklar yaşadıklarını ifade eden katılımcılar özellikle akademik yaşamlarındaki başarısızlıklarına değinmektedir. Bu bilgi doğrultusunda verilen cevaplar şöyledir:

V5: “Devlet okulunda okuduk biz. Dört kişilik sınıflarda oturuyorsun. Nereden fark edecekler seni. Hiperaktivite bozukluğum olmasaydı çok iyi üniversite okuyacak zekaya sahibim. Fakat dikkat eksikliğinin her şeyin önüne geçiyor maalesef.”

V6: “ Gel matematik çözelim desen şimdi oturur çözerim ama dil öğrenemiyorum. olmuyor. Nefret ederdim İngilizce dersinden. Hep başarısız oldum zaten.”

V7: “29 yaşındayım. 17 yaşından beri üniversite okuyorum. Geçen sene artık yapamıyorum diyerekten bıraktım okulu. Sürekli yetersiz, başarısız olmayı kaldıramamıştım. Ağır geldi.”

V10: “ Lisede derslere odaklanamıyordum. Ders başarımla ciddi şekilde düştü.”

V11: “ İlaç sınav için kullanmıştım. Sınavdan sonra, sınavım kötü geçmişti. Lanet olsun deyip bırakmıştım. İlaçla da başaramamıştım.”

Yaşamdaki zorluklar üst temasının en son öne çıkan alt temasının “dikkatsizlik” olduğu görülmektedir. Araştırmada yer alan katılımcılar dikkatlerini toplamakta zorluk çektiklerini , dikkati sürdürmekte problem yaşadıklarını ve bu sebeplerden dolayı birçok hata yaptıklarını ifade etmektedir. Bu ifadeler şu şekildedir:

V1: “Geçen sene annem rahatsızdı. Önemli bir ilaç almam gerekiyormuş ama ilacın iki tipi var. Babam mesaj attı. Şimdi tam hatırlamıyorum ama mesela mavi etiketliyi alma diğeri al diye. Ben onu okumamışım gittim mavi etiketliyi aldım. Yanlış ilaçmış.”

V2: “Ecza deposundaki patronum çok azarlardı beni. Dikkatsizliğim yüzünden depodaki çok malı heba ettim.”

V3: “Lisede paragraf testleri çözerken çok salla pati okuyordum. Dikkat etmiyordum. Daha doğrusu edemiyordum.”

V6: “Mesela örgü öremem ben. Çok ince iş. Daralıyorum. Dikkatim hemen başka şeye kayıyor. İşi yarım bırakıyorum.”

V7: “Çok eşya kırarım ben. Sakarım yani. Hep derler dikkat etsene diye ama olmuyor göremiyorum önümü sağımı solumu.”

V11: “Çocukluğumda öğretmenim annemi uyarmış. Bu kız çok dikkatsiz. Dersleri çok kötü. Bir uzmana götürün diye.”

Tablo 3.2. Yaşamdaki Zorluklar Üst Teması ve İçeriğindeki Kodların Dağılımı

Üst Tema	Kodlara	V1 (E)	V2 (E)	V3 (E)	V4 (K)	V5 (E)	V6 (K)	V7 (E)	V8 (E)	V9 (K)	V10 (E)	V11 (K)
1. Yaşamdaki Zorluklar	Romantik partner ile problemler	+	+		+			+				
	Unutkanlık	+	+	+		+		+	+		+	+
	Ayak uyduramama	+	+									
	Plansızlık	+	+					+				
	Ciddiye alınmama	+										
	Arkadaşlık ilişkilerinde problemler	+			+		+	+	+	+	+	+
	Derse girememe	+										
	Ders dinleyemem	+					+	+	+			+
	Devamsızlık	+										
	Okulu uzatma	+										
	Sıkılma	+		+		+			+			
	Odaklanamama	+		+		+						
	Üşengeçlik	+		+				+				
	El/ayak oynaması	+					+					
	Çalışma hayatında problemler		+									
	Düşünmekte zorlanma		+			+						
	Konuşmaları dinleyememe		+									

Tablo 3.2. (devam) Yaşamdaki Zorluklar Üst Teması ve İçeriğindeki Kodların Dağılımı

Başarısızlık	+		+	+		+		+	+
Çok konuşma	+								
Kitap okuyamama		+		+	+				
Dağınık Zihin		+						+	+
Düşük notlar			+						
Sınıf düzenini bozma			+		+				
Oturamama				+	+			+	
Aşırı hareketlilik				+					
İşleri yarım bırakma				+					+
Sabırsızlık					+				
Dikkatsizlik						+			
Sorumsuzluk						+			
Not tutamama		+					+		
Göz kontağı kuramama								+	
Öfke patlamaları									+
Asosyal davranışlar									+
Ders çalışma yöntemini bilmeme	+		+						
Aile kavgaları									+

(E): Erkek. (K): Kadın Kırmızı : Görüşmelerin yarısından fazlasında görülen kodlar

b. Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğu belirtileri ile baş etme stratejileri

“Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğu belirtileri ile baş etme stratejileri” üst teması “yaşamış olduğunuz belirtilerin getirdiği zorluklarla mücadele ederken strateji geliştirdiniz mi?, Ne gibi stratejiler kullandınız?, “Geliştirdiğiniz baş etme yolları nelerdir? sorularına verilen yanıtların sonucunda bir araya getirilmiştir. Oluşturulan kodlara bakıldığında hayatlarındaki zorluklarla mücadele etmek adına geliştirdikleri baş etme yöntemlerine bakılmıştır. Bu temelde bakıldığında “eşyaların yerini sabit tutma”, “sistematiğe ilerleme”, “arkadaş desteği alma” ve “yapılacak listesi oluşturma” başlıklarının diğer kodlara göre ön planda olduğu görülmektedir. (Tablo 3.3)

Katılımcıların neredeyse tamamı geliştirdikleri stratejileri çoğunlukla unutmamak adına geliştirdiklerini ifade etmişlerdir. Bu doğrultuda verilen cevaplardan oluşan kodlar içinde “eşyaların yerini sabit tutma” stratejisinin unutkanlığın önüne geçmek için güçlü bir yöntem olduğunu ifade etmektedirler. Katılımcıların bu koda verdiği cevaplar aşağıda sıralanmaktadır:

V1: “*Mesela cep telefonum sürekli sağ cebimdedir, anahtarlarım sürekli montumun sağ cebindedir. Cüzdanım sol iç cebimdedir. Sigaram ve çakmağım ise sol tarafa koyarım. O benim için fixtir hiç değişmez. Pantolonun sol cebine de paramı koyarım. Tam tersi olduğu zaman olmuyor.*”

V2: “*Arabamın torpidosuna cüzdanımı koymazsam kesin unuturum.*”

V5: “*Çok yemek bozarım ben. Yani mesela buzdolabında kahvaltı malzemelerini işte ne bileyim zeytini, peyniri koyduğum yer bellidir. Eşim alıp başka yere koyarsa aklıma gelmez.*”

V8: “*Ben her zaman sırt çantası ile çıkarım. Mesela kalem kutumu nereye koyacağım bellidir. Gün içerisinde kullanacağım diş macunum, diş fırçası koyduğum yer bellidir. Sonra kişisel bakım malzemeleri de taşıyorum. Onları koyduğum yerde bellidir. Ders notlarımı ya da hocanın muhtemel dağıtacağı fotokopileri koyacağım yerde bellidir. Çünkü oraya değil de başka yere koyunca, mesela dalgınlığıma geliyor defterin arasına koyuyorum. Eğer o not koyduğum küçük klasör değil de defterin arasına koyduysam mutlaka unutuyorum, gidiyor.*

V9: “*Sadece not defterimin yeri sabit. Başucuma koyarım. Yoksa kaybediyorum.*”

V11: “*İnsan eşyalarını sürekli kaybeder mi? Ben kaybediyorum. Hepsi yani şey tüm eşyalarım için değil ama çok özel anlamı olan bir kolyem var. Onu kaybetmemek için hep çalışma masamın çekmecesine koyarım.*”

Katılımcılar strateji oluştururken hayat kalitelerini arttırmaya yönelik kazanımlar elde etmek istediklerinden bahsetmişlerdir. Bu doğrultuda yapılacak işlerin unutulmaması, düzen gerektirecek durumlarda kolaylık sağlamak, iş sıralaması yapmak amacıyla uyguladıkları stratejilerin olduğu ortaya çıkmıştır. Bu stratejiler “*sistemik ilerleme*” kodu altında toplanmıştır. Bu bilgiler ışığında cevaplar aşağıdaki gibidir:

V1: “*Şu anda bir düzen içinde işlerimi yapmaya gayret ediyorum.*”

V4: “Gün içinde yapmam gereken işleri önem sırasına koyuyorum. Bunu yapmazsam her şey birbirine giriyor.”

V6: “Antrenmanımın olduğu günün öncesindeki akşam tüm eşyalarımı hazırlarım. İkinci bir antrenmana gideceksem ayrı çanta hazırlarım. Hangisini önce kullanacaksam göre dizmeye dikkat ederim ki çantanın içi karman çorman olmasın.”

V8: “Dolabımın bir düzeni var. Ben genellikle siyah tişört giyerim. Bazı renkli tişörtlerimde var. Haftalık hangi tişörtü giyeceğime karar verir, pazartesten cumaya sıralama yaparım.”

V9: “Mutlaka ertesi günü planlarım.”

V10: “Pomodoro tekniği var. 25 dakika ders çalışıp 5 dakika ara veriyorsunuz. dolayısıyla dikkatinizi çok uzun süre toplu tutmanıza gerek kalmıyor. Bu metodun işe yaradığını gördüm.”

Katılımcıların strateji oluştururken yaşadıkları zorlukların üstesinden gelmek için sık sık arkadaşlarına başvurdukları, aldıkları tanıdan bahsettikleri ve onların yardımını istedikleri görülmektedir. Bu temeller doğrultusunda “arkadaş desteği alma” kodu oluşturulmuştur. DEAHB belirtileri ile baş etme doğrultusunda arkadaşlardan alınan desteğin önemi şu ifadelerle dile getirilmektedir:

V2: “Birine anlatınca daha kolay öğrenmeye başladığımı fark ettim. Sınıfımda yakın bir arkadaşım var. Ona beni dinlemesini rica ettim. Şimdi sınavlardan önce ona anlatıyorum.”

V4: “Yakın arkadaşlarım yerimde duramadığımı biliyor. Sıkıldığımda yani sıkılmaya başladığımı anladıklarında hemen onlar söylüyorlar eve geçelim diye.”

V5: “ Bazen kendimi çok kötü hissediyorum. Nasıl deyim yetersizmiş gibi. Ama sağ olsunlar arkadaşlarım her zaman beni anladıklarını söylüyorlar.”

V9: “Kendime yakın gördüğüm, samimiyetine güvendiğim, bana yardım edebileceğine inandığım arkadaşlarıma anlatıyorum. Bakın böyle bir problemim var. Bir şey yaparsam beni durdurun diye. Siz biliyorsunuz beni nasıl durduracağınızı. Ben kendimi kontrol edemiyorum. Arkadaşlarımdan destek alıyorum. Onlarda ellerinde geldikleri kadar beni dizginlemeye çalışıyorlar.”

V10: “ Bir de tek başıma değil de bir arkadaşım ile ders çalışmaya çalışıyorum. az da olsa yardımı oluyor.”

V11: “ Çevremdeki insanlar, genellikle yakınlarım yanlış bir şey yaptığımda beni uyarıyorlar. Ben söyledim onlara. Çünkü dışarıdan nasıl gözüktüğümü bilmiyorum. Beni uyarın dedim.”

11 katılımcı içinde 6 tanesi unutkanlık ve düzen elde etmek amacıyla not tutmaya başladıkları, ajanda gibi sabit materyalleri yanlarından ayırmadıkları görülmüştür. Bu tutumun kendilerini güvende hissetmelerini sağladığını paylaşmışlardır. “Yapılacaklar listesi oluşturmak” kodu 6 katılımcının verdiği cevaplar doğrultusunda oluşturulmuştur. Bu kodu daha iyi açıklamak amacıyla katılımcıların cevapları aşağıda verilmektedir:

V1: “İşyerinde çok yoğun çalışıyoruz. Yazılımcıyım ben. Satırlarca kod yazıyorsunuz. Dikkatsiz olduğumu bildiğim için yanlış yapmak yerine işlerimin sırasını, iş yerinde küçük bir defter var, oraya yazıyorum.”

V2: “ Mesela şu aralar yapmam gerekenleri unutmayayım diye evde kâğıda yazıyorum ya da dışarıdaysam telefona yazıyorum.”

V7: “ Yapacağım şeyleri yazmazsam kesin unutturum.”

V8: “Hatırlatıcılara ve not kağıtlarına çok ihtiyaç duyuyorum”

V10: “. Unutmamak için alarm kullanmaya çalışıyorum. Bir yapılacaklar listem var. Her zaman bu listem, hedef koyduğum ancak daha sonradan unuttuğum şeyleri unutmamı engelliyor.”

V11: “Yapacaklarımı unutmamak için yazmaya başladım ama tam etkisi yok gibi ama yine de bazen yardımcı oluyor.”

Tablo 3.3. “Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik Bozukluğu Belirtileri ile Baş Etme Stratejileri” Üst Teması İçindeki Kodların Görüşme İçindeki Dağılımı

Üst Tema	Kodlar	V1 (E)	V2 (E)	V3 (E)	V4 (K)	V5 (E)	V6 (K)	V7 (E)	V8 (E)	V9 (K)	V10 (E)	V11 (K)
2. Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik Bozukluğu Belirtileri İle Baş Etme Stratejileri	En önde oturma	+										
	Not tutma	+		+								
	Eşyaların yerini sabit tutma	+	+			+			+	+		+
	Sistematiik ilerleme	+			+		+		+	+	+	
	Alarm kurma	+								+	+	
	Arkadaş desteği alma		+		+	+				+	+	+
	Yapılacaklar listesi oluşturma	+	+					+	+		+	+
	Kendini derse girmeye zorlama		+					+				
	Meditasyon			+								
	Uyumak için dizi/film izleme			+								
	Yaşam alanını düzenli tutma				+							
	Spor yapma					+	+			+		
	Gözlem yapma						+					
	Besin rutini düzenleme						+					
	Konuşurken insanların gözünün içine bakma											+

(E): Erkek. (K): Kadın Kırmızı : Görüşmelerin yarısından fazlasında görülen kodlar

c. Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğu belirtileri ile baş etme stratejilerini keşfetme yolları

“DEAHB belirtileri ile baş etme stratejilerini keşfetme yolları” üst teması “bu stratejileri oluştururken sizi neler etkiledi?”, stratejileri oluştururken kimlerden yardım/destek aldınız? “bu stratejileri kullanmayı nasıl öğrendiniz?” sorularının yanıtlarına dayanarak oluşturulmuştur. Katılımcılardan birkaçı internet üzerinden araştırma yaparak,

birkaçı da çevresindeki insanları gözlemleyerek bu stratejileri bulduklarını söylemiştir. (Tablo 3.4) Katılımcıların büyük bir çoğunluğu ise uyguladıkları stratejileri oluştururken kendi kendilerine, deneme yanılma yöntemi ile bulduklarını ifade etmişlerdir. Kendi kendine strateji geliştiren katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

V1: “.. yani özellikle bir şey yapmadım o şekilde kendi kendine oluşmuş şeyler ,stratejiler bunlar.”

V2: “Benim çevremde, ailemde beni yönlendirebilecek kimse, benim bildiğim yok. O nedenle ben ne yapıyorsam bu zamana kadar kendim yaptım, hala da kendim yapıyorum.”

V7: “Kimse bir şey göstermedi ki. Etrafımdakiler bilmiyor bile zaten. Psikiyatristim de hiç yardımcı olmadı. Ben deneye deneye buldum bunları.”

V8: “... Kendi kendime geliştirdim. Her birini alıp kendime feedback vererek. Arkadaşıma verdiğim sözü unuttum. Arkadaşımla aram bozuldu. Demek ki benim yapmam gerekiyor, oradan geldi. İşte ödevleri unuttum demek ki yanımda not defteri, ajanda taşımam lazım.”

V9: “Kendim yaptım. Tamamen kendim yaptım.”

V10: “Çünkü insanlar bu konuda bilinçli değiller. Ben bu durumu öncelikle kendimde fark ettim. Kendim başardım her şeyi.”

V11: “...Ama bunu söyleyemiyorum mesela. Bu konuda kimseden bir yardım almadım. Tamamen kendim.”

Tablo 3.4. “DEAHB Belirtileri ile Baş Etme Stratejilerini Keşfetme Yolları” Üst Teması İçindeki Kodların Görüşme İçindeki Dağılımı

Üst Tema	Kodlar	V1 (E)	V2 (E)	V3 (E)	V4 (K)	V5 (E)	V6 (K)	V7 (E)	V8 (E)	V9 (K)	V10 (E)	V11 (K)
3. Deahb Belirtileri ile Baş Etme Stratejilerini Keşfetme Yolları	Kendi kendine öğrenme	+	+					+	+	+	+	+
	İnternette araştırma			+		+						
	Gözlem yapma				+							

(E): Erkek. (K): Kadın Kırmızı : Görüşmelerin yarısından fazlasında görülen kodlar

d. Strateji geliştirilirken destek alınan kişiler/kaynaklar

Strateji geliştirilirken destek alınan kişiler/kaynaklar” üst teması “bu stratejileri geliştirirken sizi harekete geçiren neydi/kimdi?”, Birinin yardımı veya yönlendirmesi oldu mu?” sorulara verilen cevaplarla oluşturulmuştur. Katılımcıların verdiği cevaplar incelendiğinde stratejileri oluştururken direk yardımı olmasa da süreci yönetme ve iyi hissettirme/anlayışlı olma adına çoğunluğun ailesi tarafından destek gördüğü saptanmıştır. (Tablo 3.5). Bu bilgiler ışığında ailesi tarafından destek gördüğünü ifade eden katılımcıların cevapları aşağıda yer almaktadır:

V1: *“Eşim psikolog olduğu için onun yardımları oldu.”*

V2: *“Derslerim baya kötü gidiyordu. Yardım almam gerektiğini düşündü ailem. sonrasında da yapabildikleri kadar destek olmaya çalıştılar.”*

V4: *“Halam benim psikolog. Ben çok küçükken o fark etmiş ve kontrol altına almışlar. Hala zorlandığım yerlerde destek olmaya çalışır.”*

V5: *“Eşim fark etti önce bende bir sorun olduğunu onun üzerine psikiyatriste gittim. Sağ olsun ondan sonra bana karşı hep anlayışlı oldu.”*

V6: *“...Annem işte fark etmiş... sonra her şeye dikkat etti. Yememe içmeme, uyku düzenime, gerektiğinde arkamı topladı, açıklarımı kapattı. Çok yardım etti bana.”*

V9: *“...Teyzem deyince beni doktora götürdü. İşte doktorda o tanıyı koydu. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu var kızınızda diye.”*

Tablo 3.5. “DEAHB Belirtileri ile Baş Etme Stratejilerini Geliştirilirken Destek Alınan Kişiler/Kaynaklar” Üst Teması İçindeki Kodların Görüşme İçindeki Dağılımı

Üst Tema	Kodlar	V1 (E)	V2 (E)	V3 (E)	V4 (K)	V5 (E)	V6 (K)	V7 (E)	V8 (E)	V9 (K)	V10 (E)	V11 (K)
4. Deahb Belirtileri İle Baş Etme Stratejilerini Geliştirilirken Destek Alınan Kişiler/Kaynaklar	Aile	+	+		+	+	+			+		
	Arkadaşlar							+				
	Okul öğretmenleri								+			+
	Kişisel deneyimler			+							+	

(E): Erkek. (K): Kadın Kırmızı: Görüşmelerin yarısından fazlasında görülen kodlar

3.2. Nicel Bulgular

Araştırmaya toplam 22 kişi katılmıştır. 11’i DEAHB ve 11 kişi kontrol grubu olarak belirlenmiştir. Katılımcılara uygulanan Yaşam Doyumu Ölçeği, Kısa İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği ve Kısa Semptom Envanterinden elde edilen ölçek puanlarının ortalaması, standart sapması ve katılımcıların ölçek sorularına verdiği en düşük (min.) ve en yüksek puanların (max.) belirtildiği betimsel analiz değerleri tablo 3.6’da yer almaktadır.

Tablo 3.6. YD, KİDÖ ve KSE Ölçek Puanlarının Betimsel Analizi

	DEAHB (n=11)				Kontrol (n=11)			
	Ortalama	Standart Sapma	Min.	Max.	Ortalama	Standart Sapma	Min.	Max.
Yaşam Doyumu	2.62	.90	1.2	4.2	3.64	1.0	1.4	5
KİDÖ Toplam	2.09	.47	1.54	3.1	1.82	.55	1.1	2.9
Özerlik	1.36	.39	1	2.3	1.47	.39	1	2.3
Mesleki İşlevsellik	2.10	.74	1	3.6	1.64	.67	1	2.8
Bilişsel İşlevsellik	2.29	.23	1.8	2.6	2.0	.57	1.2	3
Mali Konular	2.36	1.23	1	4	2.32	1,3	1	4
Kişilerarası İlişkiler	2.35	1.69	1	7.2	1.85	.66	1	3.2
Boş Zaman Aktiviteleri	1.95	.82	1	3	2.0	.77	1	3
KSE Toplam	2.27	.84	1.3	3.9	1.98	.75	1.2	3.2
Somatizasyon	1.77	.97	1	4.1	1.52	.49	1	2.1
OKB	2.71	.73	1.7	4.5	2.36	1.04	1.2	4
Kişilerarası Duyarlılık	2.48	1.13	1.3	4.8	2,23	,96	1	4
Depresyon	2.68	1.20	1.17	4.67	2.16	1,1	1.0	4.0
Anksiyete Bozukluğu	2.20	1.02	1.0	4.17	1.97	.89	1.0	3.67
Hostalite	2.27	1.08	1.4	5	2.16	.88	1	3.6
Fobik Anksiyete	1.40	.52	1	2.6	1.80	.57	1	2.6
Paranoid Düşünce	2.67	1.21	1	4.4	2.10	.80	1	3.2
Psikotizm	2.13	.83	1	3.6	1.75	.85	1	3.4
Ek Maddeler	2.60	1.18	1	4.8	1.95	.87	1	3.5

YD= Yaşam Doyumu Ölçeği, KİDÖ= Kısa İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği, KSE= Kısa Semptom Envanteri

4. TARTIŞMA

Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğu çocukluk döneminde ve/veya erişkinlikte tanısı alınan, tanı alan kişinin yaşamını olumsuz bir biçimde etkileyen bir bozukluktur. DEAHB belirtilerinin kişilerin yaşamları boyunca yaşadıkları problemleri, bu problemlerle baş etme yöntemlerini ve bu yöntemleri geliştirirken yardım aldıkları kaynakların incelendiği bu çalışmada verilerin analizi “yorumlayıcı fenomenolojik analiz” yöntemi kullanılarak yapılmıştır. Yorumlayıcı fenomenolojik analiz uygulaması sonucunda belirlenen üst temalar ve her bir üst temada yaygın olarak öne çıkan kodlar olduğu görülmektedir. Analizin sonucunda dört üst tema elde edilmiştir.. Bu üst temalar sırasıyla; *“yaşamdaki zorluklar”*, *“dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğu belirtileri ile baş etme stratejileri”*, *“dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğu belirtileri ile baş etme stratejilerini keşfetme yolları”* ve *“strateji geliştirilirken destek alınan kişiler/kaynaklar”* olarak belirlenmiştir. Ortaya çıkan üst temalar incelendiğinde ise üst temaların altında toplanan alt temalar olduğu görülmüştür. Üst ve alt temalarla ilgili detaylı bilgi tablo 3.1’de gösterilmiştir. Analiz sonucunda ortaya çıkan bulgular bu bölümde detaylı bir şekilde incelenmektedir.

4.1. Analiz Sonucu Ortaya Çıkan Üst ve Alt Temaların İncelenmesi

Yaşamdaki zorluklar üst teması incelendiğinde katılımcıların DEAHB tanısı almadan önce ortaya çıkan, tanı ve tedavi aldıktan sonra hala devam etmekte olan problemlerini ortaya koydukları görülmektedir. Yaygın olan cevaplardan oluşan alt temaların; *“unutkanlık”*, *“arkadaşlık ilişkileri problemleri”*, *“ders dinleyememe”* *başarısızlık”* ve *“dikkatsizlik”* olduğu görülmektedir. DEAHB tanısı alanların çocuk ve erişkinlerde dikkat mekanizmalarında problemleri olduğu bilinmektedir. DEAHB olan bireylerde dikkat toplamada güçlük, dikkati sürdürmede zorluklar, dikkatin çevresel herhangi bir olaydan etkilenmesi sık sık ifade edilen problemlerdir (Erdoğan,2002). Yaşamdaki zorluklar üst temasının altında yer alan *“unutkanlık”* ve *“ders dinleyememe”* kodlarının görüşmelerde yoğunlukla karşılaşılmaması bu bilgiyi destekler niteliktedir. Katılımcı derse girdikten sonra dersi dinlemekte oldukça zorlandığını ve genel olarak yapmaları gereken işleri unuttuklarından bahsetmiştir. Bauermeister ve arkadaşları (2012), dikkat dağınıklığının akademik başarısızlıklardaki öne çıkan en önemli unsur olduğu

söylemektedir. Dikkatsizliğin ortaya çıkardığı unutkanlık davranışının yalnızca akademik alanda değil bireylerin yaşamlarının her alanında olumsuz etkileri olduğu görülmektedir. Bu kişiler gerek aile ilişkilerinde gerek iş hayatında gerekse sosyal çevrelerinde DEAHB belirtilerinin getirdiği problemlerle yüz yüze gelmektedirler. Bu kişilerin sosyal ilişkilerini sürdürmek ve yönetmede zorluk yaşadıkları bilinmektedir (Wheeler ve Carlson, 1994). Bu problemler bireylerin kendilerini yetersiz hissetmesine, verilen/yapılması gereken işleri yarım bırakmalarına, içinde yaşadıkları sosyal çevreden dışlanmalarına sebep olduğu görülmektedir.

DEAHB tanısı almış kişiler yapılan araştırmalarda sosyal ortamlarda yaşadıkları zorluklardan bahsetmektedir. En sık karşılaşılan problemler; arkadaş ortamında kabul görmeme, ortama uyum sağlamakta zorlanma, sosyal ipuçlarını yakalamakta zorlanma gibi sıralanabilir. Hoza ve arkadaşlarının (2005), yaptığı çalışmada da DEAHB tanısı almış çocukların kontrol grubuna oran ile arkadaş ortamlarında kabul edilmek, arkadaşlık ilişkilerini sürdürmek ve sosyal becerilerini geliştirmek konusunda daha fazla zorlandıkları sonucu elde edilmiştir. Çoğu zaman verilen sözleri yerine getiremediklerini, grup içi dinamiğe uyum sağlamakta zorlandıklarını bildiren DEAHB tanısı almış erişkin bireylerin bu bozukluk belirtilerinden kaynaklı sosyal alanlarda reddedilme ve sosyal destek görmeme davranışlarıyla karşı karşıya kaldıkları düşünülmektedir. Genç yetişkin DEAHB tanısı almış bireylerle yapılan bir çalışmada; bu kişilerin daha az arkadaşı olduklarından, sosyal beceri eksikliklerinden ve kişilerarası ilişkilerinden şikayetçi oldukları görülmektedir (Weiss ve Hechtman, 1993). “Yaşamdaki zorluklar” üst temasındaki “arkadaşlık ilişkilerinde problemleri” içeren kodların yoğun bir şekilde ifade edilmesi bu bilgileri desteklemektedir. Arkadaşlarının sık sık sözünü kesme, grup içi kurallara uymakta zorlanma, arkadaşlarını hareketleri ile rahatsız etme gibi durumlardan kaynaklı sosyal ortamlarda kendilerine çevre edinemedikleri, içine girdikleri arkadaş gruplarında varlıklarını sürdüremedikleri görülmektedir.

Akademik, sosyal ve iş yaşamında dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik ve dürtüsel davranışların sebep olduğu sorunlar yaşayan bireyler tüm bunlardan sebep birçok işi yapmadıklarını ve hayatın neredeyse tüm alanlarında problem yaşadıklarını bundan dolayı kendilerini genel olarak başarısız hissettiklerini ifade etmişlerdir.

Bradley ve Crownly (2004) bireylerin yaşamdan ne kadar zevk aldıklarını ve tatmin oldukları kararını verirken; kendilerini görmek istedikleri yerde olup olmadıklarına bakarak elde ettikleri bir karar olduğunu ifade etmektedirler. DEAHB tanısı almış bireylerin yaşam doyumunu değerlendirirken negatif bir tutumları olduğunu görülmektedir. Bu kişiler hedeflerindeki hayatı yaşayamadıklarını, DEAHB belirtilerinden kaynaklı olmak istemedikleri bir insan olduklarını ve kullanacak kaynaklarının sınırlı olduğundan bahsetmektedirler. Çoğu zaman çevrelerinin onları yetersiz ve başarısız olarak değerlendirdiğini ifade eden kişiler zamanla kendilerini de aynı şekilde değerlendirmeye başladıkları görülmektedir. Yapılan bir çalışmada DEAHB belirtileri gösteren bireylerin kendilerini tanımlarken olumsuz belirtileri referans aldıklarını ve bu sebeple benliklerini negatif yönde değerlendirdikleri verisi bir önceki bilgiyi desteklemektedir (Krueger ve Kendall, 2001).

“Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğu belirtileri ile baş etme stratejileri” üst teması araştırmaya katılan DEAHB tanısı almış erişkinlerin “ Geliştirdiğiniz baş etme yolları nelerdir?” sorusuna verdiği cevaplardan oluşmaktadır. DEAHB tanısı belirtilerinin hem yaşamlarını zorlaştırdığını hem de işlevselliklerini olumsuz yönde etkilediğini paylaşan katılımcılar bu durumun üstesinden gelmek için belli başlı stratejiler oluşturduklarını ifade etmişlerdir. Yoğun olarak verilen cevaplar; “ eşyaların yerini sabit tutma”, “sistematiğe ilerleme”, arkadaş desteği alma” ve yapılacaklar listesi oluşturma” alt temaları olarak belirlenmiştir. Kullanılan stratejilere bakıldığında genel olarak unutkanlıklarını önlemeye yönelik girişimler olduğu görülmektedir. Sosyal ortamdaki problemlerini ise aldıkları DEAHB tanısını arkadaşları ile paylaşarak hem kendilerini ifade ettikleri hem de belirtilerden kaynaklı olumsuz etkilenen arkadaşlık ilişkilerini düzenledikleri düşünülmektedir. Yine de dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğu belirtileri ile baş etme stratejileri geliştirirken kaynaklarının sınırlı olduğu görülmektedir. DEAHB tanısına sahip bireylerin tanısı olmayan kişilere göre baş etme stratejisi geliştirirken karşılaştıkları stresli durumlarda agresif bir tutum sergileyebildikleri ya da kaçınma stratejisi kullandıkları görülmüştür. Planlı problem çözme becerisinde eksiklik olan DEAHB tanılı bireylerin var olan sorunu ana hatları ile değerlendirip çözüm üretme becerilerinde eksiklik olduğunu ve bu tür stratejileri geliştiremediklerini söyleyen çalışmalar var olsa da (Young, 2005), bu araştırmada görülmektedir ki bunun aksini uygulayan bireyler de vardır

Sosyal çevrelerindeki ilişkilerinde zayıf olduğu bilinen bu bireylerin stratejileri keşfederken kendi kaynaklarından yararlandığı görülmektedir. Katılımcılar gerek uzmanlardan gerekse sosyal çevreleri tarafından yönlendirilmediklerini, strateji oluştururken kendi imkanları ile deneme yanılma yöntemini kullandıklarını ifade etmektedirler. Bu yöntemin bazı zamanlarda işe yaradığını paylaşan katılımcıların yanı sıra, kendilerine uygun yöntemleri hala bulamadıklarını ve nasıl bulacaklarını bilmediklerini ifade eden katılımcılarda mevcuttur.

4.2. Üst ve Alt Temalardan Elde Edilen Bulguların Benzerlik ve Farklılıkları

Tüm katılımcıların verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde bazı ortaklıklar olduğu görülmektedir. Dikkat eksikliği ve aşırı hareket bozukluğu tanısı alan bireylerin en sık karşılaştıkları problem unutkanlık olduğu yapılan araştırmalar ile ortaya konulmuştur. Unutkanlık belirtisi dikkat süreçlerinin beklendiği gibi işlemediğini göstermektedir. Maedgen ve Carlson (2000), çocuklarla yaptığı çalışmada dikkatsizlik ve aykırı davranışlardan dolayı bireylerin sosyal ilişkilerinde geri planda kalabileceğini ve kendilerini bilerek uzak tutacağını, bundan sebep sosyal etkileşimlerinden elde edebilecek ipuçlarını yakalamakta güçlük çekebileceklerini ifade etmiştir. Daha az sosyal etkileşimde bulunan kişilerin sürdürülebilir arkadaşlık kurabilmeleri beklenmemektedir. Dikkat dağınıklığı, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik zaman yönetimi ve organizasyon becerisini olumsuz etkilemektedir (Rabiner, Anastopoulos, Costello, Hoyle ve Swartzwelder, 2008). Barkley, Murphy ve Fischer (2010) DEAHB tanısı almış bireylerin bu sebeplerden ötürü olumlu arkadaşlık ilişkiler kurmakta zorlandıklarını, kurdukları arkadaşlık ilişkilerini de sürdüremediklerini ifade etmektedir. Bu bilgileri destekler nitelikte katılımcılar DEAHB belirtilerinin getirdiği davranışların arkadaş ortamlarında kabul görmediğini, çoğu zaman eleştirildiklerini hatta bazı durumlarda dışlandıklarını paylaşmışlardır. Sosyal çevrelerinden uzak tutulmalarının sıklıkla unutkanlık temelli davranışlar olduğunu dile getiren katılımcıların verdiği bilgiler incelendiğinde, unutkanlık problemi olduğunu söyleyen neredeyse tüm katılımcıların aynı zamanda arkadaşlık ilişkilerinde de problem yaşadığını söylemesi bu bilgiyi destekler niteliktedir.

4.3. Çalışmanın Alanyazına Katkıları, Sınırlılıkları ve Öneriler

Yapılan bu çalışma Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik Bozukluğu tanısı almış erişkin bireylerin yaşamlarında karşılaştıkları zorlukları ve bu zorluklarla mücadele ederken geliştirdikleri stratejileri ve stratejileri geliştirirken destek aldıkları kaynakları yorumlayıcı fenomenolojik analiz yöntemi uygulayarak çok boyutlu incelemektir. Bu doğrultuda yapılan bu çalışma DEAHB tanısı almış erişkin bireylerin hayatları ile ilgili çok yönlü bilgi vermekte ve klinik uygulamalarda tedavi sürecine katkıda bulunacak bilgiler içermektedir.

DEAHB tanı grubu ile çalışırken bazı eksikliklerin olduğu hem alanyazında görülmekte hem de bu çalışmadaki katılımcıların verdiği bilgiler sonucu ortaya çıkmaktadır. Tüm katılımcılar tanı aldıktan sonra görüştükleri uzmanın DEAHB ile ilgili detaylı bilgi vermemesinden, bu süreçte yararlanabilecekleri yöntemlerle ilgili yol göstermemesinden ve bozukluğun gidişatı ile ilgili uzun süreli takip sürecinin olmamasından şikayet etmektedir. Katılımcıların geneli yalnızca ilaç takibi yapıldığı bilgisini paylaşmıştır. Oysa ilaç tedavisi ile psikoterapi sürecinin birlikte yürütülmesinin DEAHB tedavisinde daha etkin olacağı görüşleri mevcuttur. Bu doğrultuda tanı almış bireylere Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik Bozukluğu ile ilgili psiko eğitim verilmesi birinci öncelik olmalıdır. Bozukluğun sebebinin, genetik yatkınlığının, karşılaşılabilecekleri olası problemleri ve bu problemlerle baş etme yöntemleri ile ilgili detaylı bilgiler verilmelidir. Bu çalışmaya katılan bireylerin ifadelerinden aile desteği almadıkları hatta bazı durumlarda aile bireylerinin olumsuz etkilerinin olduğu sonucu çıkmaktadır. Bu sebeple sürecin başlangıcından itibaren tedavi planının içerisine aile üyelerinin de katılması ve DEAHB ile ilgili bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Ardından ilaç tedavisi ile birlikte planlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi yöntemlerinin uygulanması bireylerin yaşam kalitelerini arttırmaya yardımcı olacak ve DEAHB belirtileri ile baş etme stratejileri geliştirmelerine olanak sağlayacaktır. Sosyal beceri eksiliği olan tanı almış bireylerin bu yönlerini güçlendirecek çalışmalar yapılması sosyal destek ağlarını güçlendirecek ve belirtilerin getirmiş olduğu olumsuz durumları ortadan kaldırmalarına yardımcı olacaktır.

Alan çalışanlarına ve uygulamacılara yol gösterici olması amacıyla bazı önemli noktalar aşağıda belirtilmiştir;

- Tanı yaşı oldukça önemlidir. Ne kadar erken tanı alırlarsa baş etme stratejilerine adaptasyon o kadar hızlı olmaktadır.

- Tanılama sürecinde yalnızca kişinin kendisinden değil aynı zamanda ailesinden, yakın çevresinden ve eğitim görüyorsa öğretmenlerinden bilgi alınması gerekmektedir.
- İlaç kullanımı söz konusu ise mutlaka psikoterapi ile desteklenmelidir.
- Psikoterapinin ilk basamadığı kişiyi ve ailesini DEAHB ile ilgili detaylı bilgilendirme olmalıdır. Bilgilendirmede hastalığın tanımı, süreci, yaşam boyu seyri, belirtileri, baş etme stratejilerinin neler olabileceği mutlaka yer almalıdır.
- Baş etme stratejilerinin işlevsel olabilmesi için bireysel farklılıklar göz önüne alınmalı ve DEAHB'ye sahip birey ile ortak bir çalışma sürdürülmelidir.
- Tanı aldıktan sonra çevresinde yardım alabileceği kaynaklar/kişiler tespit edilmeli ve bunlardan destek alınmalıdır.
- İlaç takibi ve psikoterapi süreci birlikte ve düzenli bir şekilde götürülmelidir.
-

Alanyazın incelendiğinde DEAHB ile ilgili çocuk-ergen çalışmalarının fazla olduğu tanımlı erişkin grup ile diğerine oranla daha az çalışıldığı görülmüştür. Genellikle bu çalışmalar nicel veri çalışmaları olmakla birlikte çok az sayıda nitel çalışmaya rastlanmıştır. DSM-V ile DEAHB tanısı yalnızca çocukluk çağında değil erişkinlik döneminde de tanı konabilir hale gelmiştir. Bu gelişme ile birlikte erişkin DEAHB ile ilgili çalışmaların varlığına daha fazla ihtiyaç duyulmuştur. Bu nedenle DEAHB tanısı almış erişkinlerle böyle çok yönlü nitel bir çalışmadan elde edilen bulguların alan yazına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Araştırma verileri incelenirken Yorumlayıcı Fenomenolojik Analiz yönteminin kullanılması DEAHB tanısı almış bireylerin bireysel yaşam deneyimlerini kendi ağızlarından paylaşma imkanı sağlamıştır. Görüşmeler esnasında her bir katılımcı ile ayrı bir süreç işlemiş ve yaşadıkları dünyayı daha iyi anlayabilme şansı elde edilmiştir.

Çalışma sürecinde bazı sınırlılıkların olduğu görülmektedir. Çalışma yapılan gurubun Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik Bozukluğu tanısı almış olması yüz yüze yapılan görüşmelerin sürelerini etkilemiştir. Uzun süre dikkat toplamakta zorlanan katılımcılardan bazıları görüşmeyi erken bitirmek istemişlerdir. Aşırı hareketlilik belirtileri daha fazla olan katılımcılar sabit oturma düzenin kalmak istememiş sık sık hareket etmişlerdir. Bu sebeple bazı katılımcılarla yapılan görüşmelerdeki içerik araştırmalarının yeterli düzeyde olmayabileceği düşünülmektedir. Bir diğer sınırlılık ise Yorumlayıcı

Fenomenolojik Analiz uygulamasında araştırmacının bireysel özelliklerinden kaynaklı etkileşimlerin olabileceği dűřüncesidir.

Yalnızca katılımcılarla ilgili bilgi vermesi amacıyla toplanan nicel veri örnekleminin sayısının az olduğu dűřünülmektedir. Nitel veriyi karşılaştıracak ve elde edilen bulguların gücünü arttıracak sayıda nicel veri elde edilmesi bundan sonra yapılacak çalışmalarda göz önüne alınabilir. Ulaşılan DEAHB tanısı almış kadın sayısının artırılması daha homojen bir çalışma elde edilmesini sağlayabilir. Araştırma belli bir eğitim düzeyinin üstündekilerle yapılmıştır. Gelecek çalışmalarda eğitim düzeyi açısından DEAHB tanısı almış daha geniş bir kesim ile çalışılması sosyoekonomik düzeyin DEAHB belirtilerinin bireylerin yaşamlarına etkisini daha net ortaya çıkarabileceği ve bilgi çeşitliliğini sağlayabileceği dűřünülmektedir.

KAYNAKÇA

Alcon, M. F. R. ve Lauffer, J. C. (2014). Treatment guidelines for Attention Deficit and Hyperactivity Disorder. *A critical review Actas Esp Psiquiatr*, 42(6), 323-324.

Alpan, F. (2013). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Anneleri ile Normal Gelişimi Olan Çocukların Annelerinin Depresyon ve Stresle Başa Çıkma Becelerinin Karşılaştırılması. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi, Antalya.

Alpert, J. E., Maddocks, A., Nierenberg, A. A., O'Sullivan, R., Pava, J. A., Worthington, 3rd J. J., Biederman, J., Rosenbaum, J. F. ve Fava, M. (1996). Attention deficit hyperactivity disorder in childhood among adults with major depression. *Psychiatry Research*, 62, 213-235.

Amen, D.G. ve Goldberg, P. (1998). Attention deficit hyperactivity disorder: a guide for primary care physicians. *Primary Psychiatry*, 7, 76-80.

American Psychiatric Association (APA) (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. TR. Washington, DC: *American Psychiatric Press*.

American Psychiatric Association (APA) (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition. Arlington, VA, *American Psychiatric Press*.

Aydın, C. ve Ercan, E. S. (2005). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Özellikleri Tedavisi Çocuklarda ve Erişkinlerdeki Belirtileri. (Genişletilmiş 12. Baskı). İstanbul: Şendaş Kültür.

Aysev, A. S. ve Taner, I. T. (2007). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Sosyal İlişkilerde Benlik: Kendini Ayarlamamanın Psikolojisi*. İstanbul: MEB Yayınları.

Barbarese, W. J., Katusic, S. K., Colligan, R. C., Pankratz, V. S., Weaver, A. L., Weber ve ark. (2002). How common is attention-deficit/hyperactivity disorder? Incidence in a population-based birth cohort in Rochester. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156(3), 217-224.

Barkley, R. A. (2003). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child psychopathology*, 75-143

Barkley, R. A. (2015). Educational, occupational, dating and marital, and financial impairments in adults with ADHD. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment New York: The Guilford Press*. 4, 314-342.

Barkley, B. R. A. ve Brown, T. E. (2008). Unrecognized Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults Presenting with Other Psychiatric Disorders. *Int. J. Psychiatry Clin. Pract.*, 13(11), 977–984.

- Barkley, R. A., DuPaul, G. J. ve McMurray, M. B. (1990). Comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 775-789.
- Barkley, R. A., Murphy, K. R. ve Fischer, M.(2008). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults. What the Science Says*. (1st ed). Newyork, London: *The Guilford Press*, 1, 467.
- Barkley, R.A., Murphy. K. R., ve Fischer, M. (2010). *ADHD in adults: What the science says*. New York: Guildford Press.
- Bauermeister, J. J., Barkley, R. A., Bauermeister, J. A., Martínez, J. V. Ve McBurnett, K. (2012). Validity of the sluggish cognitive tempo, inattention, and hyperactivity symptom dimensions: neuropsychological and psychosocial correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40, 683–697
- Baxter, A. J., Scott, K. M., Vos, T. ve Whiteford, H. A.(2013). Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. *Psychological medicine*, 43, 897-910.
- Bernardi, S., Faraone, S. V., Cortese, S., Kerridge, B. T., Pallanti, S., Wang, S. ve Blanco, C. (2012). The lifetime impact of attention deficit hyperactivity disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Psychological Medicine*, 42(4), 875-887.

- Biederman, J., Ball, S. W., Monuteaux, M. C., Mick, E., Spencer, T. J., McCreary, M., Cote, M. ve Faraone, S. V. (2008). New Insights Into the Comorbidity Between ADHD and Major Depression in Adolescent and Young Adult Females. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 47(4), 426-34.
- Biederman, J., Faraone, S. V. ve Keenan, K., (1990). Family-genetic and psychosocial risk factors in DSM-III attention deficit disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29(4),526-33.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Monuteaux, M. C., Bober, M. ve Cadogen, E.(2004). Gender effects on attention-deficit/hyperactivity disorder in adults, revisited. *Biological Psychiatry*, 55, 692–700.
- Bilici, M., Yildirim, F., Kandil, S., Bekaroglu, M. ve Yildirmis, S. (2004) Double-blind, placebo-controlled study of zinc sulfate in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 28, 181- 90.
- Blackman, G. L., Ostrander, R. ve Herman, K.C. (2005). Children with ADHD and depression: A multisource, multimethod assessment of clinical, social, and academic functioning. *J Atten Disord*, 8, 195-207.

- Bradley, R. H. ve Crownny, R. F. (2004). Life satisfaction among european american, african american, chinese american, mexican american, and dominican american adolescents. *International Journal of Behavioral Development*, 5, 385-400.
- Brod, M., Schmitt, E., Goodwin, M., Hodgkins, P., ve Niebler, G. (2012). ADHD burden of illness in older adults: A life course perspective. *Quality of Life Research*, 21(5), 795-799.
- Brown, T. E. (2000). Attention-deficit disorders and comorbidities in children adolescents, and adults. Washington, DC: *American Psychiatric Press*.
- Brown, T. E. (2006). Toward an adequate understanding of attention deficit disorders. *Rev. Bras. Psiquiatr*, 28(4), 261–262.
- Brown, T. E. (2009). Dikkat eksikliği bozukluğu: Çocuklarda ve yetişkinlerde odaklanamayan zihin. (E. Çetintaş Sönmez, Çev.) Ankara: ODTU Yayıncılık.
- Brown, T. E., Amler, R. W., Freeman, W. S., Perrin, J.M., Stein, M. T., Feldman, H. M. ve ark. (2005). Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: *Overview of the evidence. Pediatrics*, 115(6), 749–757.
- Catalá-López, F., Peiró, S., Ridao, M., Sanfélix-Gimeno, G., Gènova-Maleras, R. ve Catalá, M. A. (2012). Disorder among children and review and meta-analysis, Review.

- Çeçen, A. R. (2008). Üniversite Öğrencilerinde Yaşam Doyumunu Yordamada Bireysel Bütünlük (Tutarlılık) Duygusu, Aile Bütünlük Duygusu ve Benlik Duygusu. *Eğitimde Kuram ve Uygulama*, 4, 1, 19-30.
- Clements, S. D. ve Peters J. E. (1962). Minimal brain dysfunctions in the school-age child. Diagnosis and treatment. *Archives of General Psychiatry*, 6, 185-197.
- Cooper, P. (2001). Understanding ADHD: A brief critical review of literature. *Children & Society*, 15, 387-395.
- Corey, G. (2015). Psikolojik Danışma, Psikoterapi Kuram ve Uygulamaları (Çev Tuncay Ergene), Ankara: Mentis Yayıncılık.(Orijinal çalışma basım tarihi 2007)
- Dağlı, A. ve Baysal, N. (2016). Yaşam Doyumu Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlilik ve Güvenlik Çalışması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 15(59), 1250-1262.
- Dalsgaard, S. Mortensen, P. B. Frydenberg, M. ve Thomsen, P. H. (2002). Conduct problems, gender and adult psychiatric outcome of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *British Journal of Psychiatry*, 181, 416-421.
- De Jong, A. (1999). Onderzoek naar alledaagse maatschappelijke gevolgen van psychiatrische ziekten; van symptomatologie naar kwaliteit van leven.

De Jong, W. Van den Brink, Ormel, J. ve Wiersma, D. (Eds.), Handboek Psychiatrische Epidemiologie .Utrecht: Elsevier/De Tijdstroom.

Depression: Fact sheet. World Health Organization.
(<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>) Erişim tarihi: 11.03.2020

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. ve Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49 (1), 71-75.

Doğan, S., Öncü, B., Saraçoğlu, G. V ve Küçükööncü, S. (2009). Adult attention deficit hyperactivity disorder self-report scale (ASRS-v1.1): the validity and reliability of Turkish version. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 10, 77-87.

Doğangün, B. ve Yavuz, M. (2011). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu(Yayınlanmamış doktora tezi). İstanbul Üniversitesi, Cerrahpařa Tıp Fakóltesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul.

Doğangün, B. ve Yavuz, M. (2011). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu. *Türk Pediatri Arşivi*, 25(8), 25-26.

Duran, ř. ve ark. (2014). Ayaktan Psikiyatri Hastalarında Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu: Yaygınlık ve Eştanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25(2),84-93.

Ekinci, S., Öncü B. ve Canat, S. (2011). Adult attention deficit hyperactivity disorder: comorbidity and functioning. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 12(3), 185-191.

Ercan, E. S. (2010). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda epidemiyolojik veriler.

Pediatric Bilimler Dergisi (Özel Sayı), 6(2), 1-5.

Ercan, S. E. ve Aydın, C. (2007). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. (15. baskı).

İstanbul: Gendaş Kültür Yayınları.

Erdoğan, E. (2002). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Frontal ve Parietal Bölge

Disfonksiyonları. *Klinik Psikiyatri, 5, 145-150*

Fabiano, G. A., Pelham, W. E., Coles, E. K. ve Gnagy, E. M. (2008). A meta- analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder, *29(2), 129–140.*

Faraone, S. V. ve Biederman, J. (1997). Do attention deficit hyperactivity disorder and major depression share familial risk factors? *J Nerv Ment Dis, 185(9), 533-41.*

Faraone, S. ve Biederman, J., (1998). Neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry. 44: 951–958.*

Faraone, S. V. ve Glatt, S. J. (2010). A comparison of the efficacy of medications for adult attention-deficit/hyperactivity disorder using metaanalysis of effect sizes. *Journal of Clinical Psychiatry, 71, 754-763.*

- Fayyad, J., Graff, R. D. E., Kessler, R., Alonso, J., Angermeyer, M. ve Demyttenaer, K. (2007). Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry*, 190, 402–409.
- Fischer, A. G., Bau, C. H., Grevet, E. H., Salgado, C. A., Victor, M. M., Kalil, K. L., Sousa, N. O. ve ark. (2007). The role of comorbid major depressive disorder in the clinical presentation of adult ADHD. *J Psychiatr Res*, 41(12), 991-6.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839–852.
- Folkman, S. ve Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behaviour*, 21, 219–239.
- Folkman, S. ve Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1), 150-170.
- Gentschel, D. A., McLaughlin, T. F. (2000). Attention deficit hyperactivity disorder as a social disability: characteristics and suggested methods of treatment, *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 12 (4), 333-347.
- Gershon, J. ve Gershon, J. (2002). A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *Journal of attention disorders*, 5(3), 143-154.

Goldstein, S.(2002). Continuity of ADHD in Adulthood: Hypothesis and Theory Meet Reality. Ed: Goldstein S Ellison AT, Clinician's to *Adult ADHD Assessment and Intervention*. Academic Pres, California.

Goldstein, S., Goldstein, M. (1992). Hyperactivity: Why won't my child pay attention. *New York : John Wiley & Sons Inc.*

Graetz, B. W., Sawyer, M. G., Hazell, P. L., Arney, F. ve Baghurst, P. (2001). Validity of DSM-IV ADHD subtypes in a nationally representative sample of Australian children and adolescents. *Journal of American Academy of Children and Adolescent Psychiatry*, 40(12), 1410-1417.

Gül, H. ve Öncü, B. (2018). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Etyolojisinde Çevresel Etkenler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 10(2), 148-185.

Hechtman, L., Weiss, G., ve Perlman, T. (1980). Hyperactives as young adults: Self-esteem and social skills. *Canadian Journal of Psychiatry*, 25, 478-483.

Hengeveld, M. W. ve Van Balkom, A. J. L. M. (2005). Leerboek psychiatrie. *Utrecht: De Tijdstroom*.

Hohman, L.B. (1922). Post-encephalitic behavior disorder in children. *Johns Hopkins Hospital Bulletin*, 33, 89-97.

- Hoza, B., Mrug, S., Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Bukowski, W. M., Gold, J. A., . . . Arnold, L. E. (2005). What aspects of peer relationships are impaired in children with attention-deficit/hyper- activity disorder? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 411–423.
- Jensen, P. S., ve Cantwell, D. (1997). Comorbidity in ADHD. Implications for research, practice, and DSM 5. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 1065-1079.
- Kahn, E. Ve Cohen, L. (1934). Organic drivenness: A brain stem syndrome and experience. *New England Journal of Medicine*, 210, 748– 756.
- Kalyna Z. (2010). *Çocuk ve Ergenlerde Psikotrop İlaç Kullanımı & Klinik El Kitabı* (A. Avcı ve A.Y. Tahiroğlu, Çev.). Adana Nobel Kitabevi, 20-31.
- Kavakçı, Ö. (2012). Erişkin Dikkat /Hiperaktivite Bozukluğunun Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*, 5(1), 8-13
- Kayaalp, L. (2008). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu. *Sempozyum Dizisi*, 62, 145-152.
- Kelly, D. P. ve Aylward, G. P. (1992). Attention deficits in school-aged children and adolescents:current issues and practice. *Pediatric Clinics of North America*, 39(3), 487-512.

Kent, L. ve Craddock, N., (2003). Is there a relationship between attention deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder? *J Affect Disord*, 73, 211-221.

Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J. ve Conners, C. K. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*; 163, 716-723.

Khan, S. A. ve Faraone S. V. (2006). The genetics of ADHD: a literature review of 2005. *Curr Psychiatry Rep*, 8, 393-397.

Kılıçoğlu, A., Çalık, E., Kurt, İ., Karadağ, F., Çelik, F., Yeter, K., Değirmen, N., Öztürk, S. ve Ülkün, N. (2009). Üniversite öğrencilerinde kendilerinin bildirdikleri dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtilerinin değerlendirilmesi. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 10, 88-93.

Köker, S. (1991). Normal ve sorunlu ergenlerin yaşam doyumu düzeylerinin karşılaştırılması. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Kreuger, M. ve Kendall, J. (2001). Descriptions of self: An exploratory study of adolescents with ADHD. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 14, 61–72.

Maedgen, J. W., ve Carlson, C. L. (2000). Social functioning and emotional regulation in the attention deficit hyperactivity disorder sub- types. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 30–42.

- Mancini, C., Van Ameringen, M., Oakman, J. M., ve Figueiredo, D. (1999). Childhood attention deficit/hyperactivity disorder in adults with anxiety disorders. *Psychological Medicine*, 29, 515-525.
- Martikainen, L. (2009). The many faces of life satisfaction among finnish young adults'. *Journal of Happiness Studies*, 10(6), 721-737.
- McGough, J. J., Smalley, S.L., McCracken, J.T., Yang, M., Del’Homme, M., Lynn, D.E. ve Loo, S. (2005). Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyper- activity disorder: findings from multiplex families. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1621–1627.
- McIntyre, R.S., Kennedy, S.H., Soczynska, J.K., Nguyen, H.T., Bilkey, T.S., Woldeyohannes, H.O., Nathanson, J.A., Joshi, S., Cheng, J.S., Benson, K.M. ve Muzina, D.J. (2010) Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults with bipolar disorder or major depressive disorder: results from the international mood disorders collaborative project. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, 12(3).
- Molina BS, Hinshaw SP, Swanson JM, Arnold LE, Vitiello B, Jensen PS, ... ve Houck PR. The MTA at 8 years: prospective follow-up of children treated for combined type ADHD in a multisite study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2009; 48(5): 484.

- Motavalli, N. (1993). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Tanı Ölçütleri, Yapısı, Sınıflandırma Sistemlerindeki Yeri, *Nöropsikiyatri Arşivi*, 30, 226–231.
- MTA Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999, 56(12), 1073–1086.
- Mukaddes, N. M. (1998). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tarihçesi ve epidemiyolojik incelemeler. *Ege psikiyatri sürekli yayınları*, 3, 393-398.
- Mukaddes, N. M. (2015). Yaşam Boyu Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Eşlik Eden Durumlar (1. baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Mutluer, B. T. (2014). Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Hastalarında İnternet Bağımlılığı Sıklığı, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul.
- Neugarten, B.L., Havighurst, R.J. ve Tobin, S.S. (1961). The measurement of the life satisfaction. *Journal of Gerontology*, 16, 134-143.
- Nijmeijer, J. S., Minderaa, R. B., Buitelaar, J. K., Mulligan, A., Hartman, C. A. ve Hoekstra, P. J. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder and social dysfunctioning. *Clin. Psychol. Rev.*, 28, 692–708.

Öner, P., Öner, Ö. ve Aysev, A. (2003). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(3), 97.

Özbek A. ve Gencer, B. Ö. (2003) Okul öncesi çocuklarda psikotrop ilaç kullanımı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 13, 57-64.

Özdemiroğlu, F. A., Yargıç, İ. ve Oflaz, S. (2011). Genel psikiyatri polikliniğinde erişkinlerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu sıklığı ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğua eşlik eden diğer psikiyatrik bozukluklar. *Nöropsikiyatri arşivi dergisi*, 48, 119-24.

Özdemiroğlu, F., ve ark. (2016). Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 19(1).

Özek. H. (2012). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Çocuklarda Plazma Dopamin ve Noradrenalin Düzeylerinin Araştırılması*. (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir.

Özkorumak, E., Özten, H.S. ve Tiryaki, A. (2013). The prevalence rate of comorbidity and the level of the functionality in psychiatric outpatients with adult ADHD. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14(4), 347-353.

- Pazvantoğlu, O., Akbaş, S., Sarısoy, G., Baykal, S., Korkmaz, I. Z., Karabekiroğlu, K. ve Böke, Ö. (2014). DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde DEHB ile ilişkili bazı sorunlu yaşam olaylarını düşünen adam. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 27, 61-68.
- Pliszka, S. R., Carlson, C., ve Swanson, J. M. (1999). ADHD with comorbid disorders: Clinical assessment and management. New York: Guilford.
- Polanczyk, G. V., Willcutt, E. G., Salum, G. A., Kieling, C. ve Rohde, L. A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *Int. J. Epidemiol*, 43(2), 434-442.
- Rabiner, D. L., Anastopoulos, A. D., Costello, E. J., Hoyle, R. H., ve Swartzwelder, H. S. (2008). Adjustment to college in students with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11(6), 689-699.
- Richters, J. E., Arnold, L. E., Jensen, P. S. ve ark. (1995). NIMH collaborative multisite multimodal treatment study of children with ADHD: I. Background and rationale. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34(8), 987-1000
- Rickel, A. U. ve Brown, R. T. (2007). Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adults (1st ed). *Germany Hogrefe Huber Publishers*, 1, 57.

- Rosa, A.R., Sanchez-Moreno, J., Martinez-Aran, A. ve ark. (2007) Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3, 5.
- Roth, R. M, Wishart, H. A., Flashman, L. A., Riordan, H. J., Huey, L., ve Saykin, A. J. (2004). Contribution of organizational strategy to verbal learning and memory in adults with attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Neuropsychology*, 18(1), 78-85.
- Safren, S. A. (2001). Prevalence of childhood ADHD among patients with generalized anxiety disorder and a comparison condition, social phobia. *Depression and Anxiety*, 13, 190-191.
- Sagvolden, T., Johansen, E. B., Aase, H. ve Russel, V. A.(2005). A Dynamic Developmental Theory of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) Predominantly Hyperactive/Impulsive and Combined Subtypes. *Behav Brain Sci*, 28(3), 397-419.
- Scholtens, S., Diamantopoulou, S., Tillman, C. M., ve Rydell, A. M. (2012). Effects of symptoms of ADHD, ODD, and cognitive functioning on social acceptance and the positive illusory bias in children. *Journal of Attention Disorders*, 16(8), 685-696.
- Schubiner, H., Tzelepis, A., Milberger, S., Lockhart, N., Kruger, M., Kelley, B. J. ve ark. (2000). Prevalence of attention- deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder among substance abusers. *J Clin Psychiatry*, 61, 244-251.

- Secnik, K., Swensen, A., ve Lage, M. J. (2005). Comorbidities and costs of adult patients diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder. *Pharmacoeconomics*, 23, 93–102.
- Semerci, B. ve Aksoy, U. M. (2018). Erişkinlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu – Tanı ve Tedavi Kılavuzu (1. Baskı). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği
- Semerci, B. ve Turgay, A. (2008). *Bebeklikten Erişkinliğim Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu* (3. baskı). İstanbul: Alfa Yayınları.
- Sertçelik, S. (2012). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Almış Çocukların Ebeveynlerinde Anksiyete Bozuklukları Görülme Sıklıkları* (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi). Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul.
- Sharkey, L. ve Fitzgerald, M. (2007). *The History of attention deficit hyperactivity disorder. Handbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (1st ed.). West Sussex, England: John Wiley ve Sons.
- Sharma, A. ve Couture, J. (2014). A Review of the Pathophysiology, Etiology and Treatment of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Ann. Pharmacother*, 48(2), 209–225.

Skirrow, C., McLoughlin, G., Kuntsi, J. ve Asherson, P. (2009). Behavioral, neurocognitive and treatment overlap between attention-deficit/hyperactivity disorder and mood instability. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 9(4), 489-503.

Slomkowski, C., Klein, R. ve Mannuzza, S. (1995). Is self-esteem an important outcome in hyperactive children? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 303–315.

Sobanski E.(2006). Psychiatric comorbidity in adults with attention- deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 256, 26–31

Souza, I., Pinheiro, M. A., Denardin, D., Mattos, P., ve Rohde, L. A. (2004). ADHD and comorbidity in Brazil: Comparisons between two referred samples. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13, 243-248.

Spencer, T., Biederman, J., ve Wilens, T. (1999). Attention deficit/hyperactivity disorder and comorbidity. *Pediatric Clinics of North America*, 46, 915-927.

Stein, D.B. (2002). *Ritalin Çözüm Değil* (1. baskı), İstanbul: Kuraldışı Yayıncılık.

Still, G. F. (1902). Some abnormal psychical conditions in children. *Lancet*, 1, 1008-1012, 1077-1082, 1163-1168.

Şahin N. H. ve Durak, A. (1994). Kısa Semptom Envanteri: Türk Gençleri İçin Uyarlanması, *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(31), 44-56.

Şenol, S., İşeri, E., ve Koçkar, A. İ. (2006). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Dikkati Dağınık, Yerinde Duramayan Çocuklara Doğru Yaklaşımlar* (3. baskı). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Şenol, S., İşyeri, E. ve Koçkar, A. İ. (2008). *Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu* (2. baskı) Ankara: HYB Basım.

Şimşek, E. (2011). *Örgütsel İletişim ve Kişilik Özelliklerinin Yaşam Doyumuna Etkileri* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Anadolu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir.

Tamam, L. ve Demirkol, M. E. (2012). Erişkin Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu ve Duygudurum Bozuklukları. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 5(1), 48-53.

Taner, Y. I. (2010). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun klinik özellikleri. Kognitif Nörobilimler içinde. S. Karakaş, (Ed.). Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.

Tufan, A. E. ve Yaluğ, İ. (2010). Erişkinlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Türkiye verilerine dayalı bir gözden geçirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 11, 351-359)

- Tuğlu, C. ve Şahin, Ö.Ö. (2010). Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu: Nörobiyoloji, Tanı Sorunsalı ve Klinik Özellikler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(1), 75-116.
- Tyrer, P., ve Casey, P. (1993). *Social function in psychiatry, The hidden axis of classification exposed*. Petersfield, UK: Wrightson Biomedical Publishing LTD.
- Weiss, G. ve Hechtman, L. T. (1993). *Hyperactive children grown up*. New York: Guilford.
- Weis, M. ve Weis, G.(2002). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*, Lewis M. Lippincott Williams ve Wilkins, Third ed. Philadelphia.
- Weyandt, L. L. ve Dupaul, G. (2008). ADHD in college students: Developmental findings. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 14, 311-319.
- Wheeler, J. ve Carlson, C. L. (1994). The social functioning of children with ADD with hyperactivity and ADD without hyperactivity: a comparison of their peer relations and social deficits. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 2, 2-12.
- Wigal, S., McGough, J., McCracken, J. T. ve ark. (2004) Among classroom study of amphetamine XR and atomoxetine for ADHD. Presented at the 51st Annual Meeting of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry, Washington, DC, October.

Willcutt, E. G. (2012). The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Neurotherapeutics*, 9, 490–499.

Yazgan, Y. (2010). *Hiperaktif çocuk ve ergen okulda* (2. baskı). İstanbul: Doğan Kitap.

Yetim, Ü. (1993). *Kişisel Projelerin Organizasyonu ve Örüntüsü Açısından Yaşam Doyumu* (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

Young S. (2005). Coping Strategies used by adults with ADHD. *Personality and Individual Differences*, 38, 809-815.

Young, S., Morris, R. G., Toone, B. K., ve Tyson, C. (2007) Problem solving in adults diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A deficit in planning ability. *Neuropsychology*, 21(5) , 581-589.

Zalsman, G. ve Shilton, T. (2016). Adult ADHD: A new disease? *Int. J. Psychiatry Clin. Pract*, 20(2), 70–76.

Zarate, C. A. Jr., Tohen, M., Land, M. ve Cavanagh, S.(2000). Functional impairment and cognition in bipolar disorder. *Psychiatr Q*, 71, 309-329.

EKLER

EK 1: Bilgilendirilmiş Onam Formlu Kişisel Bilgi Formu

Değerli Katılımcı,

Bu çalışmada Doç. Dr. Okan Cem Çırakoğlu ve Psk. Z. Cansu Kartal tarafından, Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik Bozukluğu tanısı almış yetişkin bireylerin psikolojik sağlıklarını etkileyen faktörlerin araştırılması hedeflenmektedir. Aşağıdaki anketlerin başında her ankete dair yönergeler bulunmaktadır. Lütfen bu yönergeleri dikkatlice okuyunuz. Doldurduğunuz anketlerin doğru ya da yanlış cevapları yoktur. Bu yüzden, sizi en iyi anlatan seçenekleri işaretleyiniz. Bu çalışma kapsamında vereceğiniz tüm bilgiler tamamen gizli kalacaktır. Anketin hiçbir yerinde isminiz veya kimliğinizi ortaya çıkaran herhangi bir soru sorulmamaktadır. Çalışmanın nesnel olması ve elde edilecek sonuçların güvenilirliği bakımından soruları içtenlikle ve sizin duygu ve düşüncelerinizi yansıtacak şekilde yanıtlamanız önemlidir. Çalışmamıza katılımınız tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Dilediğiniz takdirde ya da sizi rahatsız eden bir durum olursa anketi yarım bırakabilirsiniz. Katkınız için teşekkür ederiz.

İletişim için: okanc@baskent.edu.tr, zctolunguc@gmail.com

Araştırmaya kendi isteğimle katılıyorum. İmza: _____ Tarih: _____

Cinsiyetiniz: Kadın [] Erkek [] **Doğum yılınız:** _____

Medeni Durumunuz: Bekar [] Evli [] Boşanmış []

Eğitim Düzeyiniz: Lise [] Ön Lisans [] Üniversite [] Yüksek Lisans []
Doktora []

Mesleğiniz: _____

Üniversiteniz: _____ **Fakülteniz:** _____

Bölümünüz: _____ **Sınıfınız:** _____

Ailenizde psikolojik rahatsızlık yaşayan bir birey var mı? Evet [] Hayır []

Evet ise size yakınlık derecesini belirtiniz? _____

Bu bireyin tanısı nedir? _____

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı aldınız mı? Evet [] Hayır []

Evet ise bu tanıyı kaç yaşında aldınız? _____

Bu problemle ilgili ilaç tedavisi aldınız mı? Evet [] Hayır [] Süresi
_____ yıl

Bu problemle ilgili ilaç tedaviniz devam ediyor mu? Evet [] Hayır []

EK 2: Yaşam Doyumu Ölçeği

Aşağıda 5 ifade vardır. Bu ifadelerin size uygunluk derecesine göre seçenekler sunulmuştur. Bu derecelerden sizin için uygun olan kutucuğa X işareti koyarak belirtiniz.

1	2	3	4	5
Hiç Katılmıyorum	Çok az katılıyorum	Orta Düzeyde Katılıyorum	Büyük Oranda Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum

1. Yaşamım birçok yönüyle ideallerime yakın	1	2	3	4	5
2. Yaşam koşullarım çok iyi	1	2	3	4	5
3. Yaşamımdan memnunum	1	2	3	4	5
4. Şu ana kadar istediğim şeyleri elde edebildim.	1	2	3	4	5
5. Yeniden dünyaya gelseydim yaşamımda hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim.	1	2	3	4	5

EK 3: Kısa İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği

İşlevsellik açısından zorluk çekebileceğiniz alanlar aşağıda yazılmıştır. Aşağıdaki alanlar dikkate alındığında, ne düzeyde zorluk yaşamaktasınız?

0	1	2	3
Hiç Zorlanma Yok	Çok Az Zorlanma	Orta Derecede Zorlanma	Aşırı Derecede Zorlanma

1. Evde sorumluluk üstlenme	0	1	2	3
2. Kendi başına yaşayabilme	0	1	2	3
3. Alışveriş yapabilme	0	1	2	3
4. Kendine bakabilme (bedensel bakım, kişisel temizlik)	0	1	2	3
5. Maaşlı bir işte çalışabilme	0	1	2	3
6. Verilen görevleri gerektiği kadar çabuk yerine getirme	0	1	2	3
7. Eğitim aldığı meslek alanında çalışabilme	0	1	2	3
8. Mesleki kazanımlar elde etme	0	1	2	3
9. Kendisinden beklenen iş yükünü kaldırabilme	0	1	2	3
10. Bir kitaba veya filme kendini verebilme	0	1	2	3
11. Akıldan hesap yapabilme	0	1	2	3
12. Bir problemi hakkıyla çözebilme	0	1	2	3
13. Yeni öğrenilen isimleri hatırlayabilme	0	1	2	3
14. Yeni bilgiler öğrenebilme	0	1	2	3
15. Kendi parasını idare edebilme	0	1	2	3
16. Parasını dengeli bir şekilde harcayabilme	0	1	2	3
17. Dostluk ve arkadaşlıkları sürdürebilme	0	1	2	3
18. Sosyal faaliyetlere katılabilme	0	1	2	3
19. Yakınlarıyla iyi ilişkiler kurabilme	0	1	2	3
20. Ailesiyle birlikte yaşama	0	1	2	3
21. Tatmin edici cinsel ilişkilerinin olması	0	1	2	3
22. İlgi duyduğu zevklerini sürdürebilme	0	1	2	3
23. Egzersiz veya spor yapma	0	1	2	3
24. Hobilere veya kişisel ilgilere sahip olma	0	1	2	3

EK 4: Kısa Semptom Envanteri

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtiler ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtinin sizi bugün dahil, son bir haftadır ne kadar rahatsız ettiğini yandaki kutulardan uygun olanının içini (X) işaretleyerek gösterin. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin. Fikir değiştirirseniz ilk yanıtınızın üstünü karalayın.

	Hiç	Biraz	Orta Derece	Epey	Çok Fazla
1. İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	0	1	2	3	4
2. Baygınlık, baş dönmesi	0	1	2	3	4
3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri.	0	1	2	3	4
4. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu	0	1	2	3	4
5. Olayları hatırlamada güçlük	0	1	2	3	4
6. Çok kolayca kızıp öfkelenme	0	1	2	3	4
7. Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar.	0	1	2	3	4
8. Meydanlık(açık) alanlardan korkma duygusu	0	1	2	3	4
9. Yaşamınıza son verme düşünceleri	0	1	2	3	4
10. İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi	0	1	2	3	4
11. İştahta bozukluklar	0	1	2	3	4
12. Hiç bir nedeni olmayan ani korkular	0	1	2	3	4
13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	0	1	2	3	4
14. Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetme	0	1	2	3	4
15. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetme	0	1	2	3	4
16. Yalnızlık hissetme	0	1	2	3	4
17. Hüzünlü, kederli hissetme	0	1	2	3	4
18. Hiçbir şeye ilgi duymama	0	1	2	3	4
19. Ağlamaklı hissetme	0	1	2	3	4
20. Kolayca incinebilme, kırılma	0	1	2	3	4
21. İnsanların sizi sevmediğine kötü davrandığına inanmak	0	1	2	3	4
22. Kendini diğerlerinden daha aşağı görme	0	1	2	3	4
23. Mide bozukluğu, bulantı	0	1	2	3	4
24. Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu	0	1	2	3	4
25. Uykuya dalmada güçlük	0	1	2	3	4
26. Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etme	0	1	2	3	4
27. Karar vermede güçlükler	0	1	2	3	4

EK 4 (devam): Kısa Semptom Envanteri

28. Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahat etmekten korkma	0	1	2	3	4
29. Nefes darlığı, nefessiz kalma	0	1	2	3	4
30. Sıcak, soğuk basmaları	0	1	2	3	4
31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer, etkinliklerden uzak kalmaya çalışma	0	1	2	3	4
32. Kafanızın bomboş kalması	0	1	2	3	4
33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	0	1	2	3	4
34. Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi	0	1	2	3	4
35. Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları içinde olmak	0	1	2	3	4
36. Konsantrasyonda(dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük/zorlanma	0	1	2	3	4
37. Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi	0	1	2	3	4
38. Kendini gergin ve tedirgin hissetme	0	1	2	3	4
39. Ölme ve ölüm üzerinde düşünceler	0	1	2	3	4
40. Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	0	1	2	3	4
41. Bir şeyleri kırma/dökme isteği	0	1	2	3	4
42. Diğerlerinin yanındayken kendinin çok fazla farkında olmak, yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak	0	1	2	3	4
43. Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	0	1	2	3	4
44. Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	0	1	2	3	4
45. Dehşet ve panik nöbetleri	0	1	2	3	4
46. Sık sık tartışmaya girme	0	1	2	3	4
47. Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirlilik hissetme	0	1	2	3	4
48. Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmediğiniz düşüncesi	0	1	2	3	4
49. Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetme.	0	1	2	3	4
50. Kendini değersiz görme, değersizlik duyguları	0	1	2	3	4
51. İzin verdiğiniz takdirde insanların sizi sömüreceği duygusu	0	1	2	3	4
52. Suçluluk duyguları	0	1	2	3	4
53. Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri	0	1	2	3	4

EK 5: Görüşme Soruları

1. Dikkat eksikliği aşırı hareketlilik bozukluğu tanısını ne zaman aldınız?
2. Tanıyı aldıktan sonra ilaç ve/veya psikoterapi desteği aldınız mı?
 - a. Ne tür ilaçlar kullandınız?
 - b. Ne kadar süre kullandınız? Hala devam ediyor musunuz?
 - c. İlaç kullandığınız süre boyunca neler yaşadınız?
 - d. Ne gibi yararlar gördünüz?
 - e. Psikoterapi süreci var ise süreç hakkında bilgi al.
3. DEAHB belirtileri kişilerin hayatını etkilemektedir. Şu anda DEAHB'nin sizin hayatınıza etkileri var mı? Var ise bu etkiler nelerdir?
 - a. Sosyal
 - b. Aile
 - c. Akademik
 - d. Romantik ilişkiler
 - i. İlişkilerinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?
4. Yaşadığınız zorlukların üstesinden gelmek için geçmişten bugüne geliştirdiğiniz stratejiler var mı? (kapsamlı sor)
5. Bu stratejileri nasıl geliştirdiniz?
6. Bu stratejileri geliştirirken sizi harekete geçiren şey neydi/kimlerdi?
 - a. Aile
 - b. Çevre
 - c. İş ortamı
 - d. Romantik ilişkiler
7. Bu süreçte özellikle birinin veya bir olayın yardımı veya yönlendirmesi oldu mu?
 - a. Detaylandırılması ve açıklanması