



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

SPORCULARDA DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU BELİRTİLERİNİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK İLE İLİŞKİSİ

Dr. Mehmetcan KAÇAR

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL - 2019



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

SPORCULARDA DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU BELİRTİLERİNİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK İLE İLİŞKİSİ

Dr. Mehmetcan KAÇAR

Tez Danışmanı: Uzm. Dr. Nesrin Buket TOMRUK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL - 2019

I. TEŞEKKÜR

Sağladığı çalışma ortamı nedeniyle hastanemiz Başhekimliğine,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi birikimi ve deneyimiyle bana yol gösteren, bilimsel ve disiplinli bir çalışma ortamı yaratan, her zaman desteğini hissettiğim değerli klinik şefimiz ve tez danışmanım Uz. Dr. Nesrin Buket TOMRUK'a,

Uzmanlık tezimin her aşamasında bana yol gösteren, beni cesaretlendiren değerli uzmanım Uz. Dr. Cansu ÇAKIR ŞEN'e,

Eğitimimin ilk yıllarında birlikte çalışma fırsatı bulduğum ve akademik vizyonunu örnek aldığım değerli hocam Doç. Dr. Armağan ÖZDEMİR'e,

Rotasyonlarım boyunca bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım değerli hocalarım;

Uz. Dr. Ahmet TÜRKCAN, Doç. Dr. Fatih ÖNCÜ, Prof. Dr. Ejder Akgün YILDIRIM, Doç. Dr. Ekrem Cüneyt EVREN, Doç. Dr. Gül KARACETİN, Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU, Doç. Dr. Hayrunisa Dilek ATAĞLI ve Doç. Dr. Münevver YILDIRIM'a,

Klinik tecrübelerinden faydalandığım değerli uzmanlarım Uz. Dr. Eren YILDIZHAN, Uz. Dr. Cenk VARLIK, Uz. Dr. Sencer TABAKÇI, Uz. Dr. Cengiz DAYAN'a ve tez sürecinde yardımlarını esirgemeyen Psk. Ozan ALTIN'a,

Yardımlarıyla çalışma hayatımı kolaylaştıran kliniğimiz sağlık ekibine ve personellerine, asistanlık sürecinde tanıştığım, varlıkları ile hayatımı keyifli kılan arkadaşlarıma,

Desteklerini her zaman hissettiğim, bugünlere gelmem için büyük emek veren sevgili anneme, babama ve kardeşlerime,

Sevgisi, sabrı ve desteği ile her zaman yanımda olan, hayatımı anlamlı kılan sevgili eşim Ebru'ya,

Çok teşekkür ederim.

Dr. Mehmetcan KAÇAR

İstanbul, 2019

II. İÇİNDEKİLER

Sayfa No

I. TEŞEKKÜR	i
II. İÇİNDEKİLER	ii
III. ÖZET	v
IV. ABSTRACT	vi
V. KISALTMALAR.....	vii
VI. TABLO LİSTESİ.....	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. SPOR PSİKİYATRİSİ	3
2.2. DİKKAT EKSİKLİĞİ ve HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU	5
2.2.1.Tarihçe	5
2.2.2.Tanı ve Klinik Özellikler	6
2.2.3.Epidemiyoloji.....	7
2.2.4.Etiyoloji.....	8
2.2.5.Nörobiyoloji	8
2.3. PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK	9
2.4. SPOR ve DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU	11
2.5. DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU ve PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK	12
2.6. SPOR VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK	14
3. YÖNTEM VE GEREÇLER	17
3.1. ÖRNEKLEM	17
3.1.1.İçleme Kriterleri	17
3.1.2.Dışlama Kriterleri	17
3.2. YÖNTEM	17
3.2.1.Veritoplama Araçları	18

3.2.1.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu.....	18
3.2.1.2. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği 18	
3.2.1.3. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ).....	18
3.2.1.4. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	19
3.2.1.5. Barratt Dürtüsellik Ölçeği	19
3.2.1.6. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	20
3.2.2. İstatistiksel Analiz.....	20
4. BULGULAR.....	21
4.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK, KLİNİK ve TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ	21
4.2. SPORCULARDA ANKSİYETE ve DEPRESYON DÜZEYİNİN İNCELENMESİ	23
4.3. DEHB, ANKSİYETE, DEPRESYON, DÜRTÜSELLİK, PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK BELİRTİLERİNİN EĞİTİM DÜZEYİNE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI	24
4.4. DEHB, DEPRESYON, DÜRTÜSELLİK, PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK BELİRTİLERİNİN ANKSİYETE DÜZEYİNE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI .	26
4.5. DEHB, ANKSİYETE, DÜRTÜSELLİK, PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK BELİRTİLERİNİN DEPRESYON DÜZEYİNE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI	29
4.6. DEHB, ANKSİYETE, DEPRESYON, DÜRTÜSELLİK, PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK BELİRTİLERİNİN SPOR DALINA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI	32
4.7. DEHB, ANKSİYETE, DEPRESYON, DÜRTÜSELLİK, PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK BELİRTİLERİNİN ANTRENMAN SIKLIĞINA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI	34
4.8. DEHB, ANKSİYETE, DEPRESYON, DÜRTÜSELLİK, PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK BELİRTİLERİNİN BİRBİRLERİ İLE İLİŞKİSİ	36
4.9. DEHB, ANKSİYETE, DEPRESYON, DÜRTÜSELLİK BELİRTİLERİNİN, PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK BELİRTİLERİNİ YORDAYICILIĞININ İNCELENMESİ	38
5. TARTIŞMA.....	40
6. SONUÇLAR, KISITLILIKLAR VE ÖNERİLER.....	47
7. KAYNAKLAR	48

8. ÖZGEÇMİŞ	55
9. EKLER	56
EK 1 - ETİK KURUL ONAYI.....	56
EK 2 - AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	58
EK 3 - SOSYODEMOGRAFİK ve KLİNİK VERİ FORMU	59
EK 4 - ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU KENDİ BİLDİRİM ÖLÇEĞİ (ASRS)	61
EK 5 - BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ.....	62
EK 6 - YETİŞKİNLER İÇİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÖLÇEĞİ.....	63
EK 7 – BARRATT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ.....	65
EK 8 – BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ(BDÖ).....	66

III. ÖZET

SPORCULARDA DİKKAT EKSİKLİĞİ ve HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU BELİRTİLERİNİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK İLE İLİŞKİSİ

Dr. Mehmetcan KAÇAR

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı; sporcularda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, depresyon, anksiyete ve dürtüsellik belirtilerinin, sporcuların psikolojik dayanıklılıklarını ne ölçüde yordadığının araştırılmasıdır.

GEREÇ ve YÖNTEM: Spor federasyonlarına bağlı, 184 lisanslı sporcu çalışmamıza dahil edilmiştir. Sporculara sosyodemografik ve klinik veri formu, Erişkin DEHB kendi bildirim ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Barratt Dürtüsellik Ölçeği, Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği uygulanmıştır. DEHB, anksiyete, depresyon, dürtüsellik, psikolojik dayanıklılık düzeylerinin birbirleriyle ilişkisini değerlendirmek açısından korelasyon analizi uygulanmıştır. DEHB, anksiyete, depresyon, dürtüsellik belirtilerinin bir arada, sporcuların psikolojik dayanıklılıklarını yordayıcılığı açısından basit doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır.

BULGULAR: Sporcularda DEHB, anksiyete, depresyon, dürtüsellik belirtileri birbiriyle pozitif yönde, anlamlı düzeyde ilişkili saptanmıştır ($p < .01$). Bu belirtilerin birlikte oluşturduğu modelin, sporcularda psikolojik dayanıklılık alt boyutlarından Aile Uyumu ($R^2 = .051$, $p: 0.10$) ve Yapısal Stili ($R^2 = .045$, $p: 0.15$) yordadığı belirlenmiştir. Aile Uyumu ile negatif ilişkiyi açıklamada anksiyete belirtileri ($\beta = -.170$, $p = 0.048$), Yapısal Stil ile negatif ilişkiyi açıklamada dürtüsellik belirtileri ($\beta = -.311$, $p = 0.001$) başı çekmektedir.

SONUÇ: Çalışmamız sporcularda DEHB, depresyon, anksiyete, dürtüsellik belirtilerinin birbirleriyle olumlu, yakın ilişkisini ve bu belirtilerin birlikte oluşturduğu modelin, sporcularda psikolojik dayanıklılık alt boyutlarından aile uyumu ve yapısal stil üzerindeki açıklayıcılığını ve bu belirtilerin negatif etkilerini göstermektedir. Sporcularda bu belirtileri azaltacak müdahalelerin, psikolojik dayanıklılığı destekleyerek sportif performansa olumlu etki edeceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: DEHB, Spor, Psikolojik Dayanıklılık

İletişim Adresi: mehmetcankacar89@gmail.com

IV. ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE SYMPTOMS OF ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AND RESILIENCE IN ATHLETES

Dr. Mehmetcan KAÇAR

OBJECTIVE: The aim of this study is to investigate whether the symptoms of attention deficit hyperactivity disorder, depression, anxiety and impulsivity predict athletes' resilience.

MATERIAL and METHODS: 184 licensed athletes from sports federations were included in our study. Sociodemographic and clinical data form, Adult ADHD self-report scale, Beck Anxiety Scale, Beck Depression Scale, Barratt Impulsivity Scale, Resilience Scale for Adults were administered to athletes. Correlation analysis was performed to evaluate the relationship between ADHD, anxiety, depression, impulsivity and resilience levels. Simple linear regression analysis was used to determine whether ADHD, anxiety, depression and impulsivity symptoms predicted the resilience of the athletes.

RESULTS: The symptoms of ADHD, anxiety, depression and impulsivity were positively correlated with each other at significant level ($p < .01$). The model including symptoms together, has been shown to significantly predict Family Cohesion ($R^2 = .051$, $p: 0.10$) and Structured Style ($R^2 = .045$, $p: 0.15$) subscales of resilience, in athletes. Anxiety symptoms ($\beta = -.170$, $p = 0.048$) lead the way in predicting Family Cohesion with significant negative coefficient and Impulsivity symptoms ($\beta = -.311$, $p = 0.001$) lead the way in predicting Structured Style with significant negative coefficient.

CONCLUSION: Our study shows the positive, close relationship between ADHD, depression, anxiety, impulsivity symptoms in athletes; and the prediction of family cohesion and structured style of resilience negatively, by the model formed by these symptoms. Interventions that could reduce these symptom levels in athletes are thought to have a positive effect on sportive performance by promoting resilience.

Keywords: ADHD, Sport Psychiatry, Resilience, Athletes

Contact Address: mehmetcankacar89@gmail.com

V. KISALTMALAR

AHD	: Aşırı Hareketlilik Dürtüsellik
ASRS	: Erişkin DEHB Kendi Bildirim Ölçeği (Adult ADHD Self-Report Scale)
BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
BIS	: Barratt Dürtüsellik Ölçeği (Barratt Impulsiveness Scale)
DE	: Dikkat Eksikliği
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DSM I, II, III, IIIR, IV, IV-TR, 5:	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, I. Baskı, II. Baskı, III. Baskı, Gözden Geçirilmiş III. Baskı, IV. Baskı, Yeniden Gözden Geçirilmiş IV. Baskı, 5. Baskı
DAT-1	: Dopamin Taşıyıcı Geni
DRD4, DRD5:	Dopamin D4, D5 Reseptör Geni
HTR1B	: Serotonin 1B Reseptör Geni
RSA	: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (Resilience Scale for Adults)
SNAP-25	: Sinaptozom İlişkili Protein

VI. TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1: Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri.....	21
Tablo 2: Katılımcıların Tanımlayıcı Verileri.....	22
Tablo 3: Ölçeklerden Alınan Puanlara Göre Klinik Frekanslar	23
Tablo 4: Ölçeklerden Alınan Puanların Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması	24
Tablo 5: Ölçeklerden Alınan Puanların Anksiyete Düzeyine Göre Karşılaştırılması....	26
Tablo 6: Ölçeklerden Alınan Puanların Depresyon Düzeyine Göre Karşılaştırılması ..	29
Tablo 7: Ölçeklerden Alınan Puanların Spor Dalına Göre Karşılaştırılması	32
Tablo 8: Ölçeklerden Alınan Puanların Antrenman Sıklığına Göre Karşılaştırılması...	34
Tablo 9: Ölçek Puanlarının Birbirleri ile İlişkisi	36
Tablo 10: DEHB, Anksiyete, Depresyon ve Dürtüselliğin Psikolojik Dayanıklılık Puanlarını Yordayıcılığını Gösteren Basit Doğrusal Regresyon Analizi	38

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Spor dünyası, psikiyatri, psikoloji, sosyoloji ve nörobiyoloji gibi alanlarda eğitim almış kişilere zengin bir çalışma imkanı sunar. Rekabetçi başarı ve başarısızlığın olası nedenleri, sağlıklı antrenmanlarla patolojik takıntıların sınırı, spor güdüsünün evrenselliği bu bilimlerin ilgisini çeken konulardan birkaçıdır (1).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), başlanan işleri sürdürememe, odaklanmayı sürdürmekte güçlük, dağınık olma gibi dikkatsizlik belirtilerini, uygun olmayan durumlarda aşırı hareketlenme, kıpır kıpır olma, aşırı konuşma gibi aşırı hareketlilik belirtilerini ve başkalarının sözünü kesme, sonuçlarını düşünmeden hareket etme gibi dürtüsellik belirtilerini içeren klinik bir tanıdır. Dikkatsizlik ve aşırı hareketlilik/dürtüsellik bölümlerindeki dokuzar belirtiden en az altısının gelişimsel düzeyle uyumsuz derecede en az altı ay sürmesi, toplumsal, eğitim/mesleki etkinlikleri olumsuz etkilemesi gereklidir. DSM-5 ile 17 yaş ve üzerinde tanı için gerekli belirti sayısı altıdan beşe düşürülmüş, belirtilerin başlangıç yaşı 7 den 12 ye çekilmiş, alt tiplendirme yerine baskın görünüm ifadesi getirilmiş ve belirtiler için şiddet belirteci kullanılmıştır (2). DEHB olan bireylerde akademik başarısızlık, aile çatışmaları, bozulmuş akran ilişkileri, riskli cinsel davranışlar, riskli araç kullanma, psikoaktif madde kullanımı, suça karışma, işsizlik DEHB olmayan bireylere oranla yüksek oranda bulunmuştur (3). Bu olumsuz sonuçların ortaya çıkma ihtimalini arttıran risk etkenleriyle ilgili yapılan çalışmalarda, depresyon ve anksiyete bozukluğu eş tanısı, yürütücü işlevlerde gerilik, ebeveynin ruhsal hastalığının olması, davranış bozukluklarıyla ilişki saptanmıştır (4). Fiziksel aktivitenin olumlu pekiştirici, dikkati arttırıcı etkisi, DEHB ile ilişkili olduğu gösterilen yenilik arayışı nedeniyle DEHB olan bireylerin spora yönelmeleri, yönlendirilmeleri, bunun sonucunda sporcularda DEHB yaygınlığının toplumun kalanından fazla olması beklenir bir durumdur (5-7). Sporcularda DEHB yaygınlığının araştırıldığı 17 çalışmanın derlemesinde 15-19 yaş arasındaki sporcularda DEHB yaygınlığı % 4,2 ile % 8,1 arasında bulunmuştur (8).

Psikolojik dayanıklılık bir çok farklı şekilde tanımlanmıştır. Bireylerde olumsuz sonuçlara neden olabilecek çevresel tehlikeleri değiştiren, iyileştiren koruyucu etmenler (9), zorlu veya korkutucu koşullarda başarılı uyum sağlayabilme becerisi (10), önemli zorluklara olumlu uyum sağlayabilmeyi içeren dinamik bir süreç (11), uyum sağlama ve ilerlemeyi tehdit eden durumlara rağmen olumlu sonuçlara götüren özellikler (12), zorluklar karşısında kişiyi geliştiren kişisel özellikler (13), bir yakının ölümü veya yaşamı tehdit eden durumlar gibi yüksek olasılıkla yıkıcı olaylar karşısında görece istikrarlı kalabilme, sağlıklı psikolojik ve fiziksel işlevselliği sürdürebilme yetisi (14), karmaşık davranış eğilimleri dağarcığı (15), önemli değişiklikler, zorluklarla başarılı baş etme becerisi (16), önemli zorluklar karşısında bireyin istikrarı veya hızla toparlaması (17) bu tanımlardan en yaygın kullanılanlarıdır. Sporcularda psikolojik dayanıklılığın ilk tanımı, ruhsal süreçler ve davranışların, kişisel kaynakları destekleyici ve kişiyi stres etkenlerinin olumsuz etkilerinden koruyucu rolü, şeklinde yapılmıştır (18). Sporcular yaşadıkları baskılar karşısında dayanıklı kalabilmek için bir dizi zihinsel nitelik kullanması gerekir (19). Bireysel ve takım sporu yapan üniversiteli sporcularda ruhsal iyilik haliyle sportif başarı arasında olumlu ilişki saptanmıştır (20). Müsabaka sırasındaki zorlayıcı durumlar odaklanmayı, dikkati sürdürmeyi azaltabilir, kaygı belirtilerini arttırabilir (21). Bu zorlayıcı durumlara uygun yanıtlar vermekte başarısızlık sportif başarıyı olumsuz etkileyebilir ve bu durum sporu bırakmaya kadar gidebilir (22).

Hipotezlerimizde çalışmaya katılan sporcuların psikolojik dayanıklılıklarının; DEHB, depresyon, anksiyete ve dürtüsellik düzeyleriyle ayrı ayrı negatif ilişkili olduğu ve bu belirtilerin bir arada oluşturduğu modelin, sporcuların psikolojik dayanıklılıklarını anlamlı düzeyde açıkladığı varsayılmıştır. Hipotezlerimiz doğrultusunda, sporcuların DEHB, depresyon, anksiyete, dürtüsellik belirtilerinin psikolojik dayanıklılıklarını ne ölçüde açıkladığını incelemek, bu sayede sporcu ruh sağlığına ve sportif performansa katkıda bulunabilecek olası müdahalelerin şekillenmesine olanak tanıyabilmek amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. SPOR PSİKİYATRİSİ

Spor dünyası, psikiyatri, psikoloj, sosyoloji ve nörobiyoloji gibi alanlarda eğitim almış kişilere zengin bir çalışma imkanı sunar. Rekabetçi başarı ve başarısızlığın olası nedenleri, sağlıklı antrenmanlarla patolojik takıntıların sınırı, spor güdüsünün evrenselliği bu bilimlerin ilgisini çeken konulardan birkaçıdır (1).

Spor psikiyatrisiyle ilgili 1990 lara kadar oldukça az çalışma vardır. Başarılı bir tenis oyuncusu olan, tıp fakültesinde okurken geçirdiği serebrovasküler hastalık sonrası tekerlekli sandalyede hayatını sürdüren ve psikiyatri uzmanlığını tamamlayan Arnold Beisser'in 1967 yılında yayımlanan "Spordaki Çılgınlık" adlı emekli olan ya da olmak üzere sporcuların spordan yoksun kaldıklarında yaşadıkları psikiyatrik belirtilerle ilgili çalışmasının spor psikiyatrisi tarihinde çok önemli bir yeri olsa da, psikiyatrinin bir alt uzmanlık dalı olarak kabul görmesi Dan Begel aracılığıyla 1990 yılında mümkün olmuştur (1).

Bu gecikmenin olası sebeplerinden biri; psikiyatristlerin de genel eğilime yenik düşerek, filozof Paul Weiss'in sporcular için "insan kisvesi altında mükemmel yaratıklar" görüşüne farkında olmadan katılarak, sporu, sporcuyu idealize etmeleri ve patolojik örnekleri göz ardı etmiş olmaları olabilir. Bir diğeri spor camiasının psikiyatriyi yararlı görmekteki inatçı isteksizliğidir; sporcuların ruhsal şikayetlerini paylaşmayı zayıflık olarak görmeleri, etiketlenme endişeleri ve yönetici pozisyonundakilerin de bunu destekler tutumları nedeniyle, uzun yıllar spor camiası psikiyatriye yalnızca madde bağımlılığı ile ilgili sorunların çözümünde başvurmuştur. Profesyonel bir amerikan futbolu takımında sporcuların amfetamin için psikiyatriste bağımlı olduklarından bahseden, sporcu danışanlarının şikayetlerini ve tedavilerini en ince ayrıntılarıyla anlatan çalışmaların, spor camiasının mesafeli duruşunu pekiştirdiği söylenebilir (1).

Yıllar içinde sporda kazanmak için artan baskılar, saha içi ve dışındaki uygunsuz ve aşırı agresif davranışlarla başa çıkabilmek, şikeler, özellikle beyzbol ve bisiklet dalındaki anabolik steroid skandalları ve sporun her dalında görülen madde kötüye kullanımı sporda psikiyatriye ihtiyacı gün yüzüne çıkartırken, bir boksörün başka bir boksörün kulağını ısırması, bir amerikan futbolcusunun intihar girişimi, anabolik steroid kullanan bir güreşçinin ailesini öldürdükten sonra intihar etmesi gibi trajik bireysel örnekler de bu ihtiyacın karşılanmasını hızlandırmıştır (23).

Farklı alanlardan uzmanların özellikle üç gözlemi psikiyatrinin spor üzerindeki değerinin anlaşılmasında önemlidir. Bunlardan ilki sporcunun ruhsal durumunun performansı üzerinde belirgin bir etkisinin olduğudur. İkincisi sportif katılımın kişinin ruhsal durumunu, düşüncelerini, kişiliğini, sağlığını belirgin şekilde etkilediğidir. Üçüncüsü sporcuların psikiyatrik değerlendirmelerinin sportif bağlam çerçevesinde yapıldığında etkili olacağıyla ilgilidir; başka bir meslekte işlevselliği belirgin etkilemeyecek bir durum, rekabet içindeki bir sporcu için krize neden olabilir (1).

Bu gözlemler çerçevesinde Dan Begel spor psikiyatristini, sporcunun, ailesi ve yakın çevresiyle, takımıyla, yaptığı spor dalıyla, taraftarlarla ilişkisini de göz önünde bulundurarak, yaşadığı sorunları, ruhsal belirti ve bozuklukları teşhis ve tedavi eden bir uzman olarak tanımlar. Spor psikiyatristinin temel amacı sporcunun fiziksel sağlığını, başa çıkma mekanizmalarını ve olumlu psikolojik güçlerini en uygun hale getirerek atletik performansını arttırmak, ruhsal belirti ve bozukluklarını yönetmektir (1).

Julie Krone (jokey), Derrick Adkins (atlet), Gerry Cooney(boksör), Pete Harnis (beyzbolcu), Wendy Williams (dalgıç), Terry Bradshaw (amerikan futbolcusu) gibi yüksek seviye sporcuların ruhsal bozukluklarını açıkça paylaşımlarının, Krone ve Bradshaw'un spor yapmayı sürdürürken antidepresan kullandıklarını belirtmelerinin, spor camiasında etiketlenme korkusunu azalttığı düşünülmektedir. Medya, fiziksel ve ruhsal iyilik halinin sembolü gibi görülen sporcuların, ihtiyaç halinde psikiyatrik tedavi aldığını göstererek toplumsal farkındalığın artmasına yardımcı olmuştur (23).

Son on yıllarda spor psikiyatristinin yeri hem üniversite hem de profesyonel spor takımlarında gittikçe daha merkezi bir konuma gelmektedir. Sporcularda bir çok ruhsal bozukluk toplumun kalanıyla benzer sıklıkta görülürken yeme bozuklukları, madde kullanım bozuklukları ve anksiyete bozuklukları açısından daha fazla risk altında oldukları düşünülmektedir. Spor psikiyatristleri duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları, uyum bozuklukları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, kafa travmasının sık görüldüğü sporlarda travmaya bağlı sakatlıkların etkilerinin anlaşılması ve tedavisi, kariyer sonlandırma planlamalarında tedavi ekibinin merkezinde rol oynamaktadır (1,23).

2.2. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtileri ile kendini gösteren, erken çocukluk döneminde başlayıp, önemli oranda ergenlik ve erişkinlik dönemlerinde de devam edebilen nöro gelişimsel bir bozukluktur. DEHB, davranışsal, sosyal, akademik alanlarda sorunlara yol açabilmektedir.

2.2.1. Tarihçe

DEHB 1902’de George Still’in 20 çocuklu olgu serisinin Lancet dergisinde yayınlanmasıyla literatürde yer almaya başlamış (24), 1920 influenza pandemisi sonrası hayatta kalan çocuklarda ensefalit sonrası davranış bozuklukları olarak değerlendirilmiş (25), bu çocuklardaki baş ağrısı için kullanılan amfetamin sonrası davranış bozukluklarında düzelme olunca “minimal beyin disfonksiyonu” olarak adlandırılmıştır (26). DEHB 1968’de DSM II (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı) ile “Çocukluğun Hiperaktif Reaksiyonu” adıyla sınıflandırma sistemlerinde yer almaya başlamıştır. (DSM II). DSM-III’de (1980) “Dikkat Eksikliği Bozukluğu” adıyla tanımlanırken, DSM-III-R’de hala kullanılmakta olan adını almıştır (27). DSM-IV’de “Yıkıcı Davranım Bozuklukları” (28), DSM IV-TR’de “Çocukluk Döneminde

Tanısı Konulan Bozukluklar” arasında yer alırken (29), 2013 yılında yayınlanan DSM-5 ile “Nörogelişimsel Bozukluklar” başlığında ele alınmıştır (2).

2.2.2. Tanı ve Klinik Özellikler

DEHB, başlanan işleri sürdürememe, odaklanmayı sürdürmekte güçlük, dağınık olma gibi dikkatsizlik belirtilerini, uygun olmayan durumlarda aşırı hareketlenme, kıpır kıpır olma, aşırı konuşma gibi aşırı hareketlilik belirtilerini ve başkalarının sözünü kesme, sonuçlarını düşünmeden hareket etme gibi dürtüsellik belirtilerini içeren klinik bir tanıdır. Dikkatsizlik ve aşırı hareketlilik/dürtüsellik bölümlerindeki dokuzar belirtiden en az altısının gelişimsel düzeyle uyumsuz derecede en az altı ay sürmesi, toplumsal, eğitim/mesleki etkinlikleri olumsuz etkilemesi gereklidir. DSM-5 ile 17 yaş ve üzerinde tanı için gerekli belirti sayısı altıdan beşe düşürülmüş, belirtilerin başlangıç yaşı 7 den 12 ye çekilmiş, alt tiplendirme yerine baskın görünüm ifadesi getirilmiş ve belirtiler için şiddet belirteci kullanılmıştır (2).

Hiçbir biyolojik belirteç tanı koydurucu değildir, EEG’de yavaş dalga etkinliğinde artma, MR’da azalmış toplam beyin hacmi, posteriordan anteriora kortikal olgunlaşmada gecikme gösterebilirler ama bu bulgular tanı koydurucu değildir. Okul öncesi dönemde ana belirti aşırı hareketliliktir. Dikkat eksikliği ilk okul döneminde belirgin hale gelir. Ergenlikte huzursuzluk, yerinde duramama, sabırsızlık yaygınken erişkinlikte aşırı hareketlilik azalsa da dikkat eksikliği, yerinde duramama ve dürtüsellik sorun olmaya devam eder (2).

Tanı için gerekli belirtilerin yanında DEHB olan bireyler genelde zaman yönetimi konusunda sorun yaşarlar; çocuklukta ne zaman oyunu bırakıp eve dönmeleri gerektiğini belirlemek, erişkinlikte işlerini planlarken hangi göreve ne kadar zaman ayıracaklarını belirlemekte zorlanırlar. Nöropsikolojik testlerde DEHB olan bireylerin yaklaşık yarısında yürütücü işlevlerde bozulma saptanmıştır. Akademik işlevselliğin, yürütücü işlevlere kıyasla, dürtüsel bir ihtiyaçla sınavlarda hızlı hareket etmelerine neden olan davranış ketleme güçlüğünden daha çok etkilendiği gösterilmiştir. Duygu düzenlemede yaşadıkları zorluklar öfke patlamaları,

duygudurum değişiklikleri, tepkisellik ile kendini gösterebilir. Duygudurum değişikleri çoğu kez tanımlayabildikleri bir çevresel etkenden bağımsızdır (7,30).

DEHB’de çalışma belleği ve dil gelişiminde gerilik nedeniyle uzun cümlelerin akılda tutulması ve anlaşılmasında zorluk sıktır; bununla birlikte sözel olmayan sosyal ipuçlarını doğru yorumlamakta da sorun yaşayabilirler. Bireyler zamanla anlamış gibi yapmayı öğrenirler; söyleneni ya da imaları anlamakta zorlanıp yerine getirmemeleri meydan okuma olarak yorumlanabilir ve tekrarlayan kınamalara maruz kalabilirler. Akranlarıyla işbirliğinde ve oyun kurallarına uymakta yaşadıkları zorluklar, akranları tarafından müdahaleci, otoriter, başkalarının ihtiyaçlarına duyarsız olarak yorumlanmalarına neden olabilir (7,30).

DEHB tanılı çocuklar ve gençlerin yaklaşık üçte ikisinin, erişkinlikte de belirtilerinin devam ettiği bildirilmektedir (31). Erişkinlerde tanısız değerlendirilmede öz bildirim ön plana çıksa da ebeveynlerden de bilgi alındığında belirtili sürekliliğinin %60, belirtilere bağlı işlev kaybının %41.1 oranında olduğu tespit edilmiştir (32). Erişkinlikte DEHB tanısının, eş veya ebeveyn gibi üçüncü kişileri de içeren ayrıntılı bir psikiyatrik görüşme ile, ayırıcı tanı gözetilerek koyulması gerekmektedir (33).

2.2.3. Epidemiyoloji

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, çocukluk çağında en sık görülen nörogelişimsel bozukluklarından biridir. Dünya genelinden birçok çalışmayla yapılan bir meta analizde çocuk ve ergenler için DEHB yaygınlığı %5.3 olarak bildirilmiştir (34). 36 yıllık süreçte yayınlanmış çok sayıda çalışmanın incelendiği bir meta analizde yaygınlık %7.2 olarak saptanmış, tanı koymada 4 farklı DSM baskısı kullanılmış olsa da, yaygınlıkta istatistiksel anlamlı fark görülmemiştir (35).

Ülkemizde ilkokul öğrencileriyle yapılan bir çalışmada yaygınlık %12.7 saptanmıştır. Ülkemizde yaş aralığı daha geniş tutularak yapılan iki çalışmada yaygınlık %8 ve %8.1’dir (36,37). 86 çalışmanın incelendiği bir derlemede DEHB yaygınlığı okul öncesi çocuklar için %10.4, ilkokul döneminde %11.4, ergenlerde %8 ve erişkinler için %5 olarak bulunmuştur (38).

Farklı ülkelerde yürütülen bir çalışmada erişkinler için DEHB yaygınlığı %3.4 olarak bildirilmiştir (39). Bir metanalizde ise erişkinler için DEHB yaygınlığı %2.5 olarak saptanmıştır (40).

Erkek/kadın yaygınlık oranı, çocuk ve ergenlerde 2:1 iken ilerleyen yaşlarda 1.6:1'e gerilemektedir. Ayrıca kızların ağırlıklı olarak dikkat eksikliği belirtileri gösterdiği belirtilmektedir (2).

2.2.4. Etiyoloji

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, çok sayıda genetik ve çevresel faktörün birlikte etki etmesiyle ortaya çıkan bir bozukluktur. Diğer nörogelişimsel bozukluklar gibi DEHB de ailesel özellik gösterir. DEHB tanılı bireylerin birinci derece akrabalarında 2-8 kat artmış risk bildirilmiştir (41). İkiz çalışmalarından elde edilen bulgularda genetik faktörler fenotipik varyansın %60-70'inden sorumlu tutulmaktadır (42).

Bugüne kadar yapılan araştırmalarda DEHB duyarlılığı olabilecek en azından 18 gen tespit edilmiştir. Bunların arasında dopamin D4 (DRD4) ve D5 (DRD5) reseptör geni, dopamin taşıyıcı geni (DAT1), serotonin 1B reseptörü (HTR1B) ve sinaptozomal ilişkili protein 25 (SNAP 25) yer almaktadır. Bunlar arasında en çok DRD4 ve DAT1 genleri üzerinde durulmaktadır ve en güçlü etkileşim DRD4'ün yedi tekrar allelinde gösterilmiştir (43).

Perinatal ve neonatal hipoksi, intrauterin rubella, diğer enfeksiyon ve parazitler, postnatal ensefalit, menenjit, eklampsi, beslenme bozuklukları, anne yaşı, prematurite, postmaturite, düşük doğum ağırlığı, doğumun süresi ve doğum öncesi kanama gibi çevresel faktörler DEHB etiyojisi ile ilişkilendirilmektedir. (44,45).

2.2.5. Nörobiyoloji

DEHB'nin 3 temel belirtisi olan dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik prefrontal korteks patolojileriyle ilişkilendirilmektedir. Seçici dikkat bozukluklarıyla ilgili belirtiler anterior singulat kortekste bilgi işlem süreçlerinde yetersizliğe; dikkatin korunamaması ve problem çözmede yetersizlik gibi yönetici işlevlerde bozukluklar dorsolateral prefrontal kortekste bilgi işlem süreçlerinin yetersizliğine

bağlanmaktadır. Aşırı hareketlilik belirtileri prefrontal motor korteks ile; dürtüsellik belirtileri orbital frontal korteks ile ilişkilendirilmektedir (46).

Bu bölgelerdeki etkisiz bilgi işlem süreçlerinin, uyarılmışlığı düzenleyen nöral devrelerdeki yetersizlikten kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu nedenle DEHB tedavisinde kullanılan dopamin ve noradrenalin gibi nörotransmitterlerin sinaptik etkinliklerini arttırarak uyarılmışlığı düzenleyen ajanlar, prefrontal devrelerde bilgi işlem süreçlerini iyileştirerek DEHB'nin dikkatsizlik, aşırı hareketlilik, dürtüsellik belirtilerini azaltabilirler (46).

2.3. PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK

Psikolojik dayanıklılık kavramı latince *resiliere* kelimesinden gelmekte, zorlu koşullara karşı koymayı, hızlıca etkisinden kurtulmayı tariflemektedir (47).

Psikolojik dayanıklılık bir çok farklı şekilde tanımlanmıştır. Bireylerde olumsuz sonuçlara neden olabilecek çevresel tehlikeleri değiştiren, iyileştiren koruyucu etmenler (9), zorlu veya korkutucu koşullarda başarılı uyum sağlayabilme becerisi (10), önemli zorluklara olumlu uyum sağlayabilmeyi içeren dinamik bir süreç (11), uyum sağlama ve ilerlemeyi tehdit eden durumlara rağmen olumlu sonuçlara götüren özellikler (12), zorluklar karşısında kişiyi geliştiren kişisel özellikler (13), bir yakının ölümü veya yaşamı tehdit eden durumlar gibi yüksek olasılıkla yıkıcı olaylar karşısında görece istikrarlı kalabilme, sağlıklı psikolojik ve fiziksel işlevselliği sürdürebilme yetisi (14), karmaşık davranış eğilimleri dağarcığı (15), önemli değişiklikler, zorluklarla başarılı baş etme becerisi (16), önemli zorluklar karşısında bireyin istikrarı veya hızla toparlaması (17) bu tanımlardan en yaygın kullanılanlarıdır.

Bir çok tanımlama olsa da psikolojik dayanıklılıktan bahsedebilmek için iki çekirdek kavram gereklidir; bireyin yaşadığı zorluklar ve buna olumlu uyum sağlaması. Günlük hayatın zorluklarıyla önemli yaşam olaylarına olumlu uyum sağlamada beklentiler aynı olamayacağı için yaşanan zorluğun derecesine göre değerlendirmenin uygun olacağından bahsedilmiştir (47).

Psikolojik dayanıklılıkla ilgili erken çalışmalar, yaşadıkları zorluklara rağmen benzer zorlukları yaşayan kişilerde ortaya çıkan olumsuz sonuçların gözlenmediği kişiler için, olası koruyucu etmenlerin anlaşılmasına çalışılmasıyla başlamıştır.

Hawaii'deki Kauai Adası'nda 1955 yılındaki 698 gebeliğin prenatal dönemlerinden itibaren yaklaşık 40 yıl takip edildiği, biyopsikososyal risk etkenlerinin bu kişilerin gelişimleri üzerindeki etkilerini, erken ve orta çocukluk, geç ergenlik ve erken erişkinlik dönemlerinde multidisipliner olarak değerlendiren bir çalışma yapılmıştır. Orta-ağır derecede perinatal stres maruziyeti, yoksul bir ortama doğmak, geçimsiz ebeveynlere sahip olmak, ebeveynlerin boşanması veya ebeveynler tarafından terk edilmek, eğitimsiz anneye, alkol kullanım bozukluğu ya da ruhsal bozukluğu olan babaya sahip olmak risk etkenleri olarak değerlendirilmiş, 4 ve üzeri risk etkenine sahip olanlar riskli çocuklar olarak nitelendirilmiştir. Riskli çocukların 2/3'ünün 10 yaş değerlendirmelerinde ciddi öğrenme ve davranım sorunları, 18 yaş değerlendirmelerinde suç kayıtları, ruh sağlığı sorunları, ergen gebelikleri gözlenirken kalan 1/3'ünün kendine güvenli, yeterli, ilgili gençler oldukları saptanmıştır. 32 yıllık izlem sonucunda dayanıklı bireylerdeki koruyucu etkenler 3 sınıfta toplanmıştır; birincisi aktivite düzeyi ve sosyalleşme, en azından ortalama zeka düzeyi, iletişim becerilerinde yeterlilik, içsel kontrol odağı gibi bireysel özellikler, ikincisi zorlu dönemlerde destek sağlayan ebeveyn, kardeş, eş, yakın arkadaşların varlığı gibi duygusal bağlar, üçüncüsü okul ve iş yeri gibi bireyin yetkinliğini ve kararlılığını ödüllendiren dış destek sistemlerinin varlığıdır (48).

Bu öncü çalışmanın devamındaki çalışmalarla birlikte bireylerin yaşadıkları zorluklar karşısında duyarlı ya da dayanıklı olmalarında belirleyici özellikler 3 sınıfta toplanmıştır. Bunlar mizaç, özerklik, otokontrol, sosyal beceriler, benlik saygısı, başa çıkma becerileri gibi bireysel özellikler (49,50), aile uyumu, yapısı, duygusal destek, olumlu bağlanma tarzları ve bakımverenle yakın bir bağ gibi ailesel özellikler (51,52), olumlu akran ilişkileri, sosyal kabul, olumlu okul deneyimleri gibi toplumsal özelliklerdir (49,53).

2.4. SPOR VE DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

Fiziksel aktivitenin olumlu pekiştirici, dikkati arttırıcı etkisi, DEHB ile ilişkili olduğu gösterilen yenilik arayışı nedeniyle DEHB olan bireylerin spora yönelmeleri, yönlendirilmeleri, bunun sonucunda sporcularda DEHB yaygınlığının toplumun kalanından fazla olması beklenir bir durumdur (5-7).

Sporcularda DEHB yaygınlığının araştırıldığı 17 çalışmanın derlemesinde 15-19 yaş arasındaki sporcularda DEHB yaygınlığı % 4,2 ile % 8,1 arasında bulunmuştur (8). Amerikan futbolu liginde DEHB yaygınlığı %7 olarak bulunmuştur (7). Üniversite sporcularında yapılan bir araştırmada 701 sporcunun 50'sinin (% 7,1) DEHB tanısıyla uyarıcı ilaç kullandığı belirlenmiştir (54). Amerika'da sporcular Dünya Anti-Doping Ajansı'na göre yasaklı olan bir ilacı sağlık koşulları nedeniyle kullanma talebinde bulunabilirler; uygun görülenler 'Terapötik Kullanım Muafiyeti' olarak adlandırılan özel izinle bu ilaçları kullanabilirler. Amerika'da profesyonel beyzbol liginde 2018 yılında 101 sporcuya (Ligdeki tüm sporcuların %8.4'ü) DEHB tanısıyla uyarıcı ilaç tedavisi açısından Terapötik Kullanım Muafiyeti verilmiştir. Bu izin için gerekli standartların yüksekliği, DEHB tanısı konan her sporcunun uyarıcı ilaç kullanmadığı göz önüne alındığında yaygınlığın daha fazla olduğu düşünülebilir (5).

Dikkati sürdürmekte güçlük, duygudurum değişikliği, düşük benlik saygısı DEHB'de sportif başarıyı olumsuz etkileyebilir (5). Dikkati sürdürmekte güçlük sporda karmaşık dizileri takip etmekte zorluğa yol açabilir; planlamanın çok önemli olduğu bireysel sporlar ve yarış sporlarında olumsuzluk yaratabilir. Amerikan futbolu oyuncularında dikkat eksikliğiyle öğrenme güçlükleri, sözel ve görsel hafıza sorunları ilişkileri gösterilmiştir. Dürtüsellik sonuçları öngörememeye ilişkilidir ve sporda benzer durumlarda tekrarlayan hatalara neden olabilir. Kendi pozisyonlarının dışında oynatılma, oyundan erken çıkarılma gibi değişikliklere uyum sağlamakta zorlanmalar görülebilir (7).

DEHB'nin sporda getirdiği eksilerin yanında bazı artılarından da bahsedilebilir. Hızlı hareket etmenin ve anlık karar vermenin önemli olduğu basketbol gibi sporlarda dürtüsellik doğal bir avantaj sağlayabilir (54). DEHB'li bireyler keyif aldıkları uğraşlarda sıklıkla artmış odaklanma tariflemektedirler (55).

Profesyonel beyzbolcuların 5 yıllık izleminde, aşırı hareketlilik ve dürtüselliikle ilişkili bulunan “yenilik arayışı” (56), ana kadrodaki oyuncularda yedek oyunculara göre yüksek bulunmuş ve sportif başarıyla ilişkilendirilmiştir (57). DEHB tanılı üç veya daha fazla spor yapan çocuklarda depresyon ve anksiyete belirtileri daha az bulunmuştur (58). 6 haftalık izlemde fiziksel aktivite ve uyarıcı ilaç birlikteliği, prefrontal korteks etkinliğinde artış, dikkatin artması, tekrarlayıcı hataların azalmasında, eğitim ve uyarıcı ilaç birlikteliğine kıyasla anlamlı olarak üstün bulunmuştur (59). Benzer şekilde 4 haftalık binicilik eğitimi sonrası dikkatte artma, motor becerilerde gelişme, frontal lobdan serebelluma kadar beyin bağlantılarında gelişme gösterilmiştir (60).

2.5. DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK

DEHB olan bireylerde akademik başarısızlık, aile çatışmaları, bozulmuş akran ilişkileri, riskli cinsel davranışlar, riskli araç kullanma, psikoaktif madde kullanımı, suça karışma, işsizlik DEHB olmayan bireylere oranla yüksek bulunmuştur (3).

Bu olumsuz sonuçların ortaya çıkma ihtimalini arttıran risk etkenleriyle ilgili yapılan çalışmalarda, depresyon ve anksiyete bozukluğu eş tanısı, yürütücü işlevlerde gerilik, ebeveynin ruhsal hastalığının olması, davranış bozukluklarıyla ilişki saptanmıştır (4).

Bunun yanında DEHB olan bireylerin yaklaşık %20’sinin akademik, sosyal ve duygusal alanlarda işlevselliğinin iyi olduğu saptanmış (61), çalışmalarda olumsuz gidişatı yordayan risk etkenleri kadar, bu dayanıklı grup için olası koruyucu etkenler de araştırılmaya başlanmıştır (4).

Bu amaçla yapılan çalışmalarda yüksek riskli durumlarda riskin etkisini azaltıp uyumlu çıkarımlarla ilerlemeyi sağlayan özellikler koruyucu etkenler olarak nitelenirken, düşük ve yüksek risk fark etmeksizin tüm durumlarda, herkeste benzer olumlu sonuçlar yaratan özellikler destekleyici etkenler olarak nitelendirilmiştir (62).

Bireysel etkenler araştırıldığında, boylamsal bir çalışmada, amaç odaklı bireysel oyunların erken çocuklukta koruyucu olduğu gösterilmiş fakat; ergenlikte artan davranış problemleriyle bağlantılı olduğu saptanmıştır. Bu durum yaşla birlikte akran ilişkisi ihtiyacının artmasıyla ilişkilendirilmiştir (63). DEHB’de kesin koruyucu olduğu gösterilen bireysel etkenler olmasa da destekleyici bireysel etkenler gösterilmiştir. Boylamsal bir çalışmada algılanan sosyal, akademik ve davranışsal yeterliliğin depresif belirtilerle ilişkisine bakıldığında, algılanan sosyal yeterliliğin depresif belirtilere karşı destekleyici olduğu saptanmıştır (64). Bir başka boylamsal çalışmada algılanan akademik yeterliliğin depresif belirtilere ve psikoaktif madde kullanımına karşı destekleyici olduğu gösterilmiştir (63). Bir çalışmada sosyal yeterlilik, bireysel yeterlilik ve yapısal stilin yaşam kalitesi üzerine hem doğrudan, hem de duygu ve davranış sorunlarını düzenleyerek dolaylı destekleyici etkisi gösterilmiştir (65).

Sosyal becerilerin DEHB’de destekleyici ya da koruyucu olduğunu gösteren kanıt bulunamamıştır (4).

Ailesel etkenler araştırıldığında, olumlu ebeveynliğin DEHB’de koruyucu olduğunu gösteren iki çalışmadan birinde, olumlu ebeveynliğin işlevselliğin tüm alanlarında olumlu etkisi saptanmış (66), diğer çalışmada özellikle 9-11 yaşlarındaki çocuklarda anne şefkatinin dikkatsizliğin şiddeti üzerinde koruyuculuğu gösterilmiştir (67). İlkokulda tanı konduktan sonra ergenliğe kadar 8 yıl izlenen çocuklarda, olumlu ebeveynliğin davranım bozukluğu eş tanısına karşı destekleyici etkisi gösterilmiştir (68). Aile uyumunun, DEHB belirtilerini, ilaç tedavisi ihtiyacını azaltarak doğrudan destekleyici etkisi, DEHB belirti şiddeti ve yaşam kalitesi ilişkisindeki aracı rolüyle de dolaylı destekleyici etkisi gösterilmiştir. Aile uyumunun aynı zamanda bireylerin kendi bildirdikleri duygu ve davranım sorunlarıyla yaşam kalitesi arasında da aracı rolü saptanmıştır (65).

Sosyal etkenler araştırıldığında, sosyal kabulün dikkatsizlik şiddetini ve düşük sınav notlarını azalttığı gösterilmiştir (4). DEHB tanılı ve akran reddi olan çocuklarda algılanan sosyal kabulün depresyona karşı koruyucu olduğu, akranları tarafından kabul görme ve algılanan yeterliliğin davranım sorunları ve saldırgan tutuma karşı koruyucu olduğu gösterilmiştir. Algılanan sosyal kabulün davranım

sorunları ve saldırgan tutuma karşı koruyuculuğu ise gösterilememiştir (69). Toplum temelli boylamsal bir çalışmada yıkıcı davranım bozuklukları açısından riskli çocuklarda, yakın arkadaşlığın DEHB belirti şiddetine karşı koruyuculuğu gösterilmiştir (70).

Boylamsal bir diğer çalışmada sosyal kabulün sınav notlarının artması ve öğretmenlerin akademik değerlendirmelerindeki olumsuzlukların azalmasında destekleyici olduğu gösterilmiştir (69).

Arkadaş varlığının akran zorbalığına maruziyeti azaltmada destekleyici olduğu (71), kendi bildirdikleri sosyal kaynakların yaşam kalitesi üzerine doğrudan ve dolaylı destekleyici etkileri saptanmıştır (65).

2.6. SPOR VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK

Sporcuların birçok stres etkeniyle, zorlukla, başarısızlıkla karşılaşması çok olasıdır. Örneğin; en üst seviye beyzbol vurucuları bile kendilerine atılan topoların yaklaşık yarısına vurabilmektedir. Profesyonel sportlardaki en iyi takımlar yaklaşık %40 oranında mağlup olmaktadır. Ayrıca performans düşüşünü az yaşayan nadir sportcular da sakatlıklar, gergin ilişkiler, organizasyonel talepler, ruh sağlığı sorunları gibi spor dışı zorluklarla karşılaşabilirler (72).

Bireysel ve takım sporu yapan üniversiteli sportcularda ruhsal iyilik haliyle sportif başarı arasında olumlu ilişki saptanmıştır (20). Müsabaka sırasındaki zorlayıcı durumlar odaklanmayı, dikkati sürdürmeyi azaltabilir, kaygı belirtilerini arttırabilir (21). Bu zorlayıcı durumlara uygun yanıtlar vermekte başarısızlık sportif başarıyı olumsuz etkileyebilir ve bu durum sporu bırakmaya kadar gidebilir (22).

Sportcularda psikolojik dayanıklılığın ilk tanımı, ruhsal süreçler ve davranışların, kişisel kaynakları destekleyici ve kişiyi stres etkenlerinin olumsuz etkilerinden koruyucu rolü, şeklinde yapılmıştır (18).

Psikolojik dayanıklılık sportif performans ilişkisini, başarısızlık sonrası sportcuların açıklama tarzı aracılığı ile inceleyen iki deneysel çalışma yapılmıştır. İlk çalışmada 33 yüzücüye, ilk denemelerinde yaptıkları süreden 1.5-5 saniye

(mesafelere göre) daha yavaş yüzdükleri bildirilmiş, yarım saat sonra yapılan ikinci denemede iyimser açıklama tarzına sahip olan yüzücülerin en az ilk süreleri kadar hızlı yüzdükleri görülmüştür (73).

İkinci çalışmada lise öğrencilerine basketbolda top sürme çalışması yaptırılmış; başarısız oldukları geri bildirim sonrası ikinci denemede, iyimser açıklama tarzı olanların uygulamalarında gelişme görülürken, kötümser açıklama tarzı olanların uygulamalarında ilkinden farklılık gözlenmemiştir. İyimser açıklama tarzının, başarı beklentisiyle olumlu, durum anksiyetesiyle olumsuz ilişkili olduğu gösterilmiştir (74).

Sporcularda psikolojik dayanıklılık ile ilgili niteliksel araştırmalar da yapılmıştır. Aktif spor hayatını sürdüren veya emekli olmuş, çevresindekiler tarafından psikolojik dayanıklılığı yüksek olarak nitelendirilen 10 üst düzey sporcu, spor hayatlarında yaşadıkları en büyük zorluklar ve psikolojik dayanıklılıkları ile ilişkili özellikler açısından değerlendirilmiş; psikolojik dayanıklılıkları başarı motivasyonu, sosyal destek, baş etme becerileri ve özgüven ile ilişkilendirilmiştir (75). Omurilik yaralanması yaşayan 12 tekerlekli sandalye ragbisi sporcusuyla yapılan görüşmelerde baş etme becerileri, sosyal destekleri, uyum sağlama motivasyonlarının sakatlıkları sonrası olumlu nitelikler geliştirmelerine yardımcı olduğu vurgulanmıştır. Spor bu süreçte bütünleyici bir işlev görmüştür; benzer zorlukları yaşayan kişilerin desteği sakatlık sonrası uyum sağlamada yardımcı olmuştur. Spor, bu sporcuların başarıyı deneyimlemesi, özgüvenlerinin artışı, duygu dışavurumları adına eşsiz olanaklar sağlamıştır (76).

On iki olimpiyat şampiyonuyla yapılan niteliksel bir çalışma ışığında sporcuların yaşadığı zorluklar, rekabetçi, organizasyonel ve bireysel etkenler olmak üzere üç sınıfta toplanmıştır. Hazırlık, sakatlıklar, baskılar, beklentiler gibi rekabetçi etkenler, antrenörün kişiliği, tutumu ve onunla kurulan ilişki, takım arkadaşlarıyla ilişkiler ve onların destekleri, takım ortamı, taraftarlarla, medyayla, yönetimle ilişkiler gibi organizasyonel etkenler, ailenin bakımını üstlenme, duygusal ilişkilerde çatışmalar, sık yer değiştirme nedeniyle aileden uzak kalma, aileden birinin veya takım arkadaşının kaybı gibi bireysel etkenler sporcuların yaşadıkları zorluklara örnek olarak verilebilir. Sporcuların yaşadıkları stres etkenlerini sorundan ziyade

meydan okuma olarak algılayıp, kendi düşüncelerini yeniden değerlendirerek (üstbiliş) artmış görev bağlılığı gibi olumlu çıkarımlar yapmalarına yardımcı olan etkenler beş sınıfta toplanmıştır; bunlar olumlu kişilik özellikleri (iyimserlik, rekabetçilik, uyumlu mükemmelliyetçilik, yenilikçilik), motivasyon, özgüven, odaklanma becerisi ve algılanan sosyal destektir.



3. YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1. ÖRNEKLEM

Bu tez çalışmasının örneklemini; içleme ve dışlama kriterleri gözetilerek belirlenen, Türkiye spor federasyonlarına bağlı, lisanslı sporculardan oluşan 184 olgudan oluşmaktadır.

3.1.1. İçleme Kriterleri

- 18 yaşından büyük olmak
- Aktif olarak spor takımlarında yer alıyor olmak
- En az ilköğretim mezunu olmak
- Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmek

3.1.2. Dışlama Kriterleri

- Genel tıbbi bir durum, mental retardasyon, demans veya beyin hasarına bağlı mental bozukluk tanısı almış olmak
- Madde intoksikasyonu ya da yoksunluğunda olmak
- Herhangi bir dönemde alkol/madde kullanım bozukluğu tanısını karşılamak
- DEHB dışında psikiyatrik bir tanıya sahip olmak

3.2. YÖNTEM

Çalışmamız, İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu tarafından 07/05/2019 tarihinde 314 protokol no ile değerlendirildi ve etik yönden uygun bulundu (Ek 1). Tüm katılımcılara çalışmanın amacı ve yöntemi ile ilgili ayrıntılı bilgi içeren onam formu verildi ve yazılı onayları alındı. Aydınlatılmış onam Ek 2’de gösterildi. Katılımcıların sosyodemografik ve klinik veri formu (Ek 3)

görüşmeci tarafından dolduruldu. Tüm katılımcılardan Erişkin DEHB Kendi Bildirim Ölçeğini (Ek 4), Beck Anksiyete Ölçeğini (Ek 5), Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğini (Ek 6), Barratt Dürtüsellik Ölçeğini (Ek 7), Beck Depresyon Ölçeğini (Ek 8) okuyarak doldurmaları istendi.

3.2.1. Veri Toplama Araçları

3.2.1.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

Örneklemin sosyodemografik özelliklerini saptayabilmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Yarı-yapılandırılmış bir formdur. Formda katılımcıların yaşı, cinsiyeti, medeni hali, eğitim düzeyi, psikiyatrik ve tıbbi ögeçmiş, alkol-madde kullanım öyküsü, hangi sporu ne zamandır yaptığı, antreman sıklığı hakkında sorular bulunmaktadır.

3.2.1.2. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği

Kessler ve arkadaşları tarafından (2005) geliştirilen ölçeğin Türkçe formunun oluşturulması, Kessler'den yazılı izin alındıktan sonra yapılmıştır. İleri-geri çevirme yöntemi ile ölçek Türkçe'ye uyarlanmış, sonuçta iki alt boyutta yer alan 5'li Likert tipi 18 maddeden oluşan ölçekte, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite için iki ayrı boyut bulunmakta, toplam puan ile de hesaplama yapılabilmektedir (77). Ölçeğin Türkçe formunun iç tutarlık katsayıları .78 ile .82 arasında değişmektedir (78).

3.2.1.3. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Aaron T. Beck tarafından oluşturulan bir testtir. 21 seçmeli sorudan oluşan bu test kişide anksiyete şiddetini ölçmekte kullanılan uluslararası geçerliliği olan bir araç olarak kabul edilir. Beck Anksiyete Ölçeğinde işaretlenen her şikkın bir puanı vardır. Sorulara verilen yanıtlar; hiç 0 puan, hafif 1 puan, orta 2 puan ve ciddi 3 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan puanın yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini gösterir. Ölçekten alınan 0-7 puan minimal düzeyde anksiyete belirtileri, 8- 15 puan hafif düzeydeki anksiyete belirtileri, 16-25 puan orta düzeyde anksiyete belirtileri, 26-63 puan şiddetli düzeyde anksiyete belirtileri olarak

değerlendirilmektedir (79). Türkiye’de geçerlik ve güvenirliği Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır (80).

3.2.1.4. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, Friborg ve arkadaşları (2003) tarafından geliştirilmiş olup ‘Kişisel Güç’, ‘Yapısal Stil’, ‘Sosyal Yeterlilik’, ‘Aile Uyum’ ve ‘Sosyal Kaynaklar’ boyutlarını içermektedir. Daha sonra yapılan bir çalışma (Friborg ve ark. 2005) ölçeğin altı boyutlu yapısıyla psikolojik dayanıklılık modelini daha iyi açıkladığını göstermektedir. Friborg ve arkadaşlarının (2005) yaptıkları çalışmada ‘Kişisel Güç’ boyutu ‘Kendilik Algısı’ ve ‘Gelecek Algısı’ biçiminde ikiye ayrılmış ve toplam altı boyutlu bir yapı ortaya çıkmıştır. Ölçekte, ‘Yapısal Stil’ (3,9,15,21) ve ‘Gelecek Algısı’ (2,8,14,20) 4’er madde; ‘Aile Uyum’ (5,11,17,23,26,32), ‘Kendilik Algısı’ (1,7,13,19,28,31,) ve ‘Sosyal Yeterlilik’ (4,10,16,22,25,29) 6’şar madde, ve ‘Sosyal Kaynaklar’ (6,12,18,24,27,30,33) ise 7 madde ile ölçülmektedir. Ölçekte, maddelerin tercih edilmesinde önyargılı değerlendirmelerden kaçınmak için, olumlu ve olumsuz özelliklerin farklı taraflarda olduğu, yanıtlar için ise beş ayrı kutucuğun yer aldığı bir format kullanılmaktadır. Şematik biçimde yapılan değerlendirmede psikolojik dayanıklılığın yüksek veya düşük ölçülmesinde puanlama şekli serbest bırakılmıştır. Ölçeğin geçerlilik çalışması için doğrulayıcı faktör analizi yapılmış ve altı faktörlü yapı toplam %57’lik varyans açıklamıştır. Ölçeğin güvenirliği için yapısal eşitlik modelinin iç tutarlılık değerleri; ‘Kendilik Algısı’ için 0.80, ‘Gelecek Algısı’ için 0.75, ‘Sosyal Yeterlilik’ için 0.82, ‘Aile Uyum’ için 0.86, ‘Sosyal Kaynaklar’ için 0.84 ve ‘Yapısal Stil’ için 0.76 olarak bulunmuştur (81). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması ise Basım ve Çetin (2011) tarafından gerçekleştirilmiştir (82).

3.2.1.5. Barratt Dürtüsellik Ölçeği

Üç alt başlıkta kişilerin dürtüselliklerini değerlendirmede kullanılan ölçek öz-değerlendirme yöntemi kullanılarak uygulanır. Likert tipi 30 maddeden oluşur. Dikkat (dikkatsizlik ve bilişsel düzensizlik), motor (motor dürtüsellik, sabırsızlık) ve plan yapmama (kontrolünü sağlayamama, bilişsel karışıklığa tahammülsüzlük) olmak üzere üç alt ölçekten oluşmaktadır. Toplam puan ve alt ölçek puanlarından

yüksek puanlar yüksek dürtüsellik belirtmektedir (83). BDÖ-11'in Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (84).

3.2.1.6. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck ve arkadaşları (1961) tarafından bireylerin depresif düzeylerini belirlemek amacıyla tasarlanmış bir öz bildirim ölçeğidir. Depresyon riskini ve depresif belirtilerin düzeyini belirlemektedir. Toplam 21 madde içeren bu form, dörtlü Likert tipi ölçüm sağlar. Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır ve bu puanlar toplanır. Toplam puanın yüksek olması depresyon şiddetinin yüksek olduğunu gösterir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-63 arasında değişmektedir. 0-9 puan minimal depresyonu, 10-16 puan hafif depresyonu, 17-29 puan orta depresyonu ve 30-63 puan Şiddetli depresyonu göstermektedir. (85) Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları Hisli (1988; 1989) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada kesme puanı 17 olarak belirlenmiştir (86).

3.2.2. İstatistiksel Analiz

Çalışmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 programı ile analiz edilmiştir. Sosyodemografik ve klinik verilerin dağılımları frekans ve ki-kare analizleri ile yapılmıştır. Sosyodemografik ve klinik verilere göre yapılan gruplarda çalışmadan elde edilen devamlı değişken skorlarının karşılaştırmaları bağımsız t testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile gerçekleştirilmiştir. Sporcuların dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, depresyon, anksiyete, dürtüsellik, psikolojik dayanıklılık seviyelerinin birbiri ile ilişkileri Pearson korelasyon analizi ile test edilmiştir. Ayrıca, sporcuların dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, depresyon, anksiyete, dürtüsellik seviyelerinin psikolojik dayanıklılığı ne ölçüde yordadığını belirlemek adına basit doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK, KLİNİK VE TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ

Tablo 1: Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

		Sayı	Yüzde (%)
Cinsiyet	Erkek	172	93,5
	Kadın	12	6,5
Medeni Durum	Evli	33	18,0
	Bekar	149	80,9
	Boşanmış/Dul	2	1,1
Eğitim	Lise altı	65	35,3
	Üniversite	94	51,1
	Lisansüstü	25	13,6
Tıbbi Hastalık	Yok	178	96,7
	Var	6	3,3
İntihar Girişimi Öyküsü	Yok	182	98,9
	Var	2	1,1
Sigara Kullanımı	Yok	121	65,8
	Var	63	34,2
Alkol Kullanımı	Yok	81	44,0
	Var	103	56,0
Madde Kullanımı	Yok	170	92,3
	Var	14	7,7
Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Yok	164	89,6
	Var	20	10,4
Spor Dalı	Basketbol	163	88,6
	Futbol	12	6,5
	Voleybol	3	1,6
	Yüzme	3	1,6
	Diğer	3	1,6
Birden Fazla Spor Dalı	Hayır	97	52,7
	Evet	87	47,3
Ailede Spor Öyküsü	Evet	129	70,1
	Hayır	55	28,3
Antrenman Sıklığı (Haftalık)	3'ten az	113	61,4
	3 ve 3'ten fazla	71	38,6

Çalışmaya 200 kişi dahil edilmiş; ancak yapılan görüşmeler sonrasında 16 kişinin psikiyatrik tanı öyküleri nedeniyle çalışmanın analiz kısımlarına dahil edilmemesine karar verilmiştir. Çalışmaya alınan kişilerin 172'si (%93,5) erkek, 12'si ise (%6,5) kadındır. Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında ise 33 kişinin evli (%18), 148 kişinin ise bekar (%80,9) olduğu görülmektedir. İlköğretim ve lise mezunu olan 65 kişi (%35,3), üniversite mezunu 94 kişi (%51,1) ve lisansüstü mezunu 25 kişi (%13,6) çalışmada yer almıştır. Katılımcıların 6'sı (%3,3) bir tıbbi hastalığa sahipken, 2 kişinin ise (%1,1) intihar girişimi öyküsü bulunmaktadır. Katılımcıların 63'ü sigara (%34,2), 103'ü alkol (%56) ve 14'ü (%7,7) madde kullanımı sorusuna evet yanıtı vermiştir. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olan 20 kişi (%10,4) çalışmada yer almıştır. 163 kişi (%88,6) basketbol ve 12 kişi (%6,5) futbol oynadığını belirterek bu alandaki frekans dağılımında ön sıralarda gelmektedir. 87 kişi (%47,3) birden fazla spor dalı ile uğraştığını ifade etmiştir. Katılımcıların diğer devamlı değişkenlerine dair veriler Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2: Katılımcıların Tanımlayıcı Verileri

	N	Min.	Max.	Ort.	SS
Yaş	184	18,00	49,00	24,6739	6,88565
Spor Yılı	184	1,00	41,00	15,4293	7,58957
Kaç Yıldır Lisanslı?	159	1,00	37,00	8,9811	6,59447
Kaç Yıldır Bu Kulüpte?	137	1,00	23,00	5,2336	4,09494

4.2. SPORCULARDA ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYİNİN İNCELENMESİ

Tablo 3: Ölçeklerden Alınan Puanlara Göre Klinik Frekanslar

		Sayı	Yüzde (%)
Beck Anksiyete Ölçeği	Hafif	145	78,8
	Orta	24	13,0
	Şiddetli	15	8,2
Beck Depresyon Ölçeği	Minimal	123	66,9
	Hafif	40	21,7
	Orta	16	8,7
	Şiddetli	5	2,7

Çalışmaya katılan kişilerin Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) skorlarına göre kesim noktaları belirlenmiş ve gruplandırmalar oluşturulmuştur. Bu puanlamaya göre hafif düzeyde anksiyetesi olan 145 kişi (%78,8), orta düzeyde anksiyetesi olan 24 kişi (%13) ve şiddetli düzeyde anksiyetesi olan 15 kişi (%8,2) olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, minimal düzeyde depresyonu olan 123 kişi (%66,9), hafif düzeyde depresyonu olan 40 kişi (%21,7), orta düzeyde depresyonu olan 16 kişi (%8,7) ve şiddetli düzeyde depresyonu olan 5 kişi (%2,7) olduğu saptanmıştır.

4.3. DEHB, ANKSİYETE, DEPRESYON, DÜRTÜSELLİK, PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK BELİRTİLERİNİN EĞİTİM DÜZEYİNE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 4: Ölçeklerden Alınan Puanların Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması

		Eğitim Düzeyi	N	Ort.	SS	F (p)	Farklılık (LSD)
ASRS	Dikkat Eksikliği	Lise Altı	65	12,93	6,10	1,309 (,273)	-
		Üniversite	94	11,86	5,97		
		Lisansüstü	25	13,92	7,19		
	Aşırı Hareketlilik/ Dürtüsellik	Lise Altı	65	14,35	6,47	1,037 (,357)	-
		Üniversite	94	13,05	5,74		
		Lisansüstü	25	14,28	5,77		
	Toplam	Lise Altı	65	27,29	11,25	1,387 (,252)	-
		Üniversite	94	24,92	10,46		
		Lisansüstü	25	28,20	11,72		
Beck Anksiyete Ölçeği		Lise Altı ¹	65	11,07	9,05	4,177 (,017)	1>3 2>3
		Üniversite ²	94	9,75	8,14		
		Lisansüstü ³	25	5,56	4,65		
Beck Depresyon Ölçeği		Lise Altı	65	8,56	7,73	1,622 (,200)	-
		Üniversite	94	8,93	7,71		
		Lisansüstü	25	5,96	4,49		
BIS	Dikkat	Lise Altı ¹	65	18,17	4,28	3,325 (,038)	1>3
		Üniversite ²	94	17,27	3,98		
		Lisansüstü ³	25	15,72	3,87		
	Motor	Lise Altı ¹	65	23,56	5,13	4,573 (,012)	1>3 2>3
		Üniversite ²	94	22,68	4,93		
		Lisansüstü ³	25	20,16	2,82		
	Plansızlık	Lise Altı	65	27,07	4,80	2,998 (,053)	-
		Üniversite	94	26,12	4,91		
		Lisansüstü	25	24,29	4,65		
	Toplam	Lise Altı ¹	65	68,81	11,03	5,815 (,004)	1>3 2>3
		Üniversite ²	94	66,08	10,90		
		Lisansüstü ³	25	60,17	9,53		
Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	Yapısal Stil	Lise Altı	65	11,89	2,30	,128 (,880)	-
		Üniversite	94	11,97	2,75		
		Lisansüstü	25	11,68	2,92		
	Gelecek Algısı	Lise Altı	65	11,44	1,92	,977 (,378)	-
		Üniversite	94	11,18	2,25		
		Lisansüstü	25	11,80	1,19		
	Aile Uyum	Lise Altı	65	17,74	3,28	,355 (,702)	-
		Üniversite	94	17,81	2,83		
		Lisansüstü	25	17,23	3,36		
	Kendilik Algısı	Lise Altı	65	17,52	2,92	,321 (,726)	-
		Üniversite	94	17,73	2,40		
		Lisansüstü	25	17,30	2,36		
	Sosyal Yeterlilik	Lise Altı	65	18,17	2,65	,674 (,511)	-
		Üniversite	94	17,83	2,43		
		Lisansüstü	25	17,57	1,57		
	Sosyal Kaynaklar	Lise Altı	65	20,37	2,95	2,913 (,057)	-
		Üniversite	94	19,68	2,83		
		Lisansüstü	25	18,85	1,75		
	Toplam	Lise Altı	65	97,14	9,42	,781 (,459)	-
		Üniversite	94	96,22	9,16		
		Lisansüstü	25	94,45	8,84		
Not. N: 184, F: Tek Yönlü Varyans Analizi ANOVA, p:05 anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.							

Not. N: 184, F: Tek Yönlü Varyans Analizi ANOVA, p:.05 anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

Çalışmada uygulanan Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS), BDÖ, BAÖ, Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BIS) ve Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (RSA) alt ölçekleri puanlarının eğitim düzeyine göre farklılıklarını belirlemek adına tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Karşılaştırılan gruplarda lise ve altı mezunu olan 65 kişi, üniversite mezunu olan 94 kişi ve lisansüstü mezunu olan 25 kişi yer almaktadır. Yapılan analizler sonucunda, BAÖ puanlarının gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir [$F(181, 2)=4.177, p=0,017, p<.05$]. Yapılan Post-Hoc analizi (LSD) sonrasında ise lisansüstü mezunu olanların BAÖ puanlarının ($X=5.96$), lise ve altı mezunu olan grubun BAÖ puanlarından ($X=11.07$) ve üniversite mezunu olan grubun BAÖ puanlarından ($X=9.75$) anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir. BIS Dikkat puanlarının gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir [$F(181, 2)=3.325, p=0,038, p<.05$]. Yapılan Post-Hoc analizi (LSD) sonrasında ise lisansüstü mezunu olanların Dikkat puanlarının ($X=15.72$) lise ve altı mezunu olan grubun Dikkat puanlarından ($X=18.17$) anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir. BIS Motor puanlarının gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir [$F(181, 2)=4.573, p=0,012, p<.05$]. Yapılan Post-Hoc analizi (LSD) sonrasında ise lisansüstü mezunu olanların Motor puanlarının ($X=20.16$), lise ve altı mezunu olan grubun Motor puanlarından ($X=23.56$) ve üniversite mezunu olan grubun Motor puanlarından ($X=22.68$) anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir. BIS toplam puanlarının gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir [$F(181, 2)=5.815, p=0,004, p<.01$]. Yapılan Post-Hoc analizi (LSD) sonrasında ise lisansüstü mezunu olanların BIS toplam puanlarının ($X=60.17$), lise ve altı mezunu olan grubun BIS toplam puanlarından ($X=68.81$) ve üniversite mezunu olan grubun BIS toplam puanlarından ($X=66.08$) anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir. Yapılan diğer karşılaştırmalarda ise anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

4.4. DEHB, DEPRESYON, DÜRTÜSELLİK, PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK BELİRTİLERİNİN ANKSİYETE DÜZEYİNE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 5: Ölçeklerden Alınan Puanların Anksiyete Düzeyine Göre Karşılaştırılması

		Anksiyete Düzeyi	N	Ort.	SS	F (p)	Farklılık (LSD)
ASRS	Dikkat Eksikliği	Hafif ¹	145	11,64	5,89	10,930 (,000)	1<2
		Orta ²	24	13,90	6,21		1<3
		Şiddetli ³	15	18,85	5,31		2<3
	Aşırı Hareketlilik/ Dürtüsellik	Hafif ¹	145	13,02	5,79	5,197 (,006)	1<2
		Orta ²	24	15,08	6,12		1<3
		Şiddetli ³	15	17,76	6,38		2<3
	Toplam	Hafif ¹	145	24,66	10,44	9,876 (,000)	1<2
		Orta ²	24	28,99	11,12		1<3
		Şiddetli ³	15	36,62	9,36		2<3
Beck Depresyon Ölçeği		Hafif ¹	145	6,86	5,96	17,839 (,000)	1<2
		Orta ²	24	13,18	9,77		1<3
		Şiddetli ³	15	15,52	8,71		
Barratt Dürtüsellik Ölçeği	Dikkat	Hafif ¹	145	16,57	3,93	15,036 (,000)	1<2
		Orta ²	24	20,25	3,82		1<3
		Şiddetli ³	15	20,58	2,84		
	Motor	Hafif ¹	145	21,77	4,60	12,418 (,000)	1<2
		Orta ²	24	25,73	4,98		1<3
		Şiddetli ³	15	26,17	3,84		
	Plansızlık	Hafif ¹	145	25,54	4,81	8,847 (,000)	1<2
		Orta ²	24	27,49	4,89		1<3
		Şiddetli ³	15	30,59	2,78		
	Toplam	Hafif ¹	145	63,90	10,34	19,114 (,000)	1<2
		Orta ²	24	73,47	10,26		1<3
		Şiddetli ³	15	77,35	6,83		
Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	Yapısal Stil	Hafif	145	11,91	2,47	2,084 (,127)	-
		Orta	24	11,20	3,36		
		Şiddetli	15	12,95	2,49		
	Gelecek Algısı	Hafif	145	11,42	1,90	3,049 (,054)	-
		Orta	24	11,70	2,80		
		Şiddetli	15	10,17	1,38		
	Aile Uyum	Hafif	145	17,93	2,97	2,414 (,092)	-
		Orta	24	17,21	3,40		
		Şiddetli	15	16,26	3,05		
	Kendilik Algısı	Hafif	145	17,67	2,24	2,657 (,073)	-
		Orta	24	18,04	4,02		
		Şiddetli	15	16,19	2,60		
	Sosyal Yeterlilik	Hafif	145	17,83	2,25	1,541 (,217)	-
		Orta	24	17,75	3,19		
		Şiddetli	15	18,96	2,40		
	Sosyal Kaynaklar	Hafif	145	19,67	2,54	1,029 (,359)	-
		Orta	24	20,12	3,34		
		Şiddetli	15	20,66	3,95		
	Toplam	Hafif	145	96,46	8,64	,134 (,874)	-
		Orta	24	96,04	12,76		
		Şiddetli	15	95,22	8,42		

Not. N: 184, F: Tek Yönlü Varyans Analizi ANOVA, p:05 anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

Çalışmada uygulanan ASRS, BDÖ, BIS ve RSA alt ölçekleri puanlarının anksiyete düzeyine göre farklılıklarını belirlemek adına tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. BAÖ'den elde edilen puanlara göre üç gruba ayrılan, anksiyete düzeylerine göre hafif düzeyde anksiyetesi olan 145 kişi, orta düzeyde anksiyetesi olan 24 kişi ve şiddetli düzeyde anksiyetesi olan 15 kişi gruplarda yer almaktadır.

Yapılan analizler sonucunda, ASRS alt boyutlarından Dikkat Eksikliği (DE) puanlarının gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir [$F(181, 2)=10.930$, $p=0,000$, $p<.01$]. Yapılan Post-Hoc analizi (LSD) sonrasında ise hafif düzeyde anksiyetesi olan grubun DE puanlarının ($X=11.64$), orta düzeyde anksiyetesi olan grubun DE puanlarından ($X=13.90$) ve şiddetli düzeyde anksiyetesi olan grubun DE puanlarından ($X=18.85$) anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca orta düzeyde anksiyetesi olan grubun DE puanlarının da ($X=13.90$) şiddetli düzeyde anksiyetesi olan grubun DE puanlarından ($X=18.85$) anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir. ASRS alt boyutlarından Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik (AHD) puanlarının gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir [$F(181, 2)=5.197$, $p=0,006$, $p<.01$]. Yapılan Post-Hoc analizi (LSD) sonrasında ise hafif düzeyde anksiyetesi olan grubun AHD puanlarının ($X=13.02$), orta düzeyde anksiyetesi olan grubun AHD puanlarından ($X=15.08$) ve şiddetli düzeyde anksiyetesi olan grubun AHD puanlarından ($X=17.76$) anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca orta düzeyde anksiyetesi olan grubun AHD puanlarının da ($X=15.08$) şiddetli düzeyde anksiyetesi olan grubun AHD puanlarından ($X=17.76$) anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir. ASRS toplam puanlarının gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir [$F(181, 2)=9.876$, $p=0,000$, $p<.01$]. Yapılan Post-Hoc analizi (LSD) sonrasında ise hafif düzeyde anksiyetesi olan grubun ASRS toplam puanlarının ($X=24.66$), orta düzeyde anksiyetesi olan grubun ASRS toplam puanlarından ($X=28.99$) ve şiddetli düzeyde anksiyetesi olan grubun ASRS toplam puanlarından ($X=36.62$) anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca orta düzeyde anksiyetesi olan grubun ASRS toplam puanlarının da ($X=28.99$) şiddetli düzeyde anksiyetesi olan grubun ASRS toplam puanlarından ($X=36.62$) anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir.

BDÖ puanlarının gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir [$F(181, 2)=17.839, p=0,000, p<.01$]. Yapılan Post-Hoc analizi (LSD) sonrasında ise hafif düzeyde anksiyetesi olan grubun BDÖ puanlarının ($X=6.86$), orta düzeyde anksiyetesi olan grubun BDÖ puanlarından ($X=13.18$) ve şiddetli düzeyde anksiyetesi olan grubun BDÖ puanlarından ($X=15.52$) anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca orta düzeyde anksiyetesi olan grubun BDÖ puanlarının da ($X=13.18$) şiddetli düzeyde anksiyetesi olan grubun BDÖ puanlarından ($X=15.52$) anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir.

BIS alt ölçeklerinden Dikkat puanlarının gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir [$F(181, 2)=15.036, p=0,000, p<.01$]. Yapılan Post-Hoc analizi (LSD) sonrasında ise hafif düzeyde anksiyetesi olan grubun Dikkat puanlarının ($X=16.57$), orta düzeyde anksiyetesi olan grubun Dikkat puanlarından ($X=20.25$) ve şiddetli düzeyde anksiyetesi olan grubun Dikkat puanlarından ($X=20.58$) anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir. BIS alt ölçeklerinden Motor puanlarının gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir [$F(181, 2)=12.418, p=0,000, p<.01$]. Yapılan Post-Hoc analizi (LSD) sonrasında ise hafif düzeyde anksiyetesi olan grubun Motor puanlarının ($X=21.77$), orta düzeyde anksiyetesi olan grubun Motor puanlarından ($X=25.73$) ve şiddetli düzeyde anksiyetesi olan grubun Motor puanlarından ($X=26.17$) anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir. BIS alt ölçeklerinden Plansızlık puanlarının gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir [$F(181, 2)=8.847, p=0,000, p<.01$]. Yapılan Post-Hoc analizi (LSD) sonrasında ise hafif düzeyde anksiyetesi olan grubun Plansızlık puanlarının ($X=25.54$), orta düzeyde anksiyetesi olan grubun Plansızlık puanlarından ($X=27.49$) ve şiddetli düzeyde anksiyetesi olan grubun Plansızlık puanlarından ($X=30.59$) anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir. BIS toplam puanlarının gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir [$F(181, 2)=19.914, p=0,000, p<.01$]. Yapılan Post-Hoc analizi (LSD) sonrasında ise hafif düzeyde anksiyetesi olan grubun BIS toplam puanlarının ($X=63.90$), orta düzeyde anksiyetesi olan grubun BIS toplam puanlarından ($X=73.47$) ve şiddetli düzeyde anksiyetesi olan grubun BIS toplam puanlarından ($X=77.35$) anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir.

Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam ve alt ölçek puanlarının ise anksiyete düzeyine göre ayrılan gruplar arasında anlamlı farklılaşmadığı belirlenmiştir.

4.5. DEHB, ANKSİYETE, DÜRTÜSELLİK, PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK BELİRTİLERİNİN DEPRESYON DÜZEYİNE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 6: Ölçeklerden Alınan Puanların Depresyon Düzeyine Göre Karşılaştırılması

		Depresyon Düzeyi	N	Ort.	SS	F (p)	Farklılık (LSD)
ASRS	Dikkat Eksikliği	Minimal ¹	123	11,15	5,82	13,126 (,000)	1<2
		Hafif ²	40	14,00	5,83		1<3
		Orta ve Şiddetli ³	21	17,75	5,87		2<3
	Aşırı Hareketlilik/ Dürtüsellik	Minimal ¹	123	12,38	5,51	14,211 (,000)	1<2
		Hafif ²	40	14,72	5,75		1<3
		Orta ve Şiddetli ³	21	19,24	6,04		2<3
	Toplam	Minimal ¹	123	23,54	10,14	17,634 (,000)	1<2
		Hafif ²	40	28,72	9,84		1<3
		Orta ve Şiddetli ³	21	37,00	10,07		2<3
Beck Anksiyete Ölçeği		Minimal ¹	123	7,07	6,61	22,447 (,000)	1<2
		Hafif ²	40	14,53	8,79		1<3
		Orta ve Şiddetli ³	21	15,45	9,07		
Barratt Dürtüsellik Ölçeği	Dikkat	Minimal ¹	123	16,73	4,16	7,950 (,000)	1<3
		Hafif ²	40	17,77	3,75		2<3
		Orta ve Şiddetli ³	21	20,42	3,20		
	Motor	Minimal ¹	123	22,00	4,90	6,689 (,002)	1<3
		Hafif ²	40	22,85	4,86		2<3
		Orta ve Şiddetli ³	21	26,07	3,12		
	Plansızlık	Minimal ¹	123	25,53	4,95	6,916 (,001)	1<3
		Hafif ²	40	26,47	4,86		2<3
		Orta ve Şiddetli ³	21	29,67	2,86		
	Toplam	Minimal ¹	123	64,27	10,75	11,805 (,000)	1<3
		Hafif ²	40	67,10	11,09		2<3
		Orta ve Şiddetli ³	21	76,18	6,64		
Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	Yapısal Stil	Minimal	123	11,91	2,62	,394 (,675)	-
		Hafif	40	11,67	2,35		
		Orta ve Şiddetli	21	12,30	3,10		
	Gelecek Algısı	Minimal	123	11,26	1,96	,771 (,464)	-
		Hafif	40	11,39	1,71		
		Orta ve Şiddetli	21	11,85	2,81		
	Aile Uyumu	Minimal	123	17,91	2,81	,907 (,406)	-
		Hafif	40	17,17	3,63		
		Orta ve Şiddetli	21	17,53	3,27		
	Kendilik Algısı	Minimal	123	17,50	2,49	,698 (,499)	-
		Hafif	40	18,02	2,21		
		Orta ve Şiddetli	21	17,37	3,64		
	Sosyal Yeterlilik	Minimal	123	18,03	2,24	,463 (,630)	-
		Hafif	40	17,71	2,46		
		Orta ve Şiddetli	21	17,60	3,21		
	Sosyal Kaynaklar	Minimal	123	19,61	2,78	,959 (,385)	-
		Hafif	40	20,27	2,60		
		Orta ve Şiddetli	21	20,09	3,19		
	Toplam	Minimal	123	96,25	9,44	,030 (,971)	-
		Hafif	40	96,25	6,91		
		Orta ve Şiddetli	21	96,77	11,73		
Not. N: 184, F: Tek Yönlü Varyans Analizi ANOVA, p: .05 anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.							

Not. N: 184, F: Tek Yönlü Varyans Analizi ANOVA, p: .05 anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

Çalışmada uygulanan ASRS, BAÖ, BIS, RSA alt ölçekleri puanlarının depresyon düzeyine göre farklılıklarını belirlemek adına tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. BDÖ'den elde edilen puanlara göre üç gruba ayrılan, depresyon düzeylerine göre minimal düzeyde depresyonu olan 123 kişi, hafif düzeyde depresyonu olan 40 kişi ve orta düzeyde-şiddetli düzeyde depresyonu olan 21 kişi gruplarda yer almaktadır.

Yapılan analizler sonucunda, ASRS alt boyutlarından DE puanlarının gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir [$F(181, 2)=13.126, p=0,000, p<.01$]. Yapılan Post-Hoc analizi (LSD) sonrasında ise minimal düzeyde depresyonu olan grubun DE puanlarının ($X=11.15$), hafif düzeyde depresyonu olan grubun DE puanlarından ($X=14.00$), orta-şiddetli düzeyde depresyonu olan grubun DE puanlarından ($X=17.75$) anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hafif düzeyde depresyonu olan grubun DE puanlarının da ($X=14.00$) orta-şiddetli düzeyde depresyonu olan grubun DE puanlarından ($X=17.75$) anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir. ASRS alt boyutlarından AHD puanlarının gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir [$F(181, 2)=14.211, p=0,000, p<.01$]. Yapılan Post-Hoc analizi (LSD) sonrasında ise minimal düzeyde depresyonu olan grubun AHD puanlarının ($X=12.38$), hafif düzeyde depresyonu olan grubun AHD puanlarından ($X=14.72$), orta-şiddetli düzeyde depresyonu olan grubun AHD puanlarından ($X=19.24$) anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hafif düzeyde depresyonu olan grubun AHD puanlarının da ($X=14.72$) orta-şiddetli düzeyde olan grubun AHD puanlarından ($X=19.24$) anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir. ASRS toplam puanlarının gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir [$F(181, 2)=17.634, p=0,000, p<.01$]. Yapılan Post-Hoc analizi (LSD) sonrasında ise minimal düzeyde depresyonu olan grubun ASRS toplam puanlarının ($X=23.54$), hafif düzeyde depresyonu olan grubun ASRS toplam puanlarından ($X=28.72$), orta-şiddetli düzeyde depresyonu olan grubun ASRS toplam puanlarından ($X=37.00$) anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hafif düzeyde depresyonu olan grubun ASRS toplam puanlarının da ($X=28.72$) orta-şiddetli düzeyde depresyonu olan grubun ASRS toplam puanlarından ($X=37.00$) anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir.

BAÖ puanlarının gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir [$F(181, 2)=22.447, p=0,000, p<.01$]. Yapılan Post-Hoc analizi (LSD) sonrasında ise minimal düzeyde depresyonu olan grubun BAÖ puanlarının ($X=7.07$), hafif düzeyde depresyonu olan grubun BAÖ puanlarından ($X=14.53$), orta-şiddetli düzeyde depresyonu olan grubun BAÖ puanlarından ($X=15.54$) anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir.

BIS alt ölçeklerinden Dikkat puanlarının gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir [$F(181, 2)=7.950, p=0,000, p<.01$]. Yapılan Post-Hoc analizi (LSD) sonrasında ise minimal düzeyde depresyonu olan grubun Dikkat puanlarının ($X=16.73$) ve hafif düzeyde depresyonu olan grubun Dikkat puanlarından ($X=17.77$), orta-şiddetli düzeyde depresyonu olan grubun Dikkat puanlarından ($X=20.42$) anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir. BIS alt ölçeklerinden Motor puanlarının gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir [$F(181, 2)=6.689, p=0,002, p<.01$]. Yapılan Post-Hoc analizi (LSD) sonrasında ise minimal düzeyde depresyonu olan grubun Motor puanlarının ($X=22.00$) ve hafif düzeyde depresyonu olan grubun Motor puanlarından ($X=22.85$), orta-şiddetli düzeyde depresyonu olan grubun Motor puanlarından ($X=26.07$) anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir. BIS alt ölçeklerinden Plansızlık puanlarının gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir [$F(181, 2)=6.916, p=0,001, p<.01$]. Yapılan Post-Hoc analizi (LSD) sonrasında ise minimal düzeyde depresyonu olan grubun Plansızlık puanlarının ($X=25.53$) ve hafif düzeyde depresyonu olan grubun Plansızlık puanlarından ($X=26.47$), orta-şiddetli düzeyde depresyonu olan grubun Plansızlık puanlarından ($X=29.67$) anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir. BIS toplam puanlarının gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir [$F(181, 2)=11.805, p=0,000, p<.01$]. Yapılan Post-Hoc analizi (LSD) sonrasında ise minimal düzeyde depresyonu olan grubun BIS toplam puanlarının ($X=64.27$) ve hafif düzeyde depresyonu olan grubun BIS toplam puanlarından ($X=67.10$), orta-şiddetli düzeyde depresyonu olan grubun BIS toplam puanlarından ($X=76.18$) anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir.

Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam ve alt ölçek puanlarının ise depresyon düzeyine göre ayrılan gruplar arasında anlamlı farklılaşmadığı belirlenmiştir.

4.6. DEHB, ANKSİYETE, DEPRESYON, DÜRTÜSELLİK, PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK BELİRTİLERİNİN SPOR DALINA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 7: Ölçeklerden Alınan Puanların Spor Dalına Göre Karşılaştırılması

		Spor Dalı	N	Ort.	SS	t (p)
ASRS	Dikkat Eksikliği	Basketbol	163	12,72	5,86	1,236
		Diğer	21	10,95	8,42	(,218)
	Aşırı Hareketlilik/ Dürtüsellik	Basketbol	163	13,82	5,87	,934
		Diğer	21	12,52	7,08	(,352)
	Toplam	Basketbol	163	26,55	10,33	1,215
		Diğer	21	23,47	14,93	(,226)
Beck Anksiyete Ölçeği		Basketbol	163	10,16	8,57	2,387
		Diğer	21	5,66	3,11	(,018)
Beck Depresyon Ölçeği		Basketbol	163	8,62	7,69	1,181
		Diğer	21	6,60	4,17	(,239)
Barratt Dürtüsellik Ölçeği	Dikkat	Basketbol	163	17,45	4,10	,674
		Diğer	21	16,80	4,36	(,501)
	Motor	Basketbol	163	22,76	4,89	,890
		Diğer	21	21,76	4,73	(,375)
	Plansızlık	Basketbol	163	26,38	4,78	1,350
		Diğer	21	24,85	5,67	(,179)
	Toplam	Basketbol	163	66,61	10,82	1,244
		Diğer	21	63,42	12,65	(,215)
Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	Yapısal Stil	Basketbol	163	11,82	2,52	-1,234
		Diğer	21	12,57	3,26	(,219)
	Gelecek Algısı	Basketbol	163	11,36	2,04	,065
		Diğer	21	11,33	1,95	(,948)
	Aile Uyum	Basketbol	163	17,72	3,05	,215
		Diğer	21	17,57	3,20	(,830)
	Kendilik Algısı	Basketbol	163	17,52	2,67	-1,197
		Diğer	21	18,23	1,72	(,233)
	Sosyal Yeterlilik	Basketbol	163	18,05	2,40	2,162
		Diğer	21	16,85	2,30	(,032)
	Sosyal Kaynaklar	Basketbol	163	19,83	2,86	,257
		Diğer	21	19,63	2,15	(,798)
	Toplam	Basketbol	163	96,32	9,27	,039
		Diğer	21	96,23	8,89	(,969)

Not. N: 184, T: Bağımsız Örneklem T testi, p: .05 anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

Çalışmada uygulanan ASRS, BDÖ, BAÖ, BIS, RSA alt ölçekleri puanlarının yapılan spor dalına göre farklılıklarını belirlemek adına bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır. Karşılaştırılan gruplarda spor dalı basketbol olan 163 kişi ve diğer sporlar olan 21 kişi yer almaktadır. Yapılan analizler sonucunda; spor dalı basketbol olanların BAÖ puanlarının (*Ortalama*=10.16), diğer sporları yapanların BAÖ puanlarından (*Ortalama*=5.66) anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir [$t(182)=2.387, p=0,018, p<.05$]. Ayrıca, spor dalı basketbol olanların RSA alt ölçeklerinden Sosyal Yeterlilik puanlarının da (*Ortalama*=18.05), diğer sporları yapanların Sosyal Yeterlilik puanlarından (*Ortalama*=16.85) anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir [$t(182)=2.162, p=0,032, p<.05$].

4.7. DEHB, ANKSİYETE, DEPRESYON, DÜRTÜSELLİK, PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK BELİRTİLERİNİN ANTRENMAN SIKLIĞINA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 8: Ölçeklerden Alınan Puanların Antrenman Sıklığına Göre Karşılaştırılması

		Antrenman Sıklığı (Haftalık)	N	Ort.	SS	t (p)
ASRS	Dikkat Eksikliği	3'ten az	113	13,39	6,19	2,425
		3 ve 3'ten fazla	71	11,14	6,01	(,016)
	Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik	3'ten az	113	13,80	6,14	,365
		3 ve 3'ten fazla	71	13,47	5,85	(,716)
	Toplam	3'ten az	113	27,20	10,84	1,564
		3 ve 3'ten fazla	71	24,61	10,92	(,120)
Beck Anksiyete Ölçeği		3'ten az	113	9,69	8,06	,093
		3 ve 3'ten fazla	71	9,57	8,62	(,926)
Beck Depresyon Ölçeği		3'ten az	113	7,91	6,84	-1,108
		3 ve 3'ten fazla	71	9,16	8,20	(,269)
Barratt Dürtüsellik Ölçeği	Dikkat	3'ten az	113	17,10	4,01	-1,152
		3 ve 3'ten fazla	71	17,82	4,30	(,251)
	Motor	3'ten az	113	22,01	4,10	-2,277
		3 ve 3'ten fazla	71	23,67	5,79	(,024)
	Plansızlık	3'ten az	113	26,37	4,76	,558
		3 ve 3'ten fazla	71	25,95	5,12	(,578)
	Toplam	3'ten az	113	65,48	10,41	-1,177
		3 ve 3'ten fazla	71	67,45	11,99	(,241)
Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	Yapısal Stil	3'ten az	113	11,97	2,64	,415
		3 ve 3'ten fazla	71	11,80	2,58	(,678)
	Gelecek Algısı	3'ten az	113	11,42	1,92	,566
		3 ve 3'ten fazla	71	11,25	2,19	(,572)
	Aile Uyumu	3'ten az	113	17,53	3,08	-,976
		3 ve 3'ten fazla	71	17,98	3,03	(,331)
	Kendilik Algısı	3'ten az	113	17,65	2,36	,352
		3 ve 3'ten fazla	71	17,51	2,93	(,722)
	Sosyal Yeterlilik	3'ten az	113	18,05	2,27	,956
		3 ve 3'ten fazla	71	17,70	2,62	(,340)
	Sosyal Kaynaklar	3'ten az	113	19,72	2,33	-,564
		3 ve 3'ten fazla	71	19,96	3,40	(,574)
	Toplam	3'ten az	113	96,36	7,87	,098
		3 ve 3'ten fazla	71	96,22	11,03	(,922)
Not. N: 184, T: Bağımsız Örneklem T testi, p:05 anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.						

Not. N: 184, T: Bağımsız Örneklem T testi, p:05 anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

Çalışmada uygulanan ASRS, BDÖ, BAÖ, BIS, RSA alt ölçekleri puanlarının antrenman yapma sıklıklarına göre farklılıklarını belirlemek adına bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır. Karşılaştırılan gruplarda haftada 3'ten az sayıda antrenman yapan 113 kişi, haftada 3 ve 3'ten fazla antrenman yapan 71 kişi yer almaktadır. Yapılan analizler sonucunda; haftada 3'ten az antrenman yapanların ASRS alt boyutlarından DE puanlarının (*Ortalama*=13.39), haftada 3 ve 3'ten fazla antrenman yapanların DE puanlarından (*Ortalama*=11.14) anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir [$t(182)=2.425$, $p=0,016$, $p<.05$]. Ayrıca, haftada 3'ten az antrenman yapanların BIS alt ölçeklerinden Motor puanlarının (*Ortalama*=22.01), haftada 3 ve 3'ten fazla antrenman yapanların Motor puanlarından (*Ortalama*=23.67) anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir [$t(182)=-2.277$, $p=0,024$, $p<.05$].

4.8. DEHB, ANKSİYETE, DEPRESYON, DÜRTÜSELLİK, PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK BELİRTİLERİNİN BİRBİRLERİ İLE İLİŞKİSİ

Tablo 9: Ölçek Puanlarının Birbirleri ile İlişkisi

			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	ASRS	Dikkat Eksikliği	1															
2		AHD	,603**	1														
3		Toplam	,899**	,892**	1													
4	Anksiyete		,386**	,312**	,391**	1												
5	Depresyon		,322**	,374**	,388**	,451**	1											
6	BIS	Dikkat	,436**	,473**	,507**	,370**	,265**	1										
7		Motor	,208**	,243**	,252**	,294**	,220**	,635**	1									
8		Plansızlık	,538**	,420**	,536**	,326**	,221**	,460**	,276**	1								
9		Toplam	,493**	,470**	,538**	,413**	,294**	,858**	,801**	,737**	1							
10	RSA	Yapısal Stil	,080	-,077	,003	,038	,030	-,100	-,254**	-,103	-,195**	1						
11		Gelecek Algısı	-,007	-,073	-,044	-,135	,096	-,019	-,027	-,081	-,055	,135	1					
12		Aile Uyum	-,142	-,253**	-,219**	-,220**	-,097	-,171*	-,182*	-,050	-,166*	,322**	,345**	1				
13		Kendilik Algısı	-,021	-,099	-,066	-,106	,012	-,063	-,081	-,133	-,118	,162*	,367**	,384**	1			
14		Sosyal Yeterlik	-,060	-,068	-,072	,064	-,079	-,025	-,050	,009	-,027	,084	,211**	,154*	,188*	1		
15		Sosyal Kaynaklar	,138	,084	,125	,092	,113	,081	,117	,147*	,147*	,068	,241**	,078	,306**	,285**	1	
16	Toplam		-,006	-,142	-,081	-,077	,014	-,089	-,139	-,054	-,119	,509**	,605**	,672**	,678**	,523**	,562**	1

Not 1. ASRS: Erişkin DEHB Kendi Bildirim Ölçeği, AHD: Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik, BIS: Barratt Dürtüsellik Ölçeği, RSA: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

Not 2. N: 184, r: Pearson Korelasyon Katsayısı, *: p<.05, **: p<.01

Çalışmada uygulanan ölçeklerin puanları arasındaki ilişkileri belirlemek adına korelasyon analizi uygulanmıştır.

ASRS alt ölçeklerinden DE puanlarının; BAÖ puanları ile ($r=.38, p<.01$), BDÖ puanları ile ($r=.32, p<.01$), BIS alt ölçeklerinden Dikkat puanları ile ($r=.43, p<.01$), Motor puanları ile ($r=.20, p<.01$), Plansızlık puanları ile ($r=.53, p<.01$) ve BIS toplam puanları ile ($r=.49, p<.01$) pozitif yönde, anlamlı düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır. ASRS alt ölçeklerinden AHD puanlarının; BAÖ puanları ile ($r=.31, p<.01$), BDÖ puanları ile ($r=.37, p<.01$), BIS alt ölçeklerinden Dikkat puanları ile ($r=.47, p<.01$), Motor puanları ile ($r=.24, p<.01$), Plansızlık puanları ile ($r=.42, p<.01$) ve BIS toplam puanları ile ($r=.47, p<.01$) pozitif yönde, RSA alt boyutlarından Aile Uyum puanları ile ($r=-.25, p<.01$) negatif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır. ASRS toplam puanlarının ise; BAÖ puanları ile ($r=.39, p<.01$), BDÖ puanları ile ($r=.38, p<.01$), BIS alt ölçeklerinden Dikkat puanları ile ($r=.50, p<.01$), Motor puanları ile ($r=.25, p<.01$), Plansızlık puanları ile ($r=.53, p<.01$) ve BIS toplam puanları ile ($r=.53, p<.01$) pozitif yönde, RSA alt boyutlarından Aile Uyum puanları ile ($r=-.21, p<.01$) negatif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu belirlenmiştir.

BAÖ puanlarının; BDÖ puanları ile ($r=.45, p<.01$), BIS alt ölçeklerinden Dikkat puanları ile ($r=.37, p<.01$), Motor puanları ile ($r=.29, p<.01$), Plansızlık puanları ile ($r=.32, p<.01$) ve BIS toplam puanları ile ($r=.41, p<.01$) pozitif yönde, RSA alt boyutlarından Aile Uyum puanları ile ($r=-.22, p<.01$) negatif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu belirlenmiştir.

BDÖ puanlarının; BIS alt ölçeklerinden Dikkat puanları ile ($r=.26, p<.01$), Motor puanları ile ($r=.22, p<.01$), Plansızlık puanları ile ($r=.22, p<.01$) ve BIS toplam puanları ile ($r=.29, p<.01$) pozitif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır.

BIS alt ölçeklerinden Dikkat puanlarının RSA alt boyutlarından Aile Uyum puanları ile ($r=-.17, p<.05$) negatif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu belirlenmiştir. BIS alt ölçeklerinden Motor puanlarının RSA alt boyutlarından Yapısal Stil ($r=-.25, p<.01$) ve Aile Uyum puanları ile ($r=-.18, p<.05$) negatif yönde

anlamli düzeyde iliskili olduğu belirlenmiştir. BIS alt leklerinden Plansızlık puanlarının RSA alt boyutlarından Sosyal Kaynaklar puanları ile ($r=.14$, $p<.05$) pozitif yönde anlamli düzeyde iliskili olduğu belirlenmiştir. BIS toplam puanlarının ise RSA alt boyutlarından Yapısal Stil puanları ile ($r=-.19$, $p<.01$) ve Aile Uyumu puanları ile ($r=-.16$, $p<.05$) negatif yönde, Sosyal Kaynaklar puanları ile ($r=.14$, $p<.05$) pozitif yönde anlamli düzeyde iliskili olduğu saptanmıştır.

4.9. DEHB, ANKSİYETE, DEPRESYON, DÜRTÜSELLİK BELİRTİLERİNİN, PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK BELİRTİLERİNİ YORDAYICILIĞININ İNCELENMESİ

Tablo 10: DEHB, Anksiyete, Depresyon ve Dürtüsellik Psikolojik Dayanıklılık Puanlarını Yordayıcılığını Gösteren Basit Doğrusal Regresyon Analizi

		<i>B</i>	<i>β</i>	<i>T</i>	<i>P</i>	İkili <i>r</i>	Kısmi <i>r</i>
Yapısal Stil $R= .257$ $R^2= .066$ $R^2_{adj}= .045$, $F(4,179)= 3.166$, $p<.05$	Sabit	15,641		13,177	,000		
	ASRS	,028	,118	1,310	,192	,097	,095
	Anksiyete	,034	,108	1,248	,214	,093	,090
	Depresyon	,010	,027	,325	,745	,024	,023
	Dürtüsellik	-,074	-,311	-3,506	,001	-,254	-,253
Gelecek Algısı $R= .224$ $R^2= .050$ $R^2_{adj}= .029$, $F(4,179)= 2.366$, $p>.05$	Sabit	11,673		12,587	,000		
	ASRS	-,007	-,038	-,418	,677	-,031	-,030
	Anksiyete	-,051	-,210	-2,407	,017	-,177	-,175
	Depresyon	,057	,208	2,456	,015	,181	,179
	Dürtüsellik	-,002	-,009	-,100	,920	-,007	-,007
Aile Uyumu $R= .267$ $R^2= .071$ $R^2_{adj}= .051$, $F(4,179)= 3.445$, $p<.05$	Sabit	19,768		14,273	,000		
	ASRS	-,044	-,158	-1,759	,080	-,130	-,127
	Anksiyete	-,063	-,170	-1,989	,048	-,146	-,142
	Depresyon	,020	,048	,574	,566	,043	,041
	Dürtüsellik	-,007	-,025	-,284	,776	-,021	-,020
Kendilik Algısı $R= .155$ $R^2= .024$ $R^2_{adj}= .002$, $F(4,179)= 1.099$, $p>.05$	Sabit	19,213		16,002	,000		
	ASRS	-,002	-,009	-,096	,924	-,007	-,007
	Anksiyete	-,032	-,103	-1,163	,246	-,087	-,086
	Depresyon	,031	,090	1,050	,295	,078	,078
	Dürtüsellik	-,023	-,097	-1,072	,285	-,080	-,079
Sosyal Yeterlilik $R= .157$ $R^2= .025$ $R^2_{adj}= .003$, $F(4,179)= 1.126$, $p>.05$	Sabit	18,457		16,492	,000		
	ASRS	-,018	-,080	-,869	,386	-,065	-,064
	Anksiyete	,044	,151	1,713	,089	,127	,126
	Depresyon	-,036	-,112	-1,306	,193	-,097	-,096
	Dürtüsellik	-,003	-,014	-,149	,882	-,011	-,011
Sosyal Kaynaklar $R= .168$ $R^2= .028$ $R^2_{adj}= .006$, $F(4,179)= 1.296$, $p>.05$	Sabit	17,582		13,612	,000		
	ASRS	,011	,042	,462	,645	,034	,034
	Anksiyete	,001	,004	,043	,966	,003	,003
	Depresyon	,024	,065	,755	,451	,056	,056
	Dürtüsellik	,026	,103	1,143	,255	,085	,084
Psikolojik Dayanıklılık Toplam $R= .144$ $R^2= .021$ $R^2_{adj}= .001$, $F(4,179)= .441$, $p>.05$	Sabit	102,335		23,932			
	ASRS	-,032	-,038	-,412	,681	-,031	-,030
	Anksiyete	-,067	-,060	-,679	,498	-,051	-,050
	Depresyon	,106	,085	,990	,323	,074	,073
	Dürtüsellik	-,082	-,098	-1,082	,281	-,081	-,080
Not. Basit Doğrusal Regresyon Analizi uygulanmıştır. F ve β değeri için $p<.05$ anlamlılık seviyesi olarak kabul edilmiştir.							

Çalışmada uygulanan ASRS, BDÖ, BAÖ ve BIS puanlarının, katılımcıların Psikolojik Dayanıklılık puanlarını yordayıp yordamadığını incelemek amacıyla katılımcıların RSA alt boyutlarının puanları bağımlı değişken olarak, ASRS, BDÖ, BAÖ ve BIS puanları ise bağımsız değişken olarak belirlenmiş ve standart çoklu regresyon analizi uygulanmıştır (Tablo 10).

Tüm bağımsız değişkenlerin birlikte eşitliğe dahil edildiği basit doğrusal regresyon modelinin, RSA alt boyutlarından Yapısal Stil puanlarını anlamlı düzeyde yordadığı belirlenmiştir [$F(4, 179) = 3.166, p < .05$]. Modelde, Yapısal Stil puanlarındaki varyansın %4'ü açıklanmaktadır ($R^2 = .045$). Standardize edilmiş regresyon katsayılarına bakıldığında Yapısal Stili yordama gücü sırasına göre, modele dahil edilen bağımsız değişkenlerden Dürtüsellik ($\beta = -.311, p = 0.001, p < .01$) puanının negatif yönde anlamlı düzeyde Yapısal Stil puanlarını yordadığı saptanmıştır.

Tüm bağımsız değişkenlerin birlikte eşitliğe dahil edildiği basit doğrusal regresyon modelinin; RSA alt boyutlarından Aile Uyumu puanlarını anlamlı düzeyde yordadığı belirlenmiştir [$F(4, 179) = 3.445, p < .05$]. Modelde, Aile Uyumu puanlarındaki varyansın %5'i açıklanmaktadır ($R^2 = .051$). Standardize edilmiş regresyon katsayılarına bakıldığında Aile Uyumu puanlarını yordama gücü sırasına göre, modele dahil edilen bağımsız değişkenlerden Anksiyete ($\beta = -.170, p = 0.048, p < .05$) puanının negatif yönde anlamlı düzeyde Aile Uyumu puanlarını yordadığı saptanmıştır. Yapılan diğer analizlerde ise modelin diğer dayanıklılık alt ölçek puanlarını anlamlı düzeyde yordamadığı belirlenmiştir ($p > .05$).

5. TARTIŞMA

Sporcuların DEHB, anksiyete, depresyon, dürtüsellik belirtilerinin bir arada oluşturduğu modelin, psikolojik dayanıklılık toplam puanını olmasa da, psikolojik dayanıklılık alt boyutlarından aile uyumu ve yapısal stili anlamlı olarak açıklayabildiği belirlendi. Yapılan analizde, modelin aile uyumunu %5 düzeyde açıkladığı belirlenirken, aile uyumu katsayı bakımından en çok anksiyeteye anlamlı düzeyde negatif ilişkili, ikinci olarak da DEHB belirtileriyle negatif ilişkili bulundu. Modelin yapısal stili %4 düzeyde açıkladığı belirlenirken, yapısal stil katsayı bakımından en çok dürtüsellikle anlamlı düzeyde, negatif ilişkili bulundu.

Çalışmaya alınan sporcuların 172'si (%93,5) erkek, 12'si ise (%6,5) kadındır. Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında 33 kişinin evli (%18), 148 kişinin ise bekar (%80,9) olduğu görülmektedir. İlköğretim ve lise mezunu olan 65 kişi (%35,3), üniversite mezunu 94 kişi (%51,1) ve lisansüstü mezunu 25 kişi (%13,6) çalışmada yer almıştır. Katılımcıların 63'ü sigara (%34,2), 103'ü alkol (%56) ve 14'ü (%7,7) madde kullanımı sorusuna evet yanıtı vermiştir. Sporcuların 163'ünün (%88,6) spor dalı basketbol, 12'sinin (%6,5) futbol, 3'ünün (%1,6) voleybol, 3'ünün (%1,6) yüzme, 3'ünün (%1,6) atletizmdir.

Çalışmamıza katılan sporcuların %21,7'sinde hafif düzeyde depresyon, %8,7'sinde orta düzeyde depresyon, %2,7'sinde şiddetli depresyon saptanmıştır. Sporcularda depresyon yaygınlığının araştırıldığı bir çalışmada liseli sporcularda depresyon ve kendisine zarar verme düşüncesi kontrol grubuna göre düşük bulunmuştur (87). Üniversiteli sporcularda yapılan bir çalışmada depresyon yaygınlığı %21 saptanmış, eğlence amaçlı spor yapan grupla ve kontrol grubuyla karşılaştırıldığında anlamlı fark görülmemiştir (88). Profesyonel sporcuların kontrol grubuyla karşılaştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte, Alman sporcularda özbildirim ölçeğiyle %15 (89), Macar sporcularda özbildirim ölçeğiyle %37,5 (90),

Fransız sporcularda klinik görüşmelerle %3.6 sıklık bildirilen çalışmalar vardır (91). Kanadalı 50 profesyonel yüzücüde çalışmamızdaki ölçekle yapılan araştırmada %26 oranında depresyon saptanmıştır (92). Farklı sıklık ve yaygınlık bildiren çalışmalar olmakla birlikte, spor psikiyatrisinde önde gelen çalışmacıların genel görüşü sporculardaki depresyon yaygınlığında, genel popülasyondan anlamlı fark olmadığı şeklindedir (1,93). Çalışmamızdaki depresyon yaygınlığının da çalışmalarla uyumlu olduğu ve mağlubiyet, sakatlık, emeklilik, performans beklentilerini karşılamak, sağlıklı kalmayı sürdürebilmek gibi zorlukların da etkisiyle sporcularda depresif belirtilerin azımsanamayacak düzeyde bulunduğu söylenebilir (92).

Çalışmamıza katılan sporcuların %13'ünde orta düzeyde anksiyete, %8,2'sinde şiddetli anksiyete saptanmıştır. Sporcularda anksiyete bozukluğu yaygınlığının araştırıldığı bir çalışmada Avustralyalı profesyonel sporcularda özbildirim ölçekleriyle sosyal anksiyete bozukluğu %14.7, yaygın anksiyete bozukluğu %7.1, panik bozukluk yaygınlıkları %4.5 saptanmış, genel popülasyondan anlamlı farklı olmadığı ifade edilmiştir (93). Çalışmamızdaki anksiyete yaygınlığının da literatürle uyumlu olduğu söylenebilir.

Türkiye İstatistik Kurumu 2018 yılı verilerinde ülkemizde nüfusun %19.7'sinin lisans ve lisansüstü eğitim aldığı bildirilmiştir; çalışmamızdaki sporcuların ise %64.7'si lisans ve lisansüstü eğitim almıştır ve eğitim düzeyi konusunda ayrıcalıklı bir topluluk olduğu sonucuna varılabilir. Belirtilerin eğitim seviyesiyle ilişkisine bakıldığında, eğitim düzeyi yüksek olan grubun anksiyete ve dürtüsellik belirtileri, eğitim düzeyi daha düşük gruba göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır. Sporcularda böyle bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte eğitim düzeyiyle anksiyete ve depresyon belirtileri ilişkisinin, 33774 kişinin 11 yıllık izlem verileriyle incelendiği bir çalışmada, yüksek eğitim düzeyinin anksiyete ve depresyondan koruyucu etkisi ve bu etkinin yaşam boyu artarak sürdüğü saptanmıştır (94). Çalışmamızda eğitim düzeyi ile anksiyete belirtileri arasında negatif ilişki olmasına rağmen eğitim düzeyi ile depresyon belirtileri arasında ilişki saptanmaması, çalışmamızın sonucunun literatürdeki bulgularla kısmen uyumlu olduğunu göstermektedir. Dürtüsellik ile eğitim düzeyi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada üniversite okumayan grubun, okuyan gruba göre iki dürtüsellik

ölçeğinden anlamlı yüksek puanlar aldığı saptanmıştır; sporcu örneklemiyle çalışılmamış olmakla birlikte çalışmamızdaki eğitim düzeyi dürtüsellik olumsuz ilişkisiyle uyumludur (95).

Sporcularda DEHB, depresyon, dürtüsellik ve psikolojik dayanıklılık belirtilerinin, anksiyete düzeyine göre karşılaştırılmasında, anksiyete şiddeti arttıkça DEHB, depresyon ve dürtüsellik belirtilerinin anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır. Çalışmamızda kullandığımız BAÖ ön planda bilişsel ve somatik anksiyeteyi sorgulayan, uzamış durum anksiyetesini değerlendiren bir ölçektir (79). Bilişsel anksiyete olumsuz beklentiler, odaklanmakta güçlük, dikkatin dağılması ile karakterizedir (96); dolayısıyla sporcularda bilişsel anksiyete düzeyi arttıkça, olumsuz beklentiler ile ilişkili olarak depresif belirtilerin, odaklanmakta güçlük ve dikkatin dağılması ile ilişkili olarak DEHB belirtilerinin anlamlı düzeyde artması çalışmalarla uyumludur.

Sporcularda DEHB, anksiyete, depresyon, dürtüsellik ve psikolojik dayanıklılık belirtilerinin, spor dalına göre karşılaştırılmasında çok büyük bölümünün yaptığı spor basketbol olan sporcular, basketbol ve diğer sporlar olarak karşılaştırılmışlardır. Spor dalı basketbol olanlar ile diğerlerinin tamamı karşılaştırıldığında, spor dalı basketbol olanların anksiyete belirtileri ve psikolojik dayanıklılık alt boyutlarından sosyal yeterlilik puanları diğerlerinden anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Spor dalı basketbol olanlarla atletizm olanların anksiyete düzeylerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada basketbolcuların somatik anksiyete düzeyleri daha düşük, özgüvenleri daha yüksek saptanmış ve bu fark takım sporu, bireysel spor ayrımıyla ilişkilendirilmiştir (97). Buz patencilerinde yapılan bir çalışmada bireysel yarışmalarından önceki bilişsel ve somatik anksiyete düzeyleri, takım olarak yarışmalarından öncesine kıyasla daha yüksek saptanmıştır (98). Takım sporlarında anksiyete düzeyinin daha düşük saptanması sorumluluğun paylaşıyor olmasıyla ilişkilendirilebilir (99). Rakiple etkileşimin fazla olduğu, çevresel koşullar üzerinde kontrolün daha az olduğu basketbol gibi sporlarda, anlık değişimlerin daha az olduğu, koşulları daha öngörülebilir olan yüzme, koşu gibi sporlara kıyasla anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğu ve performans üzerinde daha olumsuz etkilerinin olduğu gösterilmiştir (99). Çalışmamızda anksiyete belirtilerini

basketbolcularda daha yüksek bulmamızda; takım sporlarında daha düşük anksiyete düzeyleri beklenmesine karşın, basketbol gibi fiziksel temasın fazla, öngörülebilirliğin az olduğu sporlarda anksiyete düzeylerinin yüksek saptanması ve görüşmeler yaptığımız dönemin basketbol sezonunun sonuna yakın olması ve birçok sporcunun o günlerde takımının sezon sonu sıralamasını belirleyecek önemli müsabakalara çıkacak olmasının payı olabilir. Üniversiteli basketbolcularda müsabaka öncesi ve sonrası anksiyete düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuştur (100).

Basketbolcularda daha yüksek saptanan sosyal yeterlilikte; dışadönüklük, sosyal uyum yeteneği, olumlu mizaç, etkinlik başlatma yeteneği, iletişim becerilerinde iyilik ve sosyal konularda esneklik değerlendirilmektedir. Farklı spor dallarında sosyal yeterlilikte farklılık gösteren çalışmalara rastlanmamıştır; çalışmamızda basketbol dışı grupta sosyal yeterliliğinin daha düşük saptanmasında, bu konuda spor dallarının birbirlerinden farklılaştığını iddia etmekten ziyade, çalışmamızda basketbol dışı grupta bireysel sporcuların olması ve bireysel sporcularda, takım ortamının geliştirmesi beklenen sosyal uyum yeteneği, iletişim becerileri gibi özelliklerin, takım sporcularına göre düşük saptanmış olabileceğinden bahsedilebilir. Bireysel sporcular ve takım sporcularının kişilik özelliklerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada sosyal etkileşime duyulan ihtiyaç şeklinde tanımlanabilecek “sosyotropi” takım sporcularında daha yüksek saptanmıştır (101). Sosyal etkileşime duyulan ihtiyaç arttıkça sosyal yeterlilikte değerlendirilen özelliklerin artması beklenir ve çalışmamızdaki bulgunun, takım sporu bireysel spor karşılaştırılması olarak değerlendirildiğinde literatürle uyumlu olduğu söylenebilir.

Sporcularda DEHB, anksiyete, depresyon, dürtüsellik ve psikolojik dayanıklılık belirtilerinin, antrenman sıklığına göre karşılaştırılmasında haftada üç ve üçten fazla antrenman yapanlarda, üçten az antrenman yapanlara göre dikkat eksikliği belirtileri anlamlı düzeyde düşük, motor dürtüsellik belirtileri anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Çalışmamızda antrenman sayısı arttıkça dikkat eksikliği belirtilerinin azalması, fiziksel aktivitenin dikkati arttırdığı çalışmalarla uyumludur (59,60).

Sporcularda DEHB, anksiyete, depresyon, dürtüsellik ve psikolojik dayanıklılık belirtilerinin, sporcuların yaşı ve kaç yıldır spor yaptıkları ile ilişkisi incelendiğinde, sporcuların yaşı ve spor yaptıkları süre ile anksiyete ve dürtüsellik belirtileri negatif ilişkili bulunmuştur. Rüzgar sörfçülerinde yaş ile anksiyete belirtileri ilişkisinin incelendiği bir çalışmada yaş ile bilişsel anksiyete negatif ilişkili saptanmıştır (102). Benzer şekilde triatletler, bisikletçiler ve koşucularda da yaş ile bilişsel anksiyete negatif ilişkili bulunmuştur (103). Bilişsel anksiyetenin sportif başarısızlığa yol açtığını gösteren bir çalışmada da tecrübe düzeyiyle bilişsel anksiyete negatif ilişkili saptanmıştır (104). 540 futsal oyuncusuyla yapılan bir çalışmada da tecrübe düzeyiyle anksiyete düzeyleri arasında negatif ilişki gösterilmiştir (105). Çalışmamızda ön planda bilişsel ve somatik anksiyeteyi sorgulayan bir anksiyete ölçeği kullandığımız düşünüldüğünde çalışmamızdaki yaş anksiyete belirtileri negatif ilişkisi, literatürle uyumludur. Bu negatif ilişkide, düzenli antrenman, müsabakalar ve farklı düzeylerde sportif rekabeti deneyimleme ile, sporcuların zamanla dış uyaranlardan daha az etkilendikleri, anksiyetelerini azaltan kaynakları ve yöntemleri tanımlayabildikleri düşünülebilir (105).

Sporcularda DEHB, anksiyete, depresyon, dürtüsellik ve psikolojik dayanıklılık belirtilerinin, korelasyon analiziyle birbirleriyle ilişkisi incelendiğinde DEHB belirtileri, anksiyete, depresyon ve dürtüsellik belirtileri ile pozitif yönde, DEHB alt ölçeklerinden aşırı hareketlilik/dürtüsellik belirtileri psikolojik dayanıklılık alt boyutlarından aile uyumu ile negatif yönde ilişkili saptanmıştır. DEHB'ye en sık eşlik eden bozukluklardan ikisi depresyon ve anksiyete bozukluğudur (106). DEHB'li bireyler dikkat dağınık davranışları nedeniyle erken yaşlarda ebeveynleri, sonrasında öğretmenleri ve sporda koçları tarafından kınamalara maruz kalabilirler; yüksek sözel kültüre uyum sağlamakta yaşadıkları zorluklar nedeniyle erken yaşlarda ebeveynlerinin, sonrasında öğretmenlerinin ve sporda koçlarının beklentilerini anlamadıklarında kendileriyle ilgili hayal kırıklığı yaşayabilirler (7). DEHB'li erişkinlerde, toplumun kalanına kıyasla depresyon açısından üç kat, distimi açısından altı kat, herhangi bir duygudurum bozukluğu açısından dört kat ve herhangi bir anksiyete bozukluğu açısından yaklaşık 2.5 kat artmış risk tanımlanmıştır (107). Dürtüsellik de DEHB'nin temel belirtilerinden olduğu düşünüldüğünde,

çalışmamızda DEHB belirtileri ile depresyon, anksiyete ve dürtüsellik belirtileri arasında bulunan pozitif korelasyon literatürle uyumludur.

Sporcuların DEHB, anksiyete, depresyon, dürtüsellik belirtilerinin bir arada oluşturduğu modelin, psikolojik dayanıklılık toplam puanını olmasa da, psikolojik dayanıklılık alt boyutlarından aile uyumu ve yapısal stili anlamlı olarak açıklayabildiği belirlendi. Yapılan analizde, modelin aile uyumunu %5 düzeyde açıkladığı belirlenirken, katsayı bakımından en çok anksiyeteyle anlamlı düzeyde, ikinci olarak da DEHB belirtileriyle negatif ilişkili bulundu.

DEHB tanılı bireylerin ebeveynlerinin kontrol gruplarına göre ailelerini daha uyumsuz, çatışmalı, düzensiz, başarısız olarak değerlendirdiği görülmektedir (108,109). Anksiyete bozukluğunun eşlik ettiği DEHB, anksiyete bozukluğu eşlik etmeyen DEHB ve kontrol grubunun aile özelliklerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada anksiyete bozukluğu eşlik eden DEHB ailelerinin daha kısıtlayıcı olduğu, kendine güven ve bağımsızlıklarının daha az olduğu, annelerde alkol ve madde kullanım bozukluğunun diğer iki gruba göre anlamlı yüksek olduğu gösterilmiştir (109). Aile uyumunu arttıran olumlu ebeveynliğin DEHB’de psikolojik dayanıklılık açısından koruyucu olduğunu gösteren çalışmalarda olumlu ebeveynliğin işlevselliğin tüm alanlarında olumlu etkisi saptanmış (66), özellikle 9-11 yaşlarındaki çocuklarda anne şefkatinin dikkatsizliğin şiddeti üzerinde koruyuculuğu gösterilmiştir (67). Aile uyumunun, DEHB belirtilerini, ilaç tedavisi ihtiyacını azaltarak doğrudan destekleyici etkisi, DEHB belirti şiddeti ve yaşam kalitesi ilişkisindeki aracı rolüyle de dolaylı destekleyici etkisi gösterilmiştir. Aile uyumunun aynı zamanda bireylerin kendi bildirdikleri duygu ve davranım sorunlarıyla yaşam kalitesi arasında da aracı rolü saptanmıştır (65). Evlat edinmeyle aile ortamı ve DEHB ilişkisinin incelendiği bir çalışmada artmış aile uyumunun DEHB belirtilerinde azalmadaki aracı rolü gösterilmiştir (110).

Sporcuların çoğu aile uyumunu bozabilecek zorluklarla karşılaşır. Çoğu zaman ailenin geçimini sağlayan kişi olmanın getirdiği baskı ve sorumluluklar, müsabakalar nedeniyle sık yer değiştirmek zorunda olmanın getirdiği daha düzensiz aile yaşantısı bu zorluklara örnek gösterilebilir (19). Bu yer değiştirme ve düzensiz aile yaşantısının, özellikle aile uyumunu değerlendirme kriterlerinden olan “işleri hep

beraber yapmak” konusunda sporcuları zorlaması beklenebilir. Bu durumlara eşlik eden anksiyete ve anlamlı düzeyde olmamakla birlikte DEHB belirtilerinin aile uyumu üzerine olumsuz etkileri düşünüldüğünde, çalışmamızdaki belirti topluluğunun sporcularda aile uyumuyla olumsuz ilişkisi literatürle uyumludur.

Yapısal stil regresyon analizinde %4 yordaniyor olarak saptandı, en çok dürtüsellikle, olumsuz ilişkili bulundu. Yapısal stilde, kurallar ve düzenli alışkanlıkların günlük hayattaki yeri, yeni bir işe başlarken ayrıntılı plan yapmayı tercih etmek, ulaşmak istenen açık bir hedef olduğunda daha verimli olmak, zamanı planlama becerisi değerlendirilmektedir (81). Dürtüsellik arttıkça işleri dikkatle planlamama, düşünmeden iş yapma, hızlı karar verme, geleceği düşünmeden hareket etme tipiktir (83); dolayısıyla çalışmamızdaki dürtüsellüğün yapısal stille olumsuz ilişkisi literatürle uyumludur. Ayrıca DEHB olan bireylerin çocuklukta ne zaman oyunu bırakıp eve dönmeleri gerektiğini belirlemek, erişkinlikte işlerini planlarken hangi göreve ne kadar zaman ayıracıklarını belirlemek gibi zamanı planlama konusunda yaşadıkları sorunların yapısal stili olumsuz etkilemesi beklenebilir (30). Üç yıllık bir izlem çalışmasında yapısal stilin depresyon ve anksiyete belirtilerinin gelişimi açısından koruyucu etkisi saptanmamıştır (65); yapısal stili açıklamada depresyon ve anksiyete belirtilerinin anlamlı etkisinin bulunmadığı çalışmamıza benzer şekilde yapısal stil ile depresyon ve anksiyete belirtileri arasında ilişki gösterilememiştir.

Çalışmamızda belirti topluluğunun psikolojik dayanıklılık alt boyutlarından benlik algısı, gelecek algısı, sosyal yeterlilik, sosyal kaynakları yordamadığı belirlenmiştir. Kendilik algısı ve gelecek algısı bireysel yeterlilikle ilişkilendirilen alt boyutlardır. Bireysel yeterliliğin önemli parçalarından olan benlik saygısının DEHB’de kontrol gruplarına göre düşük saptandığı çalışmalar vardır. Depresyon belirtileri de eklendiğinde bireysel yeterliliğin olumsuz etkilenmesi beklenirken, çalışmamızda belirti topluluğunun bireysel yeterliliği açıklamıyor oluşu, DEHB’de yüksek benlik saygısı olan grupta gösterilen sosyal becerilerde iyilik, özel bir yeteneğe sahip olma ve olumlu yol gösteren birinin varlığı gibi özelliklere, sporcuların sahip olmasıyla ilişkilendirilebilir (111).

6. SONUÇLAR, KISITLILIKLAR VE ÖNERİLER

Sporcularda genel popülasyona yakın oranda depresyon ve anksiyete oranları saptanmıştır. Sporcularda eğitim düzeyi ile anksiyete ve dürtüsellik belirtileri negatif ilişkili bulunmuştur. Basketbolcularda anksiyete düzeyleri ve psikolojik dayanıklılık alt boyutlarından sosyal yeterlilik puanları diğer sporculara göre daha yüksek saptanmıştır. Daha fazla antrenman yapan grupta daha düşük DE, daha yüksek motor dürtüsellik görülmüştür. Sporcularda DEHB, depresyon, anksiyete, dürtüsellik belirtilerinin birbirleriyle pozitif yönde, anlamlı ilişkili olduğu gösterilmiştir. Sporcularda psikolojik dayanıklılıktan bahsedilirken, bu psikiyatrik belirtiler, sporcuların uyum sağlamalarını zorlaştıran bireysel zorluklar sınıfında değerlendirilir. Bu belirtilerin bir arada, psikolojik dayanıklılık alt boyutlarından aile uyumu ve yapısal stili anlamlı düzeyde açıkladığı belirlenmiştir. Sporcularda bu belirtilerin tedavisinin doğrudan ve aile uyumu, yapısal stili destekleyerek dolaylı olarak sportif performansı olumlu etkileyeceği söylenebilir.

Çalışmamızda bireysel sporcu sayısı, kadın sporcu sayısı azdır; bu nedenle bireysel sporcular ile takım sporcuları arasında ve kadın sporcular ile erkek sporcular arasında karşılaştırma yapma imkanımız olamamıştır. Kendi bildirim ölçekleri kullanılmıştır ve kesitsel, niceliksel bir araştırma yapılmıştır. Psikolojik dayanıklılığın dinamik sürecini, kişilik özellikleri ve sosyal etkileşimin etkisini boylamsal, niteliksel araştırmaların daha iyi aydınlayabileceği düşünülmektedir. Ayrıca sporculara özgü zorlukları, uyum süreçlerini özgül değerlendirebilecek, sportif bağlamda bir psikolojik dayanıklılık ölçeği geliştirmek araştırmacılar için uygun bir hedef olabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Giges B. Sport Psychiatry: Theory and Practice. *J Sport Exerc Psychol.* 2016;22(3):273–276.
2. Association. AP. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM 5. American Journal of Psychiatry. 2013.
3. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. Young adult outcome of hyperactive children: Adaptive functioning in major life activities. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2006;45(2):192–202.
4. Dvorsky MR, Langberg JM. A Review of Factors that Promote Resilience in Youth with ADHD and ADHD Symptoms. Vol. 19, *Clinical Child and Family Psychology Review.* Springer New York LLC; 2016. p. 368–391.
5. Han DH, McDuff D, Thompson D, Hitchcock ME, Reardon CL, Hainline B. Attention-deficit/hyperactivity disorder in elite athletes: A narrative review. Vol. 53, *British Journal of Sports Medicine.* 2019. p. 741–745.
6. Putukian M, Kreher JB, Coppel DB, Glazer JL, McKeag DB, White RD. Attention deficit hyperactivity disorder and the athlete: An American Medical Society for Sports Medicine Position Statement. Vol. 21, *Clinical Journal of Sport Medicine.* 2011. p. 392–401.
7. Currie A, Owen B. Sports Psychiatry. *Sports Psychiatry.* 2016. 1–24 p.
8. Poysophon P, Rao AL. Neurocognitive Deficits Associated With ADHD in Athletes: A Systematic Review. Vol. 10, *Sports Health.* SAGE Publications Inc.; 2018. p. 317–326.
9. Rutter M. Psychosocial Resilience And Protective Mechanisms. *Am J Orthopsychiatry.* 1987;57(3):316–31.
10. Masten AS, Best KM, Garmezy N. Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Dev Psychopathol.* 1990;2(4):425–444.
11. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. Vol. 71, *Child Development.* 2000. p. 543–562.
12. Masten AS. Ordinary magic: Resilience processes in development. *Am Psychol.* 2001;56(3):227–238.
13. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new Resilience scale: The Connor-Davidson Resilience scale (CD-RISC). *Depress Anxiety.* 2003;18(2):76–82.
14. Bonanno GA. Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive after Extremely Aversive Events? Vol. 59, *American Psychologist.* 2004. p. 20–28.
15. Agaibi CE, Wilson JP. Trauma, PTSD, and Resilience: A Review of the Literature. *Trauma, Violence, Abus.* 2005;6(3):195–216.
16. Lee HH, Cranford JA. Does resilience moderate the associations between parental problem drinking and adolescents' internalizing and externalizing behaviors?. A study of Korean adolescents. *Drug Alcohol Depend.* 2008 Aug 1;96(3):213–221.

17. Leipold B, Greve W. A conceptual bridge between coping and development. *Eur Psychol.* 2009;14(1):40–50.
18. Fletcher D, Sarkar M. A grounded theory of psychological resilience in Olympic champions. *Psychol Sport Exerc.* 2012 Sep;13(5):669–678.
19. Sarkar M, Fletcher D. Psychological resilience in sport performers: a review of stressors and protective factors. *J Sports Sci.* 2014;32(15):1419–1434.
20. Hosseini SA, Besharat MA. Relation of resilience with sport achievement and mental health in a sample of athletes. In: *Procedia - Social and Behavioral Sciences.* Elsevier Ltd; 2010. p. 633–638.
21. Hanton S, Neil R, Mellalieu SD. Recent developments in competitive anxiety direction and competition stress research. *Int Rev Sport Exerc Psychol.* 2008;1(1):45–57.
22. Nicholls AR, Polman RCJ. Coping in sport: A systematic review. Vol. 25, *Journal of Sports Sciences.* 2007. p. 11–31.
23. Glick ID, Kamm R, Morse E. The evolution of sport psychiatry, circa 2009. *Sports Medicine.* 2009.
24. Still GF. Some abnormal psychical conditions in children: Excerpts from three lectures. In: *Journal of Attention Disorders.* 2006. p. 126–136.
25. Ebaugh FG. Neuropsychiatric sequelae of acute epidemic encephalitis in children. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1923 Feb 1;25(2):89.
26. Strohl MP. Bradley's Benzadrine studies on children with behavioral disorders. *Yale J Biol Med.* 2011 Mar;84(1):27–33.
27. Association AP. *DSM-III-R: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* revised. Washington, DC Assoc. 1987.
28. Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.).* Washington, DC: Author. Barber, J P, Connolly, M B, Crits-Christoph, P, Gladis, L, Siqueland, L. 1994.
29. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders—(DSM-IV-TR), 4th edition.* Am Psychiatr Assoc Washingt DC. 2000.
30. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 4998 p.
31. Faraone S V., Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine.* 2006.
32. Sibley MH, Swanson JM, Arnold LE, Hechtman LT, Owens EB, Stehli A, et al. Defining ADHD symptom persistence in adulthood: optimizing sensitivity and specificity. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2017.
33. Semerci B, Aksoy U. M. (2018). *Erişkinlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu – Tanı ve Tedavi Kılavuzu (1. Baskı).* Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği.
34. Polanczyk G, De Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry.* 2007;164(6):942–948.

35. Thomas R, Sanders S, Doust J, Beller E, Glasziou P. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. Vol. 135, *Pediatrics*. 2015. p. e994–1001.
36. Zorlu A, Unlu G, Cakaloz B, Zencir M, Buber A, Isildar Y. The Prevalence and Comorbidity Rates of ADHD Among School-Age Children in Turkey. *J Atten Disord*. 2015 Apr 6;108705471557799.
37. Erşan EE, Doğan O, Doğan S, Sümer H. The distribution of symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in school age children in Turkey. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2004;13(6):354–361.
38. Willcutt EG. The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. Vol. 9, *Neurotherapeutics*. 2012. p. 490–499.
39. Fayyad J, De Graaf R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K, et al. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry*. 2007 May;190(MAY):402–409.
40. Simon V, Czobor P, Bálint S, Mészáros Á, Bitter I. Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: Meta-analysis. Vol. 194, *British Journal of Psychiatry*. 2009. p. 204–211.
41. Faraone S V, Asherson P, Banaschewski T, Biederman J, Buitelaar JK, Ramos-Quiroga JA, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nat Rev Dis Prim*. 2015;1:15020.
42. Wood AC, Neale MC. Twin studies and their implications for molecular genetic studies: Endophenotypes integrate quantitative and molecular genetics in ADHD research. Vol. 49, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2010. p. 874–883.
43. Volkow ND, Swanson JM. Adult attention deficit-hyperactivity disorder. *N Engl J Med*. 2013 Nov 14;369(20):1935–1944.
44. Thapar A, Cooper M, Jefferies R, Stergiakouli E. What causes attention deficit hyperactivity disorder? Vol. 97, *Archives of Disease in Childhood*. 2012. p. 260–265.
45. Heinonen K, Räikkönen K, Pesonen AK, Andersson S, Kajantie E, Eriksson JG, et al. Behavioural symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder in preterm and term children born small and appropriate for gestational age: A longitudinal study. *BMC Pediatr*. 2010 Dec 15;10:91.
46. Stahl SM. Stahl's Essential Psychopharmacology. *Journal of Chemical Information and Modeling*. 2013.
47. Fletcher D, Sarkar M. Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. Vol. 18, *European Psychologist*. 2013. p. 12–23.
48. Werner EE. High-risk Children In Young Adulthood: A Longitudinal Study from Birth to 32 Years. *Am J Orthopsychiatry*. 1989;59(1):72–81.
49. Masten AS, Roisman GI, Long JD, Burt KB, Obradović J, Riley JR, et al. Developmental cascades: Linking academic achievement and externalizing and internalizing symptoms over 20 years. *Dev Psychol*. 2005 Sep;41(5):733–746.
50. Wills TA, Murry VMB, Brody GH, Gibbons FX, Gerrard M, Walker C, et al. Ethnic pride and self-control related to protective and risk factors: Test of the theoretical model for the strong African American families program. *Heal Psychol*. 2007 Jan;26(1):50–59.

51. Farrell AD, Henry DB, Mays SA, Schoeny ME. Parents as Moderators of the Impact of School Norms and Peer Influences on Aggression in Middle School Students. *Child Dev.* 2011 Jan;82(1):146–161.
52. Masten AS, Obradović J. Competence and resilience in development. In: *Annals of the New York Academy of Sciences*. Blackwell Publishing Inc.; 2006. p. 13–27.
53. Vaughan CA, Foshee VA, Ennett ST. Protective effects of maternal and peer support on depressive symptoms during adolescence. *J Abnorm Child Psychol.* 2010 Feb;38(2):261–272.
54. Parr JW. Attention-deficit hyperactivity disorder and the athlete: New advances and understanding. Vol. 30, *Clinics in Sports Medicine*. 2011. p. 591–610.
55. Hupfeld KE, Abagis TR, Shah P. Living “in the zone”: hyperfocus in adult ADHD. *ADHD Atten Deficit Hyperact Disord.* 2019 Jun 1;11(2):191–208.
56. Perroud N, Hasler R, Golay N, Zimmermann J, Prada P, Nicastro R, et al. Personality profiles in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *BMC Psychiatry.* 2016 Jun 14;16(1).
57. Kang KD, Han DH, Hannon JC, Hall MS, Choi JW. Temperamental predictive factors for success in Korean professional baseball players. *Psychiatry Investig.* 2015 Oct 1;12(4):459–465.
58. Kiluk BD, Weden S, Culotta VP. Sport participation and anxiety in children with ADHD. *J Atten Disord.* 2009 May;12(6):499–506.
59. Choi JW, Han DH, Kang KD, Jung HY, Renshaw PF. Aerobic exercise and attention deficit hyperactivity disorder: Brain Research. *Med Sci Sports Exerc.* 2015 Jan 1;47(1):33–39.
60. Hyun GJ, Jung TW, Park JH, Kang KD, Kim SM, Son YD, et al. Changes in Gait Balance and Brain Connectivity in Response to Equine-Assisted Activity and Training in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *J Altern Complement Med.* 2016 Apr 1;22(4):286–293.
61. Biederman J, Mick E, Faraone S V. Normalized functioning in youths with persistent attention- deficit/hyperactivity disorder. *J Pediatr.* 1998;133(4):544–551.
62. Wright MO, Masten AS, Narayan AJ. Resilience processes in development: Four waves of research on positive adaptation in the context of adversity. In: *Handbook of Resilience in Children: Second Edition*. Boston, MA: Springer US; 2013. p. 15–37.
63. Mikami AY, Hinshaw SP. Resilient adolescent adjustment among girls: Buffers of childhood peer rejection and attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Abnorm Child Psychol.* 2006 Dec;34(6):825–839.
64. McQuade JD, Hoza B, Murray-Close D, Waschbusch DA, Owens JS. Changes in Self-Perceptions in Children With ADHD: A Longitudinal Study of Depressive Symptoms and Attributional Style. *Behav Ther.* 2011 Jun;42(2):170–182.
65. Schei J, Nøvik TS, Thomsen PH, Lydersen S, Indredavik MS, Jozefiak T. What Predicts a Good Adolescent to Adult Transition in ADHD? The Role of Self-Reported Resilience. *J Atten Disord.* 2018 Apr 1;22(6):547–560.
66. Healey DM, Flory JD, Miller CJ, Halperin JM. Maternal positive parenting style is associated with better functioning in hyperactive/inattentive preschool children. *Infant Child Dev.* 2011 Mar;20(2):148–161.

67. Kawabata Y, Tseng WL, Gau SSF. Symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and social and school adjustment: The moderating roles of age and parenting. *J Abnorm Child Psychol*. 2012 Feb;40(2):177–188.
68. Chronis AM, Pelham WE, Baumann BL, Kipp H, Lahey BB, Williams SH, et al. Maternal depression and early positive parenting predict future conduct problems in young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Dev Psychol*. 2007 Jan;43(1):70–82.
69. McQuade JD, Vaughn AJ, Hoza B, Murray-Close D, Molina BSG, Arnold LE, et al. Perceived Social Acceptance and Peer Status Differentially Predict Adjustment in Youth With and Without ADHD. *J Atten Disord*. 2014 Jan;18(1):31–43.
70. Becker SP, Fite PJ, Luebke AM, Stoppelbein L, Greening L. Friendship intimacy exchange buffers the relation between adhd symptoms and later social problems among children attending an after-school care program. *J Psychopathol Behav Assess*. 2013 Jun;35(2):142–152.
71. Cardoos SL, Hinshaw SP. Friendship as protection from peer victimization for girls with and without ADHD. *J Abnorm Child Psychol*. 2011 Oct;39(7):1035–1045.
72. Galli N, Gonzalez SP. Psychological resilience in sport: A review of the literature and implications for research and practice. *Int J Sport Exerc Psychol*. 2015 Jul 3;13(3):243–257.
73. Seligman MEP, Nolen-Hoeksema S, Thornton N, Thornton KM. Explanatory style as a mechanism of disappointing athletic performance. *Psychol Sci*. 1990 Mar 25;1(2):143–146.
74. Martin-Krumm CP, Sarrazin PG, Peterson C, Famose JP. Explanatory style and resilience after sports failure. *Pers Individ Dif*. 2003;35(7):1685–1695.
75. Galli N, Vealey RS. “Bouncing back” from adversity: Athletes’ experiences of resilience. *Sport Psychol*. 2008;22(3):316–335.
76. Machida M, Irwin B, Feltz D. Resilience in competitive athletes with spinal cord injury: The role of sport participation. *Qual Health Res*. 2013 Aug 14;23(8):1054–1065.
77. Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E, et al. The World Health Organization adult ADHD self-report scale (ASRS): A short screening scale for use in the general population. *Psychol Med*. 2005 Feb;35(2):245–256.
78. Doğan S, Öncü B, Varol-Saraçoğlu G, Küçüköncü S. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1.1): Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği (Validity and reliability of the Turkish version of the Adult ADHD. *Anadolu Psikiyatr Derg*. 2009.
79. Beck AT, Steer RA. Manual for the Beck Anxiety Inventory. Behaviour research and therapy. 1990.
80. Ulusoy M, Sahin NH, Erkmén H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *J Cogn Psychother An Int Q*. 1998.
81. Friberg O, Hjemdal O, Rosenvinge JH, Martinussen M. A new rating scale for adult resilience: What are the central protective resources behind healthy adjustment? *Int J Methods Psychiatr Res*. 2003;12(2):65–76
82. Basım HN, Çetin F. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği’nin Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. *Türk Psikiyatr Derg*. 2011.

83. Barratt ES. Measuring and predicting aggression within the context of a personality theory. *Journal of Neuropsychiatry* 1991;3:535-539.
84. Güleç H, Tamam L, Güleç MY ve ark. Barratt dürtüsellik ölçeği-11(BIS- 11)“nin Türkçe uyarlamasının psikometrik özellikleri. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2008;18:251-258.
85. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck depression inventory-II. San Antonio, TX Psychol Corp. 1996.
86. Hisli N. Beck depresyon envanteri’nin geçerliği üzerine bir çalışma. *Türk Psikol Derg.* 1988.
87. Taliaferro LA, Rienzo BA, Miller MD, Pigg RM, Dodd VJ. High school youth and suicide risk: Exploring protection afforded through physical activity and sport participation. *J Sch Health.* 2008 Oct;78(10):545–553.
88. Yang J, Peek-Asa C, Corlette JD, Cheng G, Foster DT, Albright J. Prevalence of and risk factors associated with symptoms of depression in competitive collegiate student athletes. *Clin J Sport Med.* 2007 Nov;17(6):481–487.
89. Nixdorf I, Frank R, Hautzinger M, Beckmann J. Prevalence of depressive symptoms and correlating variables among German elite athletes. *J Clin Sport Psychol.* 2013;7(4):313–326.
90. Resch M, Haász P. Az elso epidemiológiai felmérés a magyar élsportolók körében: evészavarok, depresszió és egyéb rizikótényezok. Vol. 150, *Orvosi Hetilap.* 2009. p. 35-40.
91. Schaal K, Tafflet M, Nassif H, Thibault V, Pichard C, Alcotte M, et al. Psychological balance in high level athletes: Gender-Based differences and sport-specific patterns. Uddin M, editor. *PLoS One.* 2011 May 4;6(5):e19007.
92. Hammond T, Gialloreti C, Kubas H, Hap Davis H. The prevalence of failure-based depression among elite athletes. *Clin J Sport Med.* 2013 Jul;23(4):273–277.
93. Reardon CL. Psychiatric Comorbidities in Sports. Vol. 35, *Neurologic Clinics.* W.B. Saunders; 2017. p. 537-546.
94. Bjelland I, Krokstad S, Mykletun A, Dahl AA, Tell GS, Tambs K. Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study. *Soc Sci Med.* 2008 Mar;66(6):1334–1345.
95. Jaroni JL, Wright SM, Lerman C, Epstein LH. Relationship between education and delay discounting in smokers. *Addict Behav.* 2004 Aug;29(6):1171–1175.
96. Swain A, Jones G. Relationships between Sport Achievement Orientation and Competitive State Anxiety. *Sport Psychol.* 2016 Mar;6(1):42–54.
97. Kirkby RJ, Liu J. Precompetition anxiety in Chinese athletes. *Percept Mot Skills.* 1999 Feb;88(1):297–303.
98. Martin, K. A., & Hall, C. R. (1997). Situational and intrapersonal moderators of sport competition state anxiety. *Journal of Sport Behavior,* 20(4);435.
99. Humara, M. (1999). The relationship between anxiety and performance: A cognitive-behavioral perspective. *Athletic Insight,* 1(2), 1-14.
100. Singh, A., Singh, S., & Yadav, B. B. (2011). A study of pre and post-competitive anxiety level of inter-university basketball players. *Indian Journal of Science and Technology,* 4(6); 650-651.

101. Nia ME, Ali Besharat M. Comparison of athletes' personality characteristics in individual and team sports. In: *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. Elsevier Ltd; 2010. p. 808-812.
102. Modroño, C., & Guillen, F.. Anxiety characteristics of competitive windsurfers: relationships with age, gender, and performance outcomes. *Journal of Sport Behavior*, 2011;34(3):281-293.
103. Hammermeister J, Burton D. Anxiety and the Ironman: Investigating the Antecedents and Consequences of Endurance Athletes' State Anxiety. *Sport Psychol*. 2016 Aug 10;9(1):29-40.
104. Parnabas, V. A., & Mahamood, Y. Competitive anxiety level before and during competition among Malaysian athletes. *Pertanika J Soc Sci Hum*, 2010; 18(2):399-406.
105. Mottaghi M, Atarodi A, Rohani Z. The relationship between coaches' and athletes' competitive anxiety, and their performance. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2013;7(2):68–76.
106. Katzman MA, Bilkey TS, Chokka PR, Fallu A, Klassen LJ. Adult ADHD and comorbid disorders: Clinical implications of a dimensional approach. Vol. 17, *BMC Psychiatry*. BioMed Central Ltd.; 2017.
107. Kessler RC, Adler L, Berkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*. 2006;163(4):716–723.
108. Pressman LJ, Loo SK, Carpenter EM, Asarnow JR, Lynn D, McCracken JT, et al. Relationship of family environment and parental psychiatric diagnosis to impairment in ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006 Mar;45(3):346–354.
109. Kepley HO, Ostrander R. Family characteristics of anxious ADHD children: Preliminary results. *J Atten Disord*. 2007 Feb 26;10(3):317–323.
110. Wilmschurst L, Peele M, Wilmschurst L. Resilience and well-being in college students with and without a diagnosis of ADHD. *J Atten Disord*. 2010 Nov;15(1):11–17.
111. Wilmschurst L, Peele M. Resilience and well-being in college students with and without a diagnosis of ADHD 1529. *J AttenDisord*. 2011 Jan;15(1557-1246 (Electronic)):11–17.

8. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı: Mehmetcan KAÇAR

Doğum Yeri ve Tarihi: Darıca, 9 Şubat 1989

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti

Medeni Durumu: Evli

İletişim Adresi ve Telefonu: Bostancı Mah. Kurukuyu Sok. Kök Apt. No:14/20
Kadıköy/İSTANBUL 05442553333

Yabancı Dili: İngilizce

II- Eğitimi:

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi: 2008-2014

Kartal Burak Bora Anadolu Lisesi: 2003-2007

Mustafa Üstündağ İlköğretim Okulu: 2002-2003

Özel Gebze İlköğretim Okulu: 1997-2002

Osmangazi İlköğretim Okulu: 1995-1997

III- Ünvanları:

Hekim: 2014

IV- Mesleki Deneyimleri:

2015-2019: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi Asistan Hekim

2014- Gebze Fatih Devlet Hastanesi Pratisyen Hekim

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Türk Psikiyatri Derneği

İstanbul Tabip Odası

VI- Bilimsel İlgi Alanları

Makaleler:

1. Yıldızhan E, Tomruk NB, Özdemir A, Kaçar M, Çelik Y, Yılmaz D, Varlık C.
Role of valproate in hyperammonemic encephalopathy in women in a tertiary
psychiatric clinic.

Anadolu Psikiyatri Derg. 2019; 20(6):589-596

Sözlü Bildiriler:

1. Yıldızhan E, Tomruk NB, Özdemir A, Kaçar M, Çelik Y. (Ekim 2017) Bir
üçüncü basamak psikiyatri servisindeki kadınlarda hiperamonyemik
ensefalopatide valproik asidin rolü 53. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Bursa, Türkiye

9. EKLER

EK 1 - ETİK KURUL ONAYI



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



07.05.2019

TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ KURULU KARARI

İlgi : Asist. Dr. Mehmetcan KAÇAR'ın 26.04.2019 tarih ve 15857 sayılı dilekçesi.

Hastanemizin Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu Hastane Yönetici Başhekimisi Doç. Dr. Murat ERKIRAN, Hastane Eğitim Koordinatörü Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU, üyeler Doç. Dr. Bekir TUĞCU, Doç. Dr. H. Dilek ATAĞLI ve Doç. Dr. Gül KARACETİN'in katılımları ile 07.05.2019 tarihinde toplanmış;

Hastanemizin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Uzmanlık Öğrencisi Dr. Mehmetcan KAÇAR'ın, Uz. Dr. Nesrin Büket TOMRUK danışmanlığında yürüteceği "Sporcularda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Belirtilerinin Psikolojik Dayanıklılık ile İlişkisi" başlıklı tez protokolü ve ekleri 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun Ek 9. Maddesine, 06.06.2016 tarih ve 29744 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarına ait Sağlık Tesisleri ve Üniversitelere ait İlgili Birimlerin Birlikte Kullanımı ve İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmeliği'ne, 26.04.2014 tarih ve 28983 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği'ne, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 13.02.2014 tarihli Eğitim Planlama Kurulunun (EPK) Görevlerine Dair Yönergeye dayanarak hazırlanmış olan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönergesine istinaden kurulumuzca 314 protokol no ile onaylanmıştır.

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

Doç. Dr. Murat ERKIRAN
Başkan

Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU
Hastane Eğitim Koordinatörü

Doç. Dr. Bekir TUĞCU
Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği
Eğitim Görevlisi- Üye

Doç. Dr. H. Dilek ATAĞLI
Nörolojik Kliniği Eğitim Görevlisi
Üye

Doç. Dr. Gül KARACETİN
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Eğitim Görevlisi- Üye



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : 48865165-302.14.01
Konu : Dr. Mehmetcan KAÇAR'ın Tez
Konusu Onayı

**İSTANBUL BAKIRKÖY PROF. DR. MAHZAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR
HASTALIKLARI SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE**

Hastanenizde Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde uzmanlık öğrencisi olan Dr. Mehmetcan KAÇAR'ın tez konusu uygun bulunmuş olup onay formu ve 2 (iki) adet hakem değerlendirme formu Ek'te sunulmuştur.
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Ali İhsan TAŞÇI
Dekan V.

EK 2 - AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı,

1- “SPORCULARDA DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE
BOZUKLUĞU

BELİRTİLERİNİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK İLE İLİŞKİSİ” başlıklı bir bilimsel araştırma planlamış bulunmaktayız.

2- Toplum içerisinde yapılan tüm bilimsel araştırmalarda gerekli, bazı kimlik ve sosyoekonomik durumla ilgili bilgiler, ayrı bir soru formunda sorulacaktır. Kişisel ve tıbbi kayıtlarla ilgili gereken mahremiyete özen gösterilecek ve ilgili kayıtlar kişisel mahremiyet haklarınıza zarar vermemek koşuluyla bilimsel çalışmalarda kullanılabilir.

3-Yöntem olarak ölçekler kullanılacağı için, çalışma sağlığınız açısından herhangi bir risk taşımamaktadır.

4- Araştırma için sizden herhangi bir maddi talepte bulunulmadığı gibi sağlık güvencenize de hiçbir maddi külfet yüklememektedir.

Görüşlerim ile ilgili bilgilerin katılımcı ismi açıklanmaksızın sadece bilimsel araştırma amacıyla kullanılacağı tarafıma açıklanmış bulunmaktadır. Ölçeklerin içeriği, sözel olarak tarafıma anlatıldı. Bu çalışmaya gönüllü olarak katıldığımı imza ile onaylamam gerektiği söylendi.

2- “SPORCULARDA DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE
BOZUKLUĞU

BELİRTİLERİNİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK İLE İLİŞKİSİ” isimli araştırma hakkında bilgilendirilmiş olup, bu çalışmanın sonuçlarının hali hazırdaki sorun alanlarına katkısının olmayabileceğini anlamış ve kabul etmiş durumdayım. Yazılı onay vermiş olmama rağmen herhangi bir dönemde araştırmadan vazgeçme özgürlüğüne sahip olduğumu biliyorum. Üstte detayları anlatılan çalışmaya gönüllü olarak katılıyorum.

Tarih:

Adı Soyadı:

Açıklama yapanın adı/imzası: Mehmetcan Kaçar

İmza:

Şahitlik edenin adı/imzası:

EK 3 - SOSYODEMOGRAFİK ve KLİNİK VERİ FORMU

Adı Soyadı:

Doğum Tarihi:

Cinsiyet : ☐ 0. Erkek ☐ 1. Kadın

Medeni Durumu : ☐ 0. Evli ☐ 1. Bekâr ☐ 2. Dul ☐ 3. Boşanmış

Eğitim Düzeyiniz (en son bitirdiğiniz okul): ☐ 1. İlkokul ☐ 2. Ortaokul
☐ 3. Lise ☐ 4. Üniversite ☐ 5. Lisansüstü

Psikiyatrik hastalık öyküsü:

☐ 0. Yok ☐ 1. Psikotik Bozukluk ☐ 2. Duygudurum Bozukluğu
☐ 3. Alkol - Madde Kullanımı Bozukluğu ☐ 4. DEHB ☐ 5. Anksiyete bozukluğu
☐ 6. Diğer.....

Bilinen başka bir tıbbi hastalık: ☐ 0. Yok ☐ 1. Var (.....)

İntihar girişimi öyküsü: ☐ 0. Yok ☐ 1. Var

a) İntihar girişimi varsa sayısı: (.....)

b) İntihar girişimi varsa şekli:

Sigara kullanımı : ☐ 0. Yok ☐ 1. Var

Alkol kullanımı : ☐ 0. Yok ☐ 1. Var

Madde kullanımı : ☐ 0. Yok ☐ 1. Var

Ailede bilinen psikiyatrik hastalık öyküsü:

☐ 0. Yok ☐ 1. Psikotik Bozukluk ☐ 2. Duygudurum Bozukluğu
☐ 3. Alkol - Madde Kullanımı Bozukluğu ☐ 4. DEHB ☐ 5. Anksiyete bozukluğu
☐ 6. Diğer.....

Spora kim tarafından yönlendirildiniz: 1.Aile 2.Öğretmen 3.Arkadaş 4.Diğer

Spora başlama yaşı?

Kaç yıldır spor yapıyorsunuz?

Kaç yıldır lisanslı spor yapıyorsunuz ?

Spor dalınız ?

Birden fazla spor dalında lisanslı mücadele ettiniz mi, evetse hangi dallar ?

1.Hayır 2.Evet

Kaç yıldır bu kulüpte/takımda forma giyiyorsunuz ?

Spor yapma sıklığı: ☐0. Haftada 1 kez ☐1. Haftada 1-3 kez ☐2. Haftada 3 ve daha fazla ☐3. Ayda Birkaç Kez ☐4. Ayda Bir Kez

Antrenman sıklığı: ☐0. Haftada 1 kez ☐1. Haftada 1-3 kez ☐2. Haftada 3 ve daha fazla ☐3. Ayda Birkaç Kez ☐4. Ayda Bir Kez

Ailenizde lisanslı spor yapan kimse var mı, varsa kim ve hangi dalda ? 1.Hayır

2.Evet

EK 4 - ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU KENDİ BİLDİRİM ÖLÇEĞİ (ASRS)

Sayfanın sağında gösterilen açıklamalara göre, kendinizi değerlendirip aşağıdaki soruları yanıtlayınız. Soruları yanıtlarken son 6 ay içinde nasıl hissettiğiniz ve nasıl davrandığınız konusunda sizi en iyi tanımlayan kutuya (X) işareti koyunuz.						
		Asla	Nadiren	Bazen	Sık Sık	Çok Sık
1	Üzerinde çalıştığınız bir işin/projenin son ayrıntılarını toparlayıp projeyi tamamlamakta sorun yaşar mısınız?					
2	Organizasyon gerektiren bir iş yapmanız zorunlu olduğunda işlerinizi sıraya koymakta ne sıklıkla zorluk yaşarsınız?					
3	Yükümlülüklerinizi ve randevularınızı hatırlamakta ne sıklıkla sorun yaşarsınız?					
4	Çok fazla düşünmeyi ve konsantrasyonu gerektiren bir iş yapmanız gerekiyorsa ne sıklıkla başlamaktan kaçınır ya da geciktirirsiniz?					
5	Uzun bir süre oturmanız gerektiğinde, ne sıklıkla huzursuzlaşır, kıpırdanır ya da el ve ayaklarınızı kıpırdatırsınız?					
6	Ne sıklıkla kendinizi aşırı aktif ve sanki motor takılmış gibi bir şeyler yapmak zorunda hissedersiniz?					
A BÖLÜMÜ						
7	Sıkıcı veya zor bir proje üzerinde çalışmanız gerektiğinde, ne sıklıkla dikkatsizce hatalar yaparsınız?					
8	Monoton veya tekrarlayıcı bir iş yaparken ne sıklıkla dikkatinizi sürdürmekte güçlük çekersiniz?					
9	Doğrudan sizinle konuşuyor bile olsalar, insanların size söylediklerine yoğunlaşmakta ve dinlemekte ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?					
10	Evde veya işte eşyaları bulmakta ya da nereye koyduğunuzu hatırlamakta ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?					
11	Etrafınızdaki hareketlilik ve gürültü ne sıklıkla dikkatinizi dağıtır?					
12	Orada oturmanız beklendiğinde, bir toplantı veya benzer durumda ne sıklıkla yerinizden kalkarsınız?					
13	Ne sıklıkla kendinizi huzursuz, kıpır kıpır hissedersiniz?					
14	Kendinize ait boş zamanınız olduğunda ne sıklıkla gevşemekte ve rahatlamakta güçlük çekersiniz?					
15	Sosyal ortamlarda bulunduğunuzda, ne sıklıkla kendinizi çok konuşurken yakalarsınız?					
16	Bir sohbet ya da görüşmede, ne sıklıkla karşınızdaki kişi cümlesini bitirmeden onun cümlesini bitirdiğinizi fark edersiniz?					
17	Sıraya girmek gerektiğinde, ne sıklıkla sıranızın gelmesini beklemekte güçlük çekersiniz?					
18	Başka bir işle meşgul olduklarında diğer insanları araya girip engeller misiniz?					
B BÖLÜMÜ						

EK 5 - BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **SÜCÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

EK 6 - YETİŞKİNLER İÇİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÖLÇEĞİ

1. Beklenmedik bir olay olduğunda...					
Her zaman bir çözüm bulurum	☐	☐	☐	☐	Çoğu kez ne yapacağımı kestiremem
2. Gelecek için yaptığım planların...					
Başarılması zordur	☐	☐	☐	☐	Başarılması mümkündür
3. En iyi olduğum durumlar şu durumlardır...					
Ulaşmak istediğim açık bir hedefim olduğunda	☐	☐	☐	☐	Tam bir günlük boş bir vaktim olduğunda
4. ...olmaktan hoşlanıyorum					
Diğer kişilerle birlikte	☐	☐	☐	☐	Kendi başıma
5. Ailemin, hayatta neyin önemli olduğu konusundaki anlayışı...					
Benimkinden farklıdır	☐	☐	☐	☐	Benimkiyle aynıdır
6. Kişisel konuları ...					
Hiç kimseyle tartışmam	☐	☐	☐	☐	Arkadaşlarımla/Aile üyeleriyle tartışabilirim
7. Kişisel problemlerimi...					
Çözemem	☐	☐	☐	☐	Nasıl çözebileceğimi bilirim
8. Gelecekteki hedeflerimi...					
Nasıl başaracağımı bilirim	☐	☐	☐	☐	Nasıl başaracağımdan emin değilim
9. Yeni bir iş/projeye başladığımda ...					
İleriye dönük planlama yapmam, derhal işe başlarım	☐	☐	☐	☐	Ayrıntılı bir plan yapmayı tercih ederim
10. Benim için sosyal ortamlarda rahat/esnek olmak					
Önemli değildir	☐	☐	☐	☐	Çok önemlidir
11. Ailemle birlikteyken kendimi ... hissederim					
Çok mutlu	☐	☐	☐	☐	Çok mutsuz
12. Beni ...					
Bazı yakın arkadaşlarımla/aile üyeleri cesaretlendirebilir	☐	☐	☐	☐	Hiç kimse cesaretlendiremez
13. Yeteneklerim...					
Olduğuna çok inanırım	☐	☐	☐	☐	Konusunda emin değilim
14. Geleceğimin ... olduğunu hissediyorum					
Ümit verici	☐	☐	☐	☐	Belirsiz
15. Şu konuda iyiyimdir...					
Zamanımı planlama	☐	☐	☐	☐	Zamanımı harcama
16. Yeni arkadaşlık konusu ... bir şeydir					
Kolayca yapabildiğim	☐	☐	☐	☐	Yapmakta zorlandığım

Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği Devamı

17. Ailem şöyle tanımlanabilir ...					
Birbirinden bağımsız					Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş
18. Arkadaşlarımla arasındaki ilişkiler ...					
Zayıftır					Güçlüdür
19. Yağdılaroma ve kararlaroma ...					
Çok fazla güvenmem					Tamamen güvenirim
20. Geleceğe dönük amaçlarım ...					
Belirsizdir					İyi düşünülmüştür
21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar ...					
Günlük yaşamımda yoktur					Günlük yaşamımı kolaylaştırır
22. Yeni insanlarla tanışmak ...					
Benim için zordur					Benim iyi olduğum bir konudur
23. Zor zamanlarda, ailem ...					
Geleceğe pozitif bakar					Geleceği umutsuz görür
24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında ...					
Bana hemen haber verilir					Bana söylenmesi bir hayli zaman alır
25. Diğerleriyle beraberken					
Kolayca gülerim					Nadiren gülerim
26. Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem şöyle davranır:					
Birbirlerini desteklemez biçimde					Birbirlerine bağlı biçimde
27. Destek alırım					
Arkadaşlarımdan/aile üyelerinden					Hiç kimseden
28. Zor zamanlarda ... eğilimim vardır					
Her şeyi umutsuzca gören bir					Beni başıyaya götürebilecek iyi bir şey bulma
29. Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünülmesi, benim için ...					
Zordur					Kolaydır
30. İhtiyacım olduğunda ...					
Bana yardım edebilecek kimse yoktur					Her zaman bana yardım edebilen birisi vardır
31. Hayatımdaki kontrol edemediğim olaylar (ile) ...					
Başa çıkmaya çalışırım					Sürekli bir endişe/kaygı kaynağıdır
32. Ailemde şunu severiz ...					
İşleri bağımsız olarak yapmayı					İşleri hep beraber yapmayı
33. Yakın arkadaşlarımla/aile üyeleri ...					
Yeteneklerimi beğenirler					Yeteneklerimi beğenmezler

EK 7 – BARRATT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ

Açıklamalar: İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir.

Lütfen her cümleyi okuyunuz ve bu sayfanın sağındaki, size en uygun daire içine X koyunuz.

Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.

	Nadiren/ Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman/ Her zaman
1. İşlerimi dikkatle planlarım	—	—	—	—
2. Düşünmeden iş yaparım	—	—	—	—
3. Hızla karar veririm	—	—	—	—
4. Hiç bir şeyi dert etmem	—	—	—	—
5. Dikkat etmem	—	—	—	—
6. Uçuşan düşüncelerim var	—	—	—	—
7. Seyahatlerimi çok önceden planlarım	—	—	—	—
8. Kendimi kontrol edebilirim.	—	—	—	—
9. Kolayca konsantre olurum	—	—	—	—
10. Düzenli para biriktirim	—	—	—	—
11. Derslerde veya oyunlarda yerimde duramam	—	—	—	—
12. Dikkatli düşünen birisiyim	—	—	—	—
13. İş güvenliğine dikkat ederim	—	—	—	—
14. Düşünmeden bir şeyler söylerim	—	—	—	—
15. Karmaşık problemler üzerine düşünmeyi severim.	—	—	—	—
16. Sık sık iş değiştiririm	—	—	—	—
17. Düşünmeden hareket ederim	—	—	—	—
18. Zor problemler çözmem gerektiğinde kolayca sıkılırım.	—	—	—	—
19. Aklıma estiği gibi hareket ederim	—	—	—	—
20. Düşünerek hareket ederim	—	—	—	—
21. Sıklıkla evimi değiştiririm	—	—	—	—
22. Düşünmeden alışveriş yaparım	—	—	—	—
23. Aynı anda sadece bir tek şey düşünebilirim.	—	—	—	—
24. Hobilerimi değiştiririm	—	—	—	—
25. Kazandığımdan daha fazla harcarım.	—	—	—	—
26. Düşünürken sıklıkla zihnimde konuyla ilgisiz düşünceler oluşur.	—	—	—	—
27. Şu an ile gelecekte daha fazla ilgilenirim.	—	—	—	—
28. Derslerde veya sinemada rahat oturamam.	—	—	—	—
29. Yap-boz/puzzle çözmeyi severim	—	—	—	—
30. Geleceğini düşünen birisiyim	—	—	—	—

EK 8 – BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ(BDÖ)

Aşağıda gruplar halinde bazı sorular yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. **Bugün dahil, geçen hafta** içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Seçmiş olduğunuz cümlelerin yanındaki numaranın üzerine (x) işareti koyunuz. Eğer bu grupta durumunuzu anlatan birden fazla cümle varsa her birine (x) işareti koyarak işaretleyiniz.

1. (0) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım.
(3) O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
2. (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek hakkında karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
3. (0) Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
(1) Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
(2) Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum.
4. (0) Birçok şeyden eskisi kadar zevk almıyorum.
(1) Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Her şeyden sıkılıyorum.
5. (0) Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
6. (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendi kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime çok kızıyorum.
(3) Kendimden nefret ediyorum.
7. (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
(2) Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.
(3) Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.
8. (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(1) Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor fakat yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
9. (0) Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

10. (0) Şimdi her zaman olduğundan daha sinirli değilim.
(1) Eskisine kıyasla kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
(2) Şimdi hep sinirliyim.
(3) Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
11. (0) Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
(1) Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
(2) Başkalarıyla konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.
(3) Hiç kimseyle görüşüp konuşmak istemiyorum.
12. (0) Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiç karar veremiyorum.
13. (0) Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum.
(1) Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmiş gibi geliyor.
(2) Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
14. (0) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
(1) Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermek gerekir.
(2) Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
(3) Hiçbir şey yapamıyorum.
15. (0) Her zamanki gibi uyuyabiliyorum.
(1) Eskiden olduğu gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
(3) Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
16. (0) Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
(1) Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
(2) Yaptığım hemen her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
17. (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) İştahım eskisi kadar iyi değil.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Artık hiç iştahım yok.
18. (0) Son zamanlarda kilo vermedim.
(1) İki kilodan fazla kilo verdim.
(2) Dört kilodan fazla kilo verdim.
(3) Altı kilodan fazla kilo verdim.
19. (0) Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
(1) Ağrı, sancı, mide bozukluğu ve kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
(2) Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
(3) Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

20. (0) Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir deęişme fark etmedim.
(1) Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
(2) Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
(3) Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.
21. (0) Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
(1) Cezalandırılabilceğimi seziyorum.
(2) Cezalandırılmayı bekliyorum.
(3) Cezalandırıldığımı hissediyorum.

