



T.C.  
ANKARA SOSYAL BİLİMLER ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**GENÇ ERİŞKİNLERDE BENLİK SAYGISI: DİKKAT EKSİKLİĞİ VE  
HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU BELİRTİLERİ VE DUYGU DÜZENLEME  
ZORLUKLARI İLE İLİŞKİ**

**Yüksek Lisans Tezi**

**Safanur TÜRKYILMAZ**

**Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı**

**Ocak 2024**



**T.C.  
ANKARA SOSYAL BİLİMLER ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**GENÇ ERİŞKİNLERDE BENLİK SAYGISI: DİKKAT EKSİKLİĞİ VE  
HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU BELİRTİLERİ VE DUYGU DÜZENLEME  
ZORLUKLARI İLE İLİŞKİ**

**Yüksek Lisans Tezi**

**Safanur TÜRKYILMAZ**

**Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı**

**Tez Danışmanı**

**Prof. Dr. Sedat BATMAZ**

**Ocak 2024**

## TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın hazırlanmasında bilgi ve tecrübesiyle bana yol gösteren saygıdeğer tez danıőmanım Prof. Dr. Sedat BATMAZ baőta olmak üzere eğitim hayatım boyunca üzerimde emeği olan tüm hocalarıma;

Tez çalıőmama, zaman ayırıp kıymetli deneyimlerini paylaőarak katkıda bulunan tüm katılımcılara,

Kendi yolumu bulmaya çalıőırken bana ellerinden gelen her türlü imkânı fedakârca sunan annem, babam ve kardeőime;

Bu süreçte maddi ve manevi destekleri ile yanımda olduklarını hissettiren ve beni devam etmek için yüreklendiren arkadaşlarım Özlem, Sümeyye, Őule ve Celal'e en içten teşekkürlerimle...

Ankara, 2024

## İÇİNDEKİLER

<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>i</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>ii</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>v</b>
<b>SEMBOLLER</b> .....	<b>vi</b>
<b>KISALTMALAR</b> .....	<b>vii</b>
<b>TABLO LİSTESİ</b> .....	<b>viii</b>
<b>GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>BİRİNCİ BÖLÜM</b> .....	<b>3</b>
1.Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu.....	4
1.1.Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğuna İlişkin Klinik Görünüm.....	4
1.1.1.Genetik ve Çevresel Risk Faktörleri.....	4
1.1.2.Nörobiyolojik ve Nöropsikolojik Veriler.....	6
1.1.3.Görülme Sıklığı.....	8
1.1.4.Eş Tanı.....	9
1.1.5.DEHB ile İlişkili Diğer Risk Faktörleri.....	11
1.1.6.Tanı.....	14
1.1.7.Tedavi.....	16
2.Duygu Düzenleme.....	19
2.1.DEHB’de Duygu Düzenleme.....	22
3.Benlik Saygısı.....	24
3.1.Benlik Saygısı ve Duygu Düzenleme.....	28
3.2.Benlik Saygısı ve DEHB .....	28
3.3.Benlik Saygısı, DEHB ve Duygu Düzenleme.....	30
<b>İKİNCİ BÖLÜM</b> .....	<b>31</b>
4.Yöntem.....	31
4.1.Katılımcılar.....	31
4.2.Veri Toplama Araçları.....	33
4.2.1.Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği.....	34

4.2.2.Duygu Düzenleme Anketi.....	34
4.2.3.Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form.....	35
4.2.4.Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği.....	35
4.2.5.Kısa Semptom Envanteri.....	35
4.2.6.Sosyo-Demografik Bilgi Formu.....	36
4.3.Süreç.....	36
4.4.Verii Analizi .....	37
<b>ÜÇÜNCÜ BÖLÜM.....</b>	<b>38</b>
5.Bulgular.....	38
5.1.Tanımlayıcı İstatistikler ve Grup Karşılaştırmaları.....	38
5.2.Korelasyon Analizi.....	43
5.3.Hiyerarşik Regresyon Analizi.....	47
<b>DÖRDÜNCÜ BÖLÜM.....</b>	<b>50</b>
6.Tartışma.....	50
6.1.Benlik Saygısı ile Sosyo-demografik ve Klinik Verilerin Değerlendirilmesi.....	50
6.2.Benlik Saygısı ile Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	54
6.3.Benlik Saygısı ile Duygu Düzenleme İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	55
6.5.Benlik Saygısı ile Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Duygu Düzenleme İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	57
7.Sonuç.....	58
8.Çalışmanın Sınırlılıkları.....	59
9.Öneriler.....	60
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>62</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>81</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>92</b>

## ÖZET

Bu çalışmada, genç yetişkinlerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) belirtilerinin duygu düzenleme ve benlik saygısı arasındaki ilişkiyi incelenmeye çalışılmıştır. Örneklem, Türkiye’de tüm eğitim seviyelerinde 18-40 yaş aralığındaki 585 üniversite öğrencisinden oluşmaktadır. Çalışmanın amacı kapsamında Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) benlik saygısı alt ölçeği, Duygu Düzenleme Anketi (DDA), Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form (DDGÖ-16), Kısa Semptom Envanteri (KSE) ve Sosyo-demografik Bilgi Formu kullanılmıştır. Düşük, orta ve yüksek düzey benlik saygısı gruplarında; sosyo-demografik verilerin karşılaştırıldığı Ki-Kare Testi ve Kruskal-Wallis H Testi; ölçek skorlarının karşılaştırıldığı Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Buna göre, ruhsal bozukluk tanısı alma, çocukluk çağı olumsuz yaşam deneyimi ve kendine zarar verme davranışı değişkenleri ile tüm ölçek puanlarının, benlik saygısı gruplarında anlamlı olarak farklılık gösterdiği görülmüştür. DEHB belirtileri ile duygu düzenleme, benlik saygısı ve genel psikolojik belirtisellik verileri arasındaki ilişki korelasyon analizi ile incelenmiş olup benlik saygısı ile tüm ölçek skorları arasında istatistiksel olarak farklı düzeylerde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Son olarak uygulanan hiyerarşik regresyon analizinde; DEHB belirtileri ile duygu düzenleme stratejileri; ruhsal bozukluk tanısı alma, çocukluk çağı olumsuz yaşam deneyimi, kendine zarar verme davranışı ve psikolojik belirtisellik değişkenleri ile birlikte benlik saygısındaki varyansın %45’ini açıkladığı sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmadan ortaya çıkan bulgular alan yazını kapsamında tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler: dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, DEHB, duygu düzenleme, benlik saygısı, genç yetişkinler

## ABSTRACT

In this study, it was aimed to examine the relationship between self-esteem, attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) symptoms, emotion regulation difficulties among young adults. The sample consisted of 585 university students between the ages of 18-40 at all education levels in Turkey. Within the scope of the purpose of the study, Adult Attention Deficit and Hyperactivity Disorder Self-Report Scale (ASRS), self-esteem subscale of the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE), Emotion Regulation Questionnaire (ERQ), Emotion Regulation Difficulty Scale-Short Form (DERS-16), Brief Symptom Inventory (BSI) and Socio-demographic Information Form were used. To make comparisons between low, medium and high self-esteem groups; Chi-Square Test and Kruskal-Wallis H Test were performed in terms of socio-demographic variables; ANOVA was applied with regard to the scores of the scales. Accordingly, it was found that the variables of being diagnosed with a mental disorder, adverse childhood life experience and self-harming behavior and all scale scores were significantly different among self-esteem groups. Furthermore, the relationship between ADHD symptoms and emotion regulation, self-esteem and general psychological symptomatology variables was examined by correlation analysis that yielded statistically significant relationships with a range of levels was found between self-esteem and all scale scores. Finally, in the hierarchical regression analysis ran, it was concluded that ADHD symptoms and emotion regulation strategies with the variables of being diagnosed with a mental disorder, childhood negative life experience, self-harming behavior and psychological symptomatology explained 45% of the variance in self-esteem. The findings of the study were discussed within the scope of the literature.

Key words: attention deficit hyperactivity disorder, ADHD, emotion regulation, self-esteem, young adults

## SEMBOLLER

**%:** Yüzdellik değer

**$\chi^2$ :** Ki-kare değeri

**p:** Anlamlılık derecesi

**F:** Varyans oranı

**$\eta^2$ :** Eta kare etki büyüklüğü

**B:** Standardize Edilmemiş Beta Katsayısı

**$\beta$ :** Standardize Edilmiş Beta Katsayısı

**R<sup>2</sup>:** Çoklu belirtme katsayısı

**$\Delta R^2$ :** Çoklu belirtme katsayısındaki değişim



## KISALTMALAR

**ASRS:** Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği

**RBSÖ:** Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

**DDA:** Duygu Düzenleme Anketi

**DDGÖ-16:** Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form

**KSE:** Kısa Semptom Envanteri

**FDA:** The U.S. Food and Drug Administration (ABD Gıda ve İlaç Dairesi)

**BDT:** Bilişsel Davranışçı Terapiler

**DA:** Dopamin

**NA:** Noradrenalin

**DSM:** The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)

## TABLO LİSTESİ

<b>Tablo 1.</b> Temel Betimleyici İstatistikler .....	31
<b>Tablo 2.</b> Tanımlayıcı İstatistikler ve Grup Karşılaştırmaları.....	40
<b>Tablo 3.</b> Benlik Saygısı Boyutlarında Ölçeklerin Ortalama ve Standart Sapma ile Tek Yönlü Varyans Analizi Değerleri.....	41
<b>Tablo 4.</b> Çalışmada Yer Alan Sürekli Değişkenlerin Pearson Korelasyon Analizi.....	44
<b>Tablo 5.</b> Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi .....	48

## GİRİŞ

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), nörogelişimsel bir bozukluk olması dolayısıyla çocukluk döneminden yetişkinlik dönemine kadar yaşamın her aşamasında birden çok alanda belirti gösteren bir bozukluktur. DEHB’li bireylerin içinde buldukları gelişim dönemine göre, baş etmeye çalıştıkları belirtiler, buna yönelik tanı ve tedavi alma imkân ve yöntemlerinin birbirinden farklı olduğu görülmektedir. Bu kapsamda, DEHB’nin gelişim dönemleri bazında çalışılması bir ihtiyaç olarak öne çıkmaktadır. Duygu düzenlemenin, DEHB’nin çekirdek semptomları ile ilişkisi alan yazınında yer alan bulgularda tartışılmaktadır. Duyguların günlük yaşamdaki işlevsellik üzerine etkileri düşünüldüğünde, duygu düzenleme becerisinin uyum bozucu deneyim ve davranışları yönetmede önemli bir rolü olduğu düşünülebilir. DEHB olgularında, süregiden belirtilerin meydana çıkardığı sorunların kişinin kendilik değerlendirmesini sürekli olarak etkiliyor olmasının, benlik saygısı üzerinde önemli ölçüde iz bırakabileceği beklenebilir. Bu çerçevede, adı geçen kavramların birlikte değerlendirilmesinin alan yazınına katkı sunabileceği değerlendirilmektedir.

Alan yazını incelendiğinde DEHB, duygu düzenleme ve benlik saygısı kavramlarının çeşitli bağlamlarda ele alınarak farklı araştırmalara konu olduğu görülmüş ancak sadece bu değişkenlerin birlikte ve klinik olmayan bir örneklem üzerinde çalışıldığı bir örneğe rastlanmamıştır (Newark ve ark., 2016; Rahimi ve Shojaei, 2019; Keleş-Altun ve Atagün, 2019). DEHB’nin erişkin grupta tanılanma oranının düşük olabileceği (Tuğlu ve Öztürk-Şahin, 2010) belirtildiğinden erişkin grupta dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtileri göstermesine rağmen tanı almamış olan kişilerle yapılan çalışmaların, bu kişilerin ve yakınlarının DEHB’den kaynaklanan işlevsel olmayan deneyimlerini anlamlandırması noktasında önemli olduğu düşünülmektedir. Bu araştırmada genç erişkin grubu üzerinde çalışılması hedeflenmiştir. Çeşitli teorisyenlerce ortaya sürülen psikososyal gelişim kuramlarında, gelişim dönemlerinin birbirinden farklı şekilde aşamalandırıldığı anlaşılma ile birlikte; bu kuramların, belirli dönemlerin kendine has güçlükleri ve bireyin bunlarla başa çıkmak üzere gerekli inisiyatifleri alabilmesi, rol ve görevleri gerçekleştirebilmesi hususunda gösterdiği istikrarlı başarının, kendilik değerlendirmesi ve psikolojik iyilik hali üzerinde temel belirleyicilerden olduğu konusunda ortak bir zeminde bulunduğu görülmektedir (Erikson, 1968;

Havighurst, 1972). Erikson'un (1968) psikososyal gelişim kuramı doğrultusunda, genç yetişkinliğin 40 yaşına kadarki dönemi kapsadığı kabul edilmektedir. Bu çalışmanın amacı, genç yetişkinlerde benlik saygısının, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtileri ve duygu düzenleme zorlukları ile aralarındaki ilişkileri incelemektir. Bu kapsamda bahse konu kavramların birlikte değerlendirilmesiyle aşağıdaki sorulara yanıt bulunmaya çalışılarak alan yazınına bir katkı sunmak hedeflenmiştir:

- Genç yetişkinlerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtileri, benlik saygısı düzeyini yordamakta mıdır?
- Genç yetişkinlerde duygu düzenleme güçlüğü, benlik saygısı düzeyini yordamakta mıdır?
- Genç yetişkinlerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtileri ve duygu düzenleme güçlüğü, benlik saygısı düzeyini yordamakta mıdır?
- Genç yetişkinlerde psikopatolojik semptomlar, benlik saygısı düzeyini yordamakta mıdır?
- Genç yetişkinlerde cinsiyet, benlik saygısı düzeyini yordamakta mıdır?
- Genç yetişkinlerde eğitim düzeyi, benlik saygısı düzeyini yordamakta mıdır?

## BİRİNCİ BÖLÜM

Bu bölümde, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, duygu düzenleme ve benlik saygısı kavramlarına ilişkin olarak literatürde bulunan kuramsal bilgiler ve araştırma bulgularına yer verilmiştir.

### 1.Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), dikkatsizlik ve aşırı hareketlilik/dürtüsellik bileşenlerinin gelişim düzeyine uygun olmayan ve süreğen şekilde kendini göstererek sosyal, akademik veya mesleki alanlarda işlevselliği olumsuz etkilediği nörogelişimsel bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (American Psychiatric Association [APA], 2013). Dikkatsizlik bileşeni; dikkatini odaklayamama veya sürdürmemeye ve bundan dolayı çalışmalarında ayrıntıları gözden kaçırma, dikkatsizce hatalar yapma, işlerini düzenleyememe, zamanını yönetememe, zihinsel çaba göstermekte güçlük çekme, eşyalarını kaybetme, unutkanlık gibi belirtilerle karakterizedir. Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik bileşeni; fiziksel hareketlerini duruma uygun şekilde düzenlemekte zorlanmaktan kaynaklanan yerinde duramama, sırasını bekleyememe, araya girme, sessiz kalamama, söz kesme, aşırı konuşma gibi davranışları veya daha ileri yaşlarda bu durumlarda yalnızca huzursuzluk hissetme belirtilerini kapsamaktadır (APA, 2013).

DEHB semptomlarının tanısına dair kavramlar yıllar içinde değişiklik göstermiştir. 20. yüzyılın başlarında “aşırı hareketli” çocuklar ahlaki kontrol yetersizliğinden muzdarip olarak tanımlanırken, 1930’larda bu semptomlar minimal beyin hasarı kavramı ile açıklanmaya çalışılmıştır. Sonrasında terminoloji, “hiperaktif çocuk sendromu”; DSM (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı]) versiyonlarında, DSM-3’te “dikkat eksikliği bozukluğu”, DSM-4 ve DSM-5’te “dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu” olarak geliştirilmiştir (Ougrin ve ark., 2010; Mukaddes, 2015).

## 1.1 Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğuna İlişkin Klinik Görünüm

DEHB'nin etiyojisi klinik olarak incelendiğinde, çok çeşitli faktörler ve bu faktörlerin birbirleriyle etkileşimi sonucu oluşan nörolojik, genetik, çevresel ve psikososyal mekanizmaların devrede olduğu görülmektedir. Bu mekanizmalara farklı araştırma bulguları eşliğinde aşağıda değinilmektedir.

### 1.1.1. Genetik ve Çevresel Risk Faktörleri

Alan yazınında DEHB ile kalıtım arasındaki ilişkiyi araştıran birçok gen çalışması bulunmaktadır. Bu çalışmalar, DEHB'nin nedensel mekanizmalarında genetiğin önemli oranda katkısı olduğuna işaret etmektedir.

Aile çalışmaları, ikiz çalışmaları ve evlat edinme çalışmaları; dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun kalıtsallık boyutu üzerinden, DEHB fenotipi, cinsiyet farklılıkları, bozukluğun süregitmesi, eş tanılar, ve gen-çevre etkileşiminin tanımlanması ve ortaya çıkarılmasına odaklanmaktadır. Fonksiyonel aday gen ilişkilendirme çalışmaları ve bağlantı çalışmaları ile DEHB'ye ilişkin genetik belirteçler tanımlanmakta olup bu kapsamda moleküler genetik ve bağlantı çalışmaları önemli bir araç olarak kullanılmaktadır. Bunun yanı sıra, DEHB'nin aktarımında genetik yapının çeşitli çevresel faktörlerle etkileşimleri ele alınmakta olup bu etkileşimlerin yol açtığı genetik varyantlar sonucunda farklı semptom gruplarının kendisini göstermesi açısından dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu psikopatolojisine dair nedensel faktörler veya risk faktörleri üzerinde çalışılmaktadır.

(Thapar ve Stergiakouli, 2008).

DEHB'nin genetik olarak aktarılmasının incelendiği ikiz çalışmalarında, kalıtım oranının %70 ila 80 olarak belirtildiği görülmektedir (Faraone ve Larsson, 2019). Yapılan bir ikiz çalışmasında, ikizler 8-9 yaşlarında ve 13-14 yaşlarında DEHB semptomlarına göre karşılaştırıldığında, semptomların bu süreçte istikrar gösterdiği ve bunun büyük ölçüde aynı genetik yapının taşınmasından kaynaklandığı; ayrıca çocukluk ve erken ergenlik dönemi arasında görülen değişimin, erken ergenlik döneminde etkisini gösteren yeni genetik etkiler ve önemi artmaya başlayan paylaşılmayan ortamlar olduğu belirtilmiştir (Larsson ve ark., 2004).

Ayrıca DEHB'de ailesel kümelenmeyi inceleyen bir çalışmada, monozigotik ve dizigotik ikizlerle, anne ve babaları aynı kardeşler, anneleri aynı üvey kardeşler ve babaları aynı üvey kardeşler karşılaştırılmıştır. Buna göre, ailesel kümelenmenin genetik ilişkililikle arttığı ve

ortak çevresel faktörlerin de etkisi altında olduğu; DEHB'nin yetişkinlik döneminde sürmesinin bunun göstergesi olduğu ifade edilmiştir (Chen ve ark., 2017).

İkiz, aile ve evlat edinme örneklerini kapsayan ve dürtüsellik üzerinde genetik ve çevresel etkilerin büyüklüğünü, gelişim dönemi ve cinsiyet açısından inceleyen bir meta-analiz çalışmasında, genetik ve çevresel etkenlerin çocukluk döneminden yetişkinlik dönemine kadar etkili olduğu; genetik etkilerin en güçlü etkisinin karşılaştırılan gruplar arasında çocukluk döneminde ve kadınlarda görüldüğü bildirilmiştir (Bezdjian ve ark., 2011).

Gizer ve arkadaşları (2009), meta-analiz çalışmalarında çocukluk dönemi DEHB ile tutarlı şekilde ilişkili olduğu gösterilen aday genleri gözden geçirmiştir. Buna göre, dopaminerjik yolakta, DAT1,DRD4,DRD5; adrenerjik yolakta, D $\beta$ H,ADRA2A; serotonerjik yolakta 5HTT, HTR1B,TPH2,MAOA; sinir sistemi gelişim yollarında SNAP-25 genlerindeki polimorfizmlerin DEHB ile ilişkisi olabileceğine ancak DEHB gelişimi riskine yönelik mekanizmanın daha detaylı çalışılmasına ihtiyaç duyulduğuna işaret edilmektedir.

Bunlara ilave olarak, Li ve arkadaşları tarafından kaleme alınan derleme çalışmasında; alan yazınında DRD2, DRD3, SLC6A2, SCL6A3, SLC6A4, SLC9A9, COMT, FADS2, TH, HTR2A, HTR2C, HTR3A, CHRNA3, CHRNA4, CHRNA7, TPH1, BDNF ve DDC genlerinin DEHB ile ilişkisine dair kanıtların elde edildiğinin görüldüğü ifade edilmiştir. Ayrıca, DEHB ile ilgili genetik duyarlılık faktörlerinin açıklığa kavuşturulmasının, DEHB'nin tanılanmasının yanı sıra DEHB'li kişilerin semptomlarının önlenmesi ve medikal müdahalelere yanıtının ölçülmesi gibi klinik fenotipik sonuçları açısından da önemli olduğu belirtilmiştir (2014). Ayrıca, kalımsal aktarım çalışmalarında yaşam boyu süregiden DEHB ile LPHN3 ve CDH13 genlerinin ilişkili olabileceğine dair bulgu elde edilmiştir (Franke ve ark., 2012).

Sonuç olarak, DEHB'nin etiolojisinde risk varyantlarının biyoloji ve fenotip seviyesinde çalışma mekanizmasının tamamıyla aydınlatılamamış olup alan yazınında bu konunun genetik ve çevresel açılardan incelenmesine yönelik olarak halen çok sayıda çalışma yürütülmektedir (Thapar ve Stergiakouli, 2008). Buna ek olarak, DEHB'nin semptomlarının ayrı boyutlar olarak incelenmesinin DEHB'ye yol açan karmaşık genetik ve çevresel faktörler dizisini aydınlatmak için faydalı olacağı düşünülmektedir (Nikolas ve Burt, 2010).

Çevresel risk faktörlerinin DEHB'nin görülmesinde katkıda bulunduğu bilinmektedir. Ailede parçalanma, ebeveyn çatışması, ebeveyn psikiyatrik öyküsü, çocuğun doğum sırası, çocukta duygusal yoksunluk gibi etmenlerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile ilişkisi bulunmaktadır (Şenol, 2008). DEHB'li yetişkinlerin, DEHB ile prenatal ve perinatal komplikasyonlar arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada düşük doğum ağırlığı ile prematüre doğumun ve düşük Apgar skorunun, 40 yaşına kadar DEHB riskini artırdığı gösterilmiştir.

Ayrıca annede epilepsi; gebelik öncesi obezite, hipertansiyon ve gebelik esnasında sigara kullanımı, çocukta DEHB görülmesi ile güçlü şekilde ilişkili bulunmuştur (Halmøy ve ark., 2012; Kim ve ark., 2020).

Genetik ve çevresel etkiler, ayrı ayrı bakıldığında DEHB'nin etiyolojisini anlamaya yardımcı olsa da bozukluğu açıklayan mekanizmayı ortaya çıkarmada aralarındaki etkileşimin önemine dikkat çekilmektedir. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu aday genleri ile gebelik öncesi, esnası ve sonrasında çevresel risk faktörlerinin bozukluğa katkıda bulunmaları birçok araştırmada incelenmiştir.

Dopamin D4 reseptöründe genetik polimorfizm ile DAT1 genotipinin kurum bakımında bulunan çocukların duygusal yoksunluğunun (Stevens ve ark., 2009); DRD4-7 aleli ve DAT1-9 aleli ile prenatal sigara ve alkol kullanımının (Neuman ve ark., 2007); DRD4-7 aleli ile annenin stres düzeyinin (Grizenko ve ark., 2012); DRD2-A2 aleli ile annenin ilişkisel durumunun stabil olmamasının (Waldman, 2007); DRD4-4R ve DAT1-10R geni ile doğum mevsimi ve ebeveyn eğitim düzeyinin (Donovan-Barnard, 2009); COMT gen varyantı ile düşük doğum ağırlığının (Thapar ve ark., 2005) DEHB semptomları üzerine etkisi gösterilmiştir.

### **1.1.2.Nörobiyolojik ve Nöropsikolojik Veriler**

DEHB, nörogelişimsel bir bozukluk olarak kabul edilmesi dolayısıyla, nöropsikolojik veriler açısından da değerlendirilmektedir. DEHB'nin nöropsikolojik açıdan incelenmesi, DEHB'nin davranışsal ve bilişsel semptomlarının, yürütücü işlevlerdeki bozukluklardan kaynaklanması dolayısıyla bütüncül bir bakış açısı sunmaktadır (Barkley, 1997a). Alan yazınında, yetişkin DEHB profillerinin nöropsikolojik ölçümlerinde dikkat ve yürütücü işlevler alanlarındaki bozulmalara dair kanıtlar ağırlıktadır. DEHB'li yetişkin gruplarında dikkat, işitsel-sözel öğrenme, sözel akıcılık, bilgi işleme hızı, davranışsal ketleme veya dürtüsellik, planlama, organizasyon ve bilişsel esneklik sahalarında sağlıklı kontrol gruplarına göre bozulmalar görüldüğü bildirilmiştir (Woods ve ark., 2002).

DEHB'de bilişsel işlevlere yönelik bozulmanın incelendiği bir çalışmada, erişkinlerde belleğe ilişkin bozulma gösterilememekle birlikte dikkati sürdürme alanında sorunun göze çarptığı bildirilmiştir. DEHB'de algının dışsal bir bozucu etken tarafından kolayca değişebildiği, gerekli durumlarda yerleşik davranış örüntüsünün bastırılarak adaptif bir davranış geliştirebilmede güçlük yaşadığının gösterildiği ifade edilmiştir (Öncü ve Ölmez, 2004).

Yürütücü işlevler, belirli bir hedefe erişmek için davranışın organize edildiği; planlama, başlama, sürdürme, strateji kullanma, öncelik belirleme, problem çözme ve ketleme gibi becerileri içeren nörokognitif süreçleri tanımlamaktadır (Barkley, 2010b; Öner ve ark., 2003). Bu kapsamda, yürütücü kontrol, aynı anda birden fazla uyaran tarafından yanıt istendiğinde öğrenilmiş olanın engellenerek yerine bağlama uygun yanıtın yürütülmesini düzenleyen bir fonksiyondur (Swanson, 2003).

Barkley (1997a; 2010b), yürütücü işlevlerin motor, sözel, bilişsel ve duygusal aktivitelerde ketleme; ve çalışma belleği, planlama ve problem çözme ile duygusal öz-düzenlemeyi kapsayan üstbiliş alanlarından oluştuğunu; ketlemede görülen eksikliklerin üstbilişsel fonksiyonlar üzerinde de olumsuz etki bıraktığını; DEHB'nin ise davranışsal ketlemede eksiklik ile karakterize olduğundan bu alanlar ile bunların motor kontrolde yol açtığı ikincil bozukluklarla ilişkili olduğunu öne sürmüştür.

Alan yazınında ilgili çalışmalar incelendiğinde, yürütücü işlevlerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu nöropsikolojisinin önemli bir bileşeni olduğu ve DEHB semptomlarının yürütücü işlevler ile ilgili güçlü bir ilişki içinde olduğu görülmektedir. DEHB'li grupların tüm yürütücü işlev görevlerinde zayıflık sergilediği; bilhassa ketleme, uyanıklık, çalışma belleği ve planlama alanlarında belirgin bozulma gözlemlendiği belirtilmektedir (Willcutt ve ark., 2005). DEHB tanısı almış olan veya bu semptomları taşıyan okul öncesi dönem çocukları incelendiğinde, yürütücü işlev becerilerinin özellikle ketleme ve çalışma belleği alanlarında daha düşük düzeyde olduğu; bu durumun öz düzenleme becerileri ile ilgili güçlüklerle yol açmasıyla sosyal ve akademik anlamda bir takım sorunlara sebep olduğu gösterilmiştir (Kaçamak-Öğüt ve ark., 2020; Skogan ve ark., 2015).

Yönetici işlev bozukluklarının, her yaşta DEHB'li bireyi etkilediği ve deneyimlenen semptom şiddetini artırdığı bilinse de, bu durumun, kendi hayatını idame ettirme ve kendi davranışından sorumlu olma bakımından günlük hayatlarında üst düzey yönetici işlevlere daha çok başvurdukları için, yetişkin gruplarda daha ciddi sonuçları olabileceği öne sürülmektedir (Kosheleff ve ark., 2023).

DEHB'de temel olarak dikkat ve yürütücü işlev alanları ile ilgili birtakım nöroanatomik yapılarda işlev bozukluğu görülmektedir. Bunlar; dikkat alanında odaklanma ve sürdürme; yürütücü işlev alanında motor kontrolü, yanıt seçimi ile baskılanmasında rol oynayan prefrontal korteks, parietal korteks, bazal gangliyonlar, serebellum ve striatumu kapsayan nöral ağlardaki etkinlik azalmasının DEHB'deki bilişsel ve davranışsal problemlere yol açtığı belirtilmektedir. DEHB belirtilerinin yaşla birlikte değişimine bakıldığında, çocukluk dönemi ile karşılaştırıldığında erişkin dönemi DEHB'de nöral işlev bozukluğunun devam ettiği

bildirilmektedir. DEHB'nin çekirdek semptomları açısından; dikkat eksikliğinde önemli bir ilerleme görülmezken hiperaktivitede, tedavi olup olmamaktan bağımsız olarak, azalma izlendiği bilinmektedir. Bu durum prefrontal yapının genç yetişkinlik döneminde gelişimini tamamlayıcı olmasıyla açıklanmaktadır (İnci-Kenar ve Herken, 2014; Tuğlu ve Öztürk-Şahin, 2010; Öner ve ark., 2003).

Nörokimyasal açıdan bakıldığında, dopamin (DA) ve noradrenalin (NA) prefrontal korteks aktivitesi için temel önem taşıyan ve miktarlarındaki değişiklik prefrontal kortekste işlev bozukluğuna yol açabilen nörotransmitterlerdendir. Her ikisi de dikkatin uyarana yöneltilmesiyle ilgili olup bu ilişkide DA gereksiz bağlantıyı zayıflatan, NA ise güçlendiren bir etkiye sahiptir (Kaplan ve Newcorn, 2011). Yine ikisi de odaklanma ve motivasyon işlevlerinde etkin olup dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tedavisine yönelik medikal ajanların DA ve NA yolaklarında aktive olduğundan bu nörotransmitterlerdeki bozulmaların DEHB'nin ortaya çıkmasında etkili olduğu değerlendirilmektedir (Doğangün ve Yavuz, 2011).

DEHB'nin nöroanatomisini inceleyen bir çalışmada, DEHB'li çocuklarda frontal, singulat ve temporal bölgelerde daha düşük yüzey alanı değerleri ve fusiform gyrus ve temporal kutup kortikal kalınlığı daha düşük bulunmuştur. Ergen ve yetişkin gruplarında yüzey alanı ve kalınlık farklılıklarına rastlanmamıştır (Hoogman ve ark., 2019).

### **1.1.3. Görülme Sıklığı**

Dünya genelinde, DEHB'nin çocukluk çağında görülme sıklığı %3 ila %9 olarak belirtilmiştir. (National Institute for Health and Care Excellence[NICE],2018).

2007 yılında yapılan bir meta-analiz çalışmasında (Polanczyk ve ark., 2007) dünya genelinde DEHB'nin görülme sıklığı %5,29 olduğu belirtilmiştir. Willcutt (2012), tarafından gerçekleştirilen meta-analiz çalışmasında ise DEHB'nin görülme sıklığı çocuk ve adolesanlarda %5,9 ila %7,1; yetişkinlerde ise %5 olarak bildirilmiştir. Bu iki çalışma 2014 yılında bir araya getirilerek yeniden analiz edilmesi ve güncellenmesi sonucunda elde edilen bulgulara göre, bu zaman zarfında, bir kronik bozukluk olarak değerlendirilen DEHB'ye dair farkındalığın artmış olması ve değişen ve gelişen tanı ve tedavi koşullarına rağmen dünya genelinde DEHB'nin görülme sıklığı ve tanılanması açısından anlamlı bir değişiklik oluşmadığı bulgusuna ulaşılmıştır. Bununla birlikte, DEHB'nin görülme varyansı açısından coğrafi konumun etkisinin çok sınırlı olduğu bulgusu yinelenmiş ve bu durumun DEHB'nin kültürel

olarak inşa edilmiş bir konsept olmadığına dair görüşü desteklediği öne sürülmüştür. (Polanczyk ve ark., 2014).

Thomas ve arkadaşlarının (2015) dünya çapındaki çalışmalardan yararlandığı meta-analiz çalışmasında, çocukluk döneminde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu görülme oranı %7.2 olarak raporlanırken, Türkiye’de ise bu oran %12.4 (Ercan ve ark., 2022) olarak gösterilmiştir. Ele alınan çalışmaların metodolojik yaklaşımlarının farklı olmasının, elde edilen sonuçların geniş bir yelpazede temsil edilmesine yol açtığı anlaşılmaktadır.

Cinsiyet açısından bakıldığında, önceki çalışmalarda, DEHB sıklığının erkek çocuklarında kız çocuklarına göre daha fazla olduğu belirtilmektedir. Barkley bu oranı (2006) 2 ila 9 kat olarak verirken, Willcutt ve arkadaşları (2012), 2-3 kat olarak ifade etmiştir. Cinsiyet göstergesi dışında da, DEHB’nin nörogelişimsel bir bozukluk olması dolayısıyla belirtilerinin yaşam boyunca tümüyle olmasa da çeşitli seviyelerde sürdüğü alan yazınındaki birçok çalışmadan bilinmektedir.

Çocukluk döneminden genç yetişkinlik dönemine doğru ilerlendiğinde, DEHB’nin semptom kriterlerinin yaklaşık %70 ila %80 kadarının kalıcı olarak adolesan ve yetişkinlik dönemine kadar uzadığı belirtilmiştir (Staller ve Faraone, 2006). Çocukluk çağındayken DEHB ve başka psikiyatrik bozukluk tanıları almış olan adolesanların izlendiği bir çalışmada, DEHB grubunda % 75,6 oranında rahatsız edici belirtilerin sürdüğü bulunmuştur (Cak ve ark., 2013). DEHB’li yetişkinlerin bozukluğun seyri açısından orta yaş dönemine kadar takip edildiği bir çalışmada ise elde edilen verilere göre, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu semptomlarının %68,8’inin stabil kaldığı, %25,5’inin istikrarsız bir seyir gösterdiği ve %5,7’sinin hafiflediği gösterilmiştir (Grevet ve ark., 2022). Zamanla, DEHB’nin alt alanlarından hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerinin azalırken dikkatsizlik bileşeni ve psikiyatrik komorbiditenin daha öne çıktığı bilinmektedir (Ramtekkar ve ark., 2010; Haavik ve ark., 2010).

Sonuç olarak DEHB’nin yalnızca nörogelişimsel bir bozukluk olarak değil, hayat kalitesini doğrudan etkileyen daha kompleks ve kalıcı bir durum olarak ele alınmasının isabetli olacağı belirtilmektedir (Di Lorenzo ve ark., 2021)

#### **1.1.4.Eş Tanı**

Nörogelişimsel bozuklukların klinik tablolarında, çocukların gelişim dönemlerine göre diğer akranları ile karşılaştırıldıklarında daha farklı davranış örüntüleri, beklenen gelişim aşamalarında eksiklikler ve gecikmeler gösterdiği; bu bozuklukların sıklıkla birbirleriyle veya

çocukluk çağında başlayan diğer zihinsel ve davranışsal bozukluklarla birlikte ortaya çıktığı bilinmektedir. Örneğin, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğundan muzdarip çocukların aynı zamanda özel öğrenme güçlüğü, karşı gelme bozukluğu yaşadıkları ve mevcut semptomatoloji ile belirtilerin şiddetinin, bu bozukluğun klinik seyrinde güçlendirici belirteçler olarak işaret edilmektedir (APA, 2022).

DEHB tanısı olan kız ve erkek çocukların madde kullanım bozukluğu açısından karşılaştırıldığı bir çalışmada, DEHB'nin iki grupta da 1.5 ila 2.6 kat daha fazla alkol, esrar ve diğer yasa dışı madde kullanım riski ile ilişkili olduğu bulgusuna yer verilmiştir. Bu çalışmada aynı zamanda çeşitli psikiyatrik eş tanılar da göz önüne alınmış olup DEHB'ye kız çocuklarında %13.6 oranında anksiyete bozukluğunun, %13.1 oranında davranım bozukluğu/karşıt olma karşı gelme bozukluğunun, %11.7 oranında otizm spektrum bozukluğunun eşlik ettiği, erkek çocuklarında ise %19.3 oranında otizm spektrum bozukluğunun, %18.4 oranında davranım bozukluğu/karşıt olma karşı gelme bozukluğunun ve %9.8 oranında ise mental retardasyonun eşlik ettiği; DEHB'de davranım bozukluğu/karşıt olma karşı gelme bozukluğu komorbiditesinin özellikle kız çocuklarında daha yüksek madde kullanım riski ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Ottosen ve ark., 2016).

Alan yazınında, DEHB tanısı olan çocukların ergenlik ve yetişkinlik döneminde takip edildiği çalışmalar yeterli sayıda değildir. Yapılan çalışmalar, DEHB'li çocukların, yaşamlarının ilerleyen döneminde geniş bir skalada psikopatoloji çeşitliliği taşıdıklarını göstermektedir. Bu sonuçlar, koruyucu ve önleyici çalışmaların ve uygun müdahalelerin yürütülebilmesi açısından erken tanının önemine vurgu yapmaktadır. Okul öncesi dönemde DEHB tanısı ve tedavisini almış olan, eşik altı DEHB belirtileri bulunan veya DEHB için yüksek risk faktörleri taşıyan çocukların adolesan dönemlerinde yeniden değerlendirilerek DEHB tanısı almamış ve risk grubunda bulunmayan akranlarıyla karşılaştırıldığı bir çalışmada, özellikle karşıt olma karşı gelme bozukluğunun eşlik ettiği olgularda geç ergenlikte DEHB semptomlarının sürmesi, depresyon, işlevsel bozulma, düşük akademik başarı ve suça sürüklenme alanlarında daha yüksek risk altında buldukları görülmüştür (Bussing ve ark., 2010). Biederman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2006), DEHB tanısı olan çocuklar 10 yıl boyunca izlenmiştir. Ortalama yaşın 22 olduğu genç yetişkin grubunda, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanıli klinik grubun, kontrol grubuna göre madde bağımlılığı, antisosyal bozukluklar, duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları bakımından yüksek risk altında olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Bahse konu boylamsal çalışmanın sonucu, DEHB'li çocukların farklı psikopatolojik görünümünden oluşan klinik tablolarının yetişkinlik dönemlerine doğru süregittiği bulgusunu desteklemektedir. Wilens ve arkadaşları (2011), 10

yıllık izlem çalışmalarıyla çocukluk ve ergenlik döneminde DEHB'nin tek başına ve davranım bozukluğu ile komorbiditesinin, genç yetişkinlik döneminde daha erken başlangıçlı ve daha yüksek madde kullanım bozukluğu riski ile ilişkisini göstermiştir.

DEHB'de eş tanı örüntüsünün yetişkinlerde cinsiyete göre değerlendirildiği bir çalışmada (Ottosen ve ark., 2019), DEHB'nin; anksiyete, bipolar bozukluk, depresyon, karşıt olma karşı gelme bozukluğu, kişilik bozukluğu, madde kullanım bozukluğu, otizm spektrum bozukluğu, özkıyım girişimi, şizofreni spektrum bozukluğu, tik bozukluğu, yeme bozukluğu, zihinsel yetersizlik eş tanılarından her birinin riskini önemli ölçüde artırırken DEHB'li kadınlarda DEHB ile karşıt olma karşı gelme bozukluğu, kişilik bozukluğu, madde kullanım bozukluğu, otizm spektrum bozukluğu, özkıyım girişimi, şizofreni spektrum bozukluğu, zihinsel yetersizlik eş tanıları arasında DEHB'li erkeklere göre daha güçlü bir ilişki saptanmıştır. Bu bulgu aynı zamanda alan yazınındaki genel eğilimin aksine DEHB koşullarında kadınların erkeklerle benzer derecede hatta bazı alanlarda onlardan daha fazla zedelenme yaşadığını göstermektedir.

Tüm bunlara ek olarak, Jensen ve Steinhausen, (2014), mental bozukluklarla komorbid durumların gelişimsel olarak duyarlı olduğu, DEHB'li bireylerde görülen komorbid nörogelişimsel bozuklukların da DEHB'li olmayanlara göre farklı bir seyir izleyebileceğinden dolayı daha özenli izlenmesini önermektedir.

### **1.1.5. DEHB ile İlişkili Diğer Risk Faktörleri**

Alan yazını incelendiğinde, DEHB'nin diğer birçok medikal durumla birlikte görülebildiği, bunun yanı sıra DEHB'li bireylerin hayatını etkileyen çeşitli psikososyal faktörlerle de ilintili olduğunu gösteren çalışmaların mevcut olduğu anlaşılmaktadır. Aşağıda; migren, ebeveyn boşanması, obezite, mental olmayan bozukluklar, astım, ilişkisel sorunlar, fiziksel yaralanma, trafik kazası, doğal olmayan ölüm oranı, işyerinde yaşanan zorluklara ilişkin çalışmalardan örneklere yer verilmiştir.

Yapılan çalışmalarda DEHB ile migren arasında güçlü bir ilişki olduğu gösterilmiştir (Fasmer ve ark., 2011; Fasmer ve ark., 2012, Salem ve ark., 2018) . Hansen ve arkadaşlarının çalışmasında (2018); bu ilişkinin, migrenle birlikte görme bozukluğu olan yetişkinlerde daha güçlü olduğu ifade edilmiştir.

Ailede dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı bulunan çocuk olmasının ebeveynler için daha yüksek bir boşanma riskini yordadığı belirtilmiştir. Otizm gibi daha erken tanı alabilen ve ebeveynlerin çocuklarının koşullarına uyum sağlamak için daha çok zamanı

olduğu bir bozukluğa göre, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısının çoğunlukla daha geç yaşlarda, okul döneminde konulmasının aslında ebeveynlerin başa çıkma becerilerinin ve tolerans düzeylerinin zayıf kalması, hazırlıksızlık hissi ve bakım konusunda alınan aile destek ve hizmet eksikliğinin de boşanma riskinin daha yüksek olması noktasında etkisi olabileceği belirtilmektedir (Anchesi ve ark., 2023).

DEHB ve obezite ilişkisinin incelendiği bir meta-analiz çalışmasının bulgularına göre (Cortese ve ark., 2016), DEHB ve obezitenin birlikte görülme oranı, DEHB’li olmayan grupla karşılaştırıldığında DEHB’li yetişkinlerde yaklaşık %70, DEHB’li çocuklarda ise yaklaşık %40 fazladır. Bu durum DEHB ile obezite arasındaki güçlü ilişkiyi göstermektedir. Aynı zamanda, DEHB’nin alt bileşenleri ve bazı biyolojik risk faktörlerinin bu ilişkinin mekanizmasını oluşturan faktörlerden olabileceği iddia edilmektedir. Örneğin, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu semptomları ile; yemeye yönelik zayıf dürtü kontrolü (Dawe ve Loxton, 2004); veya beynin ödül alanında daha fazla dopaminerjik aktiviteyi işaret eden genetik profile sahip bireylerde daha fazla hedonik yeme davranışı (Patte ve ark., 2020) değişkenleri arasındaki ilişki alan yazınında kendine yer bulmuştur.

Alta yatan mekanizmalar tam olarak açıklığa kavuşturulmuş olmasa da DEHB ve mental olmayan bozuklukların karşılıklı olarak birbirinin görülme riskini artırdığı çalışmalarda gösterilmektedir. Epilepsi, migren, huzursuz bacak sendromu, nöromusküler hastalıklar, nörodejeneratif hastalıklar, tiroid bezi bozuklukları, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, obezite, sindirim sistemi hastalıkları, dışa atım bozuklukları, atopik bozukluklar ve alerjiler, immünolojik bozuklukların DEHB ile ilişkili olduğu; DEHB’li kişilerde mental olmayan bozuklukların tanılanmasının her iki durumun tedavisinin optimize edilmesi ve sonucunda DEHB’li kişilerin bu semptomları ile genel sağlık durumuna olumlu etki bıraktığı belirtilmektedir. Ayrıca, çocuklarda huzursuz bacak sendromu ve epilepsi, tiroid; yetişkinlerde tiroid ve migrenin DEHB semptomlarını taklit edebileceği, bu bakımdan klinik başvurularında detaylı öykü alınmasının önemli olduğu ifade edilmektedir (Kittel-Schneider ve ark., 2022).

Astım ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tedavisine yönelik ilaçların bir arada reçete edilme durumunu değerlendiren bir çalışmada, DEHB ile astım arasında güçlü bir ilişki olduğu, bu ilişkide kadınların daha yüksek risk altında bulunduğu gösterilmiştir (Fasmer ve ark., 2011).

Çocukluk çağındaki DEHB’nin, kadınlarda geç adolesan ve genç yetişkinlik döneminde ilişki anlamda negatif sonuçları açısından incelendiği bir çalışmada (Babinski ve ark., 2011), DEHB’li kadınların daha az oranda romantik ilişki içinde olma ve daha fazla depresif belirti

yaşamalarının yanında anneleriyle daha fazla ilişkisel çatışma yaşadıkları gösterilirken iş performansı açısından kontrol grubuyla farklarının ortaya çıkmadığı belirtilmiştir.

Bir hastanenin acil servisine yapılan başvuruların incelendiği çalışma örneklerinde, ağırlıklı düşme sonucu meydana gelen kafa travması ile ekstremit travması olgularda, diğer şikâyetlere göre daha yüksek oranda DEHB'ye rastlandığı, bunların ilkökul düzeyinde okul çağında bulunan erkek çocuklarda daha fazla görüldüğü bulunmuştur (Beyoğlu, 2021; Öztürk, 2022). Benzer özellikteki başvurularda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ihtimalinin değerlendirilmesinin önemli olduğu ifade edilmektedir.

İş yeri ortamında DEHB'nin doğasında olan dikkat bozukluğu, hiperaktivite ve dürtüsellik semptomlarından kaynaklanan birçok sorunla karşılaştığı ve bu durumun DEHB'li çalışanların iş performansını ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği gösterilmektedir. Bu kişilerin; önemli işleri sonuca ulaştırma ve işleri önceliklendirme konusunda karar vermede güçlük yaşama (Mercan ve ark., 2017); taşıyabileceğinden fazla iş yükünü düşünmeden kabul etme ile aşırı odaklanma durumlarında işleri tamamlayabilmek için normal çalışma saatlerini aşma, iş yerinde çevresel dikkat dağıtıcılardan dolayı konsantrasyon sağlayamama, dikkatsiz hatalar yapma, yeteri kadar dinlenmeden aynı anda birden çok işi takip etme ve bunun sonucunda erteleme, aşırı yorgunluk, ve aşırı çalışma problemleri yaşadığı görülmektedir. Tüm bunlar aynı zamanda, bu kişilerin zaman yönetimi ve karar verme gibi organizasyonel becerileri zayıf, unutkan, tembel, sorumsuz gibi olumsuz yakıştırmalarla anılmasına yol açmaktadır (Andreassen ve ark., 2016; Ginsberg ve ark., 2014; Oscarsson ve ark., 2022). Bununla birlikte, şaşırtıcı şekilde, Andreassen ve arkadaşları (2016), DEHB semptomlarının işkoliklik ile pozitif bir ilişki içinde olduğunu; DEHB'ye sahip bireylerin aslında tam da bu etiketlemeleri ve nörolojik belirtilerinin yol açtığı durumları tanzim etme çabalarından dolayı daha çok ve uzun süreler çalışma davranışı gösterdiklerini iddia etmiştir.

DEHB'li genç yetişkinlerin trafikte hız sınırını aşma, ehliyete el konulması, kazaya karışma, fiziksel yaralanmalı kaza olasılıklarının daha yüksek olduğu, daha fazla çarpışma sürüm ve daha zayıf direksiyon hâkimiyeti yaşadıkları; daha kötü araç kullanma alışkanlıkları bulunduğu öne sürülmüştür. Bununla birlikte, DEHB'nin sürüş bilgisi hususunda araç kullanım performansı üzerinde olduğu kadar etkisi olmadığı da bildirilmiştir (Barkley ve ark., 1996). DEHB ile trafik kazaları ilişkisinin incelendiği bir başka çalışmada (Chang ve ark., 2014), DEHB'nin ciddi trafik kazası riskinin artmasıyla ve DEHB'ye yönelik ilaç kullanımının yetişkin erkeklerde bu risk oranının azalmasıyla ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, DEHB'de medikal müdahalenin, ölümlü trafik kazası riskini azaltmasıyla halk sağlığına katkıda bulunabileceğine işaret etmektedir.

Ölüm oranları açısından bakıldığında, Danimarka’da çocuk, adolesan ve yetişkin örnekleminde yapılan bir kohort çalışmasında, DEHB ile doğal olan ve olmayan ölüm oranları arasındaki ilişki incelenmiş ve DEHB’li kız çocukları ve kadınların, DEHB’li oğlan çocukları ve erkeklere göre daha yüksek ölüm oranına sahip olduğu; çoğunlukla kazalardan kaynaklanan doğal olmayan ölüm oranlarının, DEHB tanısını yetişkinlik döneminde alanlarda, çocukluk çağında alanlara göre daha yüksek olduğu; ancak, DEHB ile karşıt olma karşı gelme bozukluğu, davranım bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu ile komorbiditesi durumunda ölüm oranının, yalnızca DEHB görülen yetişkinlere göre daha düşük olduğu bulunmuştur (Dalsgaard ve ark., 2015).

### 1.1.6.Tanı

DEHB tanısının verilebilmesi için genel gelişim düzeyine uygun olmayan ve çeşitli yaşam alanlarında işlevselliği sekteye uğratan semptomların çocukluk döneminde DSM-5 kriterlerine göre 12 yaşına kadar kendini göstermiş olması, değerlendirme aşamasında en az altı tanı kriterinin karşılanmış olması ve son 6 aydır sürmekte olması beklenmektedir (APA, 2013; NICE, 2018). Dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik yönelt semptomlar kendini her yaşam alanında aynı derecelerde göstermeyebileceği gibi bu belirtilerin etkileri zamanla değişiklik gösterebilir (NICE, 2018).

DEHB semptomları ile DEHB tanı ve tedavisinin verilme oranı cinsiyet açısından değerlendirildiğinde, DEHB tedavisine erkek çocuklarına göre daha az kız çocuğunun yönlendirildiği ancak semptomların farklılıktan çok benzerlik teşkil ettiği görüşünün alan yazınında ağırlık kazandığı görülmüştür. Kızlarda erkeklere göre hiperaktivite veya dürtüsellik yerine dikkat eksikliğinin görüldüğü ancak benzer ailesel risk faktörleri, eş tanı ve bozukluk örüntüsü ve tedavi edilememe riski taşıdıkları belirtilmiştir (Staller ve Faraone, 2006).

Achenbach (1966) tarafından yapılan bir çalışmada, çocuk psikopatolojisinde davranışsal semptomların iki kategoride gruplandırıldığı gösterilerek bunların içselleştirici ve dışsallaştırıcı olarak sınıflandırılması önerilmiştir. Buna göre içselleştirici problematik davranışlar, kişinin kendisine yönelen depresyon, geri çekilme gibi sorunları içerirken; dışsallaştırıcı problematik davranışlar sosyal çevreye yönelen agresyon, dürtüsellik gibi sorunları kapsamaktadır. Kız çocukların daha çok içselleştirici davranışsal problemler, erkek çocukların ise dışsallaştırıcı davranışsal problemler gösterdiği; bu durumun DEHB çerçevesinde kızlarda dikkat eksikliği, erkeklerde ise hiperaktivite ve yıkıcı davranışlar olarak öne çıktığı belirtilmiştir (Gershon ve Gershon, 2002). Dışsallaştırıcı problemlerin tedaviye başvuru oranını artırması hususu, dikkat

eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısını erkek çocuklarının daha fazla alması olgusunu açıklamaktadır.

Bununla birlikte, erkek ve kız çocuklarının; DEHB'den kaynaklanan semptom örüntüsü, eşlik eden fiziksel ve psikiyatrik problem düzeyi ve aldıkları tedavi açısından benzer oldukları ifade edilmektedir (Nøvik ve ark., 2006; Staller ve Faraone, 2006). Ayrıca, erkek çocuklarıyla karşılaştırıldığında kız çocuklarının; ebeveynleri tarafından daha fazla duygusal belirti gösterdiğinin bildirildiği, daha fazla olumlu sosyal davranış gösterdiği, daha fazla zorbalığa uğradığı, daha az zorbalık davranışı gösterdiği belirtilmektedir (Nøvik ve ark., 2006). Bu durum gelişim yörüngesinde ele alındığında, benzer bir tablo ortaya çıkmaktadır. DEHB'li adolesanlar arasında kızlarda erkeklere göre daha düşük öz-yeterlilik ve daha zayıf baş etme becerileri görüldüğü ancak bunların erişkinliğe doğru azalma eğilimi gösterdiği; DEHB'li kadınlarda adolesan ve erişkin dönemde depresyon ve anksiyete oranı daha yüksek iken fiziksel agresyon ve diğer dışsallaştırıcı davranışların daha düşük olduğu belirtilmektedir (Rucklidge, 2008). DEHB'nin yetişkinlerdeki problem sahalarının cinsiyete göre farklı sonuçlarını ortaya koyan bir çalışmada ise kadınların sosyal işlevsellik, zaman algısı, stresle başa çıkma; erkeklerin ise akademik işlevsellik ve çalışma belleği alanlarında daha fazla olumsuz etki deneyimlediği gösterilmiştir (Faheem ve ark., 2022).

DEHB'de tanı ve tedavi alma ve almama durumlarının yol açtığı birbirinden farklı sonuçlar, ilgili çalışmalardan anlaşılmaktadır. Buna göre, DEHB tanısı alan çocukların akademik başarılarının (Powers ve ark., 2008) daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Yetişkinlerde, çocukluk döneminden bu yana stimülan tedavisi almış olmanın istihdam edilme durumunun en güçlü yordayıcısı olduğu (Halmøy ve ark., 2009) gösterilmiştir. DEHB'li çocukların tedavi edilmemesinin, çocuklarda uzun vadeli olumsuz psikososyal sonuçlara (Ougrin, 2010), yetişkinlerde ise düşük yaşam kalitesine yol açtığı (Able ve ark., 2007) ifade edilmiştir. Bu sonuçlara göre, DEHB'nin çeşitli yaşam alanlarındaki etkilerinin medikal olarak erken müdahale edilme ile doğru değerlendirilme ve yönlendirilme faktörlerine göre şekillendiği anlaşılmaktadır.

DEHB olgularında, doğru tanı konulmasına ilişkin sorunlar da görülmektedir. Semptomların diğer psikiyatrik bozukluk semptomlarıyla karıştırılarak veya çeşitli önyargılar sonucunda yanlış tanı alınması karşılaşılan durumlardandır. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu semptomları cinsiyete özgü olarak gruplanmış olmamasına karşın kadınlar ve erkekler gelişim dönemlerine göre bu semptomlarla önyargı ile birbirlerinden farklı şekilde özdeşleştirilmektedir. Bu durumun ebeveyn ve öğretmenlerin yanlış tutumlarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Örneğin, cinsiyet yanlılığının, kızlara kıyasla erkek

çocuklarına yanlış DEHB tanısı konulması ve erkeklere göre daha fazla kız çocuğuna hatalı KGB tanısı konulmasıyla sonuçlandığı bildirilmiştir (Jackson ve King, 2004). Yetişkinlere bakıldığında ise, DEHB'nin teşhisi ve tedavisi yeterli düzeyde olmayan ve güçten düşüren bir durum olduğu açıktır. Erişkinlerde DEHB tanılanmadığında, bu kişilerin diğer eşlik eden hastalıklar için yardım arayışına girdiği bilinmektedir. Klinik pratikte, yetişkinlerde bozukluğu tanımlamak ve bu hastaların yaşamları boyunca devam eden zorluklarla başa çıkmalarına yardımcı olmak için ruh sağlığı uzmanları kendilerini DEHB ve eş tanılarını kanıta dayalı yaklaşımlarla daha yakından tanımak ve yönetmek ile tanı araçları daha fazla kullanmak konusunda yetiştirmelidir (Ginsberg ve ark., 2014).

Bu noktada ayırıcı tanı önem kazanmaktadır. DEHB'nin ayırıcı tanısında, akut ve kronik fiziksel hastalıklar ve bunlara yönelik olarak kullanılan özellikle bilişsel işlevler üzerinde etki gösteren ilaçlar, görme ve işitme bozukluğu, kafa travması, uyku bozukluğu, kötü beslenme, psikiyatrik olmayan durumlar; depresyon, anksiyete bozuklukları, öğrenme güçlükleri, anlıksal yetiyitimi, bipolar bozukluk, psikiyatrik durumlar olarak dikkatle ele alınmalıdır (Öner ve ark., 2003).

### **1.1.7.Tedavi**

DEHB'nin tedavisinde farmakolojik, psikolojik, davranışsal yöntemler ile tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerinden faydalanılmakta olduğu görülmektedir (Catalá-López ve ark., 2017). DEHB'ye yönelik klinik müdahalelerin standardize edilmesi amacıyla oluşturulmuş kılavuzlardan, medikal yöntemlerin DEHB tedavisinde oldukça önemli bir payı olduğu anlaşılmaktadır (Sonuga-Barke ve ark., 2013; Pliszka, 2007).

İlaç tedavisi alternatifleri maddenin güvenli ve etkin olması, etki süresi, günlük doz miktarı ve yan etkilerin tolere edilebilirliği açısından değerlendirilmektedir (Semerci, 2018). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tedavisi için başvuru farmakolojik ajanların katekolaminerjik (dopamin, norepinefrin) sistem üzerinde etkinlik gösterdiği ve çocuklarda kullanılan tedavi yöntemlerinin birçoğunun yetişkinlerde de etkili olduğu ortaya konulmuştur (Spencer, 2004).

DEHB'nin ilaçla tedavisinde psikostimülan (uyarıcı) olan ve stimulan dışı (uyarıcı olmayan) ajanlar kullanılmaktadır (Mukaddes, 2015).

Psikostimülanlar, DEHB tedavisinde en çok reçete edilen ve etki büyüklüğü diğer tedavi seçeneklerinden anlamlı şekilde daha büyük olan ilaç gruplarından olup bunlardan Amfetamin

ve Metilfenidat, DEHB'nin çekirdek semptomları üzerindeki olumlu etkinliği pek çok çalışma ile kanıtlanan gruplardır. (Findling, 2008; Faraone ve ark.,2006).

Amfetamin, dopamin ve noradrenalinin geri alımını bloke eder ve bunların sinaptik seviyelerini artırarak sinir sisteminde işlev görür. Bu sayede DEHB'li bireylerde semptomların kontrolünün yanı sıra yaşam kalitesini yükseltmektedir (Hodgkins ve ark., 2012). Metilfenidat, dopamin ve noradrenalin geri alımını engeller ve DEHB belirtilerinde azalmaya sebebiyet verir (Mukaddes, 2015). Yetişkinlerde kullanımının, bozukluk üzerinde güçlü bir etkisi olduğu kanıtlanmıştır (Faraone ve ark., 2004). Storebø ve arkadaşları, (2023) çocuklarda metilfenidat kullanımının hiperaktivite ve dürtüsellığı azaltarak konsantrasyonu artırırken yaşam kalitesi üzerine etkisine dair anlamlı bir bulguya rastlanmadığını ifade etmiştir.

Ayrıca, bozukluğun erken tanınması ile çocukluk döneminde stimülan kullanımının yetişkin DEHB olgularında uzun vadede olumlu sonuçlar görülmesiyle pozitif yönde ilişkili olduğu bildirilmiştir (Fredriksen ve ark., 2013).

Stimülanlara cevap vermeyen, bunların yan etkilerini tolere edemeyen veya başka klinik sebeplerle bu maddelerin kullanımının tercih edilmediği olgularda, stimülan dışı alternatiflere başvurulmaktadır. Bunların da stimülanlar derecesinde olmasa da sağlam etki gücü olduğu gösterilmiştir (Mészáros ve ark., 2009; Ercan ve ark., 2009). Atomoksetin, Bupropion, Trisiklik antidepresanlar (Desipramin), Alfa-2 adrenerjik agonistler (Guanfasin, Klonidin), Modafinil, DEHB tedavisinde kullanılan stimülan dışı ajanlardır (Semerci, 2018).

Atomoksetin bir seçici noradrenerjik geri alım inhibitörüdür ve 6 yaşından yetişkinlik dönemine kadar dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tedavisinde kullanılması FDA (the U.S.Food and Drug Administration [ABD Gıda ve İlaç Dairesi]) tarafından onaylanmıştır. Çocuk, adolesan ve yetişkinler üzerinde yapılan meta-analiz çalışmalarında (Gayleard ve Mychailyszyn, 2017; Ravishankar ve ark., 2016; Kratochvil ve ark., 2008), amoksetinin DEHB semptomlarının azalmasında etkili olduğu gösterilmiştir. Ayrıca, çocuk ve adolesanlarda sosyal işlevsellik ve aile işlevselliğini artırdığı; yetişkinlerde DEHB'de bozulan bilişsel özyönetim becerilerinde gelişme görüldüğü belirtilmiştir (Michelson ve ark., 2001; Brown ve ark, 2009).

Guanfasin, yalnızca çocuklar ve adolesanlarda kullanılan ve FDA tarafından onaylanan bir diğer stimülan olmayan ajandır. Seçici alfa 2A adrenoreseptör agonisti olan Guanfasin ve Klonidin endikasyon dışı ilaçlar olup kullanımları, sedatif etkileri dolayısıyla ve stimülanlarla birlikte tercih edilmektedir (Kaplan ve Newcorn, 2011).

Özetle farmakolojik tedavi yalnızca dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu semptomlarını azaltmakla kalmamakta, aynı zamanda DEHB'den dolayı ortaya çıkan ve uykudan sosyal ilişkilere kadar pek çok alanda deneyimlenen işlevselliğe dönük sorunları da

aza indirgemekte ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini artırmaktadır (Kosheleff ve ark., 2023; Coghill ve ark., 2019).

DEHB’de farmakoterapi genellikle ilk basamak tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır ancak bazı kişiler işlevselliklerinde ciddi seviyede bozulma yaşamaya devam etmekte veya ilaç kullanımını sürdürmek istememektedir. Bu durumlarda diğer tedavi seçeneklerine ihtiyaç duyulmaktadır. Psikososyal tedaviler, bu noktada önemli bir katkı sunmaktadır.

NICE tarafından, medikal tedaviden fayda sağladıkları hlde sosyal beceri, problem zme, özdenetim, aktif dinleme, duygularla baş etme alanlarında belirgin sorun yaşamaya devam eden genç DEHB’lilere bilişsel davranışçı terapi (BDT) nerilmektedir (NICE, 2018).

BDT; erteleme, zayıf zaman yönetimi gibi öz-düzenleme sorunlarıyla karakterize DEHB’de, kaçınmayı besleyen bilişsel çarpıtmaları hedefleyerek bunun yerine terapötik başa çıkma stillerini teşvik eder. Bu yolla meydana gelen beceri temelli davranış değişikliği, hastaya refahını artıran bir araç olarak kazandırılır (Ramsay, 2017).

Literatürde bulunan meta-analiz ve derleme çalışmaları, bilişsel davranışçı terapilerin, müdahale sonrasında yetişkinlerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu semptomların azalması yönünde etkili olduğunu göstermektedir (Young ve ark., 2020). Bununla birlikte, bu etkinin, olguların semptomlarını kendileri değerlendirdiğinde grldğu ancak klinisyen tarafından yapılan değerlendirmede görülmediği de öne sürülmüştür (Jensen ve ark., 2016). Ayrıca başka bir çalışmada, ilaç kullanma durumu ve tedavi süresinin bu etki ile bir ilişkisinin bulunmadığı bildirilmiştir (Knouse ve ark., 2017).

Davranışsal terapi ve farmakolojik tedavinin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu semptomlarının ve genel işlevselliğin iyileştirilmesinde kısa vadede etkili olduğu, davranışsal terapi ile stimlanların kombine edildiği yöntemlerde DEHB’de tedavi etkisinin daha büyük olduğu belirtilmektedir. (Catal-Lpez ve ark., 2017). Ayrıca cinsiyetler arasında tedavi modalitelerinin eşit derecede etkili olduğu ve bunlardan stimülanlar, non-stimülanlar ve davranışsal yöntemlerin etkili tedavinin temel dayanakları olduğu ifade edilmektedir (Nvik ve ark., 2006; Staller ve Faraone, 2006).

DEHB’de, kişinin ihtiyaına göre, bulunduğu ortamda uygulanan psikososyal terapötik müdahalelerin pozitif yönde etkili olduğu bilinmektedir. Örneğin, DEHB’li çocukların genellikle sınıftaki diğer uyumlu davranmakta zorlanan çocuklarla ittifak kurduğu ve sınıf ortamında yapılabilecek sosyal içermeye dönük müdahalelerle kendilerine iyi rol model olabilecek daha uyumlu akran gruplarına dâhil edilmelerinin özellikle davranış problemlerini yönetme noktasında teşvik edici olabileceği belirtilmiştir (Mikami ve ark., 2013).

DEHB'li adolesan kızların, erkeklere göre daha zayıf düzeyde öz-yeterlilik ve başa çıkma stratejisi sahibi oldukları belirtilmektedir. Bu farkın erişkinlik dönemine doğru kapanma eğiliminde olduğu da ifade edilse de bu durum, DEHB'nin yol açtığı psikososyal problemlerin iyileştirilmesine yönelik müdahalelere ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir. DEHB'ye yönelik psikososyal müdahaleler sonuçları açısından değerlendirildiğinde, bunların erkek ve kadınlarda aynı derecede etkili olduğu belirtilmektedir (Rucklidge, 2008).

DEHB'ye yönelik klinik müdahalelerin standardize edilmesi amacıyla oluşturulmuş tedavi kılavuzlarında, seçilen tedavi yöntemi kadar önemli bir başka konunun tedavinin etkisinin izlenmesi ve kişiye uygun şekilde düzenlenmesinin olduğuna dikkat çekilmektedir. Tedavi planının; semptomların şiddeti, işlevsellikteki bozulma oranı, eşlik eden başka rahatsızlıklar, medikal geçmiş ve gelişim dönemi gibi koşullara göre kişiselleştirilmesi önemli görülmektedir. Ek olarak, tedavi süresince tedaviye verilen cevabın, ilgili ruh sağlığı uzmanı tarafından uygun periyotlarla ve kişinin akademik, mesleki, sosyal ortamlarında ebeveynler, aile üyeleri, akranlar, öğretmenler gibi yakın çevresinden de geri bildirim alınarak takip edilmesinin ve gerektiğinde uygulamaların optimize edilmesinin tedavi başarısını etkileyen ve sonucunda yaşam kalitesini yükselten mekanizmalar olarak önerilmektedir (Pliszka, 2007).

## **2. Duygu Düzenleme**

Öz-düzenleme genel olarak insan benliğinin işlevlerinin, içsel süreçlerinin ya da durumlarına dair tepkilerinin kontrol edilmesine yönelik süreçleri kapsar. Bu doğrultuda, düşüncelerin, duyguların, dürtülerin, dikkatin veya performansın hedefe yönelik olarak bilinç ya da bilinçdışı düzlemde değiştirilmesi ve düzenlenmesi amaçlanır (Vohs ve Baumeister, 2004). Duyguların düzenlenmesi ise işlevsel bir öz-düzenleme mekanizması olarak değerlendirilmektedir. Olumsuz duyguların tahliye edilmesi ve bunların getirdiği istenmeyen durumların çözümlenmesi ile olumlu duyguların ve meydana çıkardıkları pozitif etkilerin sürdürülmesi amacıyla takip edilen stratejileri içermektedir (Larsen ve Prizmic, 2004). Klinik açıdan dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, davranış yönetiminin zaman kontrolü bağlamında öz-düzenleme süreçlerindeki başarısızlıkla ilişkilendirilmiş olup (Barkley, 1997b) bu çalışma kapsamında duygu düzenleme süreçlerinin etkisiyle ilişkisi ele alınmaktadır.

İnsanın işlevselliğinin optimize edilmesi için duyguların yönetilmesi gerektiği (Gross, 1998b) öne sürülmüştür. Literatürde duygu düzenleme kavramı üzerine, psikolojinin çeşitli alt alanlarından çalışmaların da katkılarıyla, birden çok modelin ortaya atıldığı görülmüştür. Bu

çalışmada, Gross'un (1998a; 1998b) Duygu Düzenleme Süreç Modeli ve Gratz ve Roemer'in (2004) önerdiği duygu düzenleme modellerine yer verilmiştir.

Gross'un (1998a; 1998b) ifadesiyle, duygusal ipucu içeren içsel veya dışsal uyaranlar 'önemli' olarak değerlendirildikleri takdirde algılanan duruma uyum sağlamayı kolaylaştırmak üzere davranışsal, deneyimsel ve fizyolojik alanlarda duygusal tepki eğilimleri oluşturulur ve bu tepkiler çeşitli şekillerde modüle edilerek sonucunda duygu tepkileri üretilir. Duygu düzenleme, hangi duygulara ne zaman sahip olunduğunu, bu duyguların ne yoğunlukta ve şekilde deneyimlendiği ve ifade edildiğini etkileyen süreçleri kapsar. Bu süreç; otomatik ya da kontrollü, bilinçli veya bilinçdışı düzeyde gerçekleşebileceği gibi aynı zamanda duygu üretme sürecinin farklı noktalarında kendini gösterebilir.

"Duygu Düzenleme Süreç Modeli"ne göre, (Gross, 1998b; Gross ve Thompson, 2007) duygu tepkisi üretme 'öncül odaklı duygu düzenleme' ve 'yanıt odaklı duygu düzenleme' aşamaları boyunca beş noktada düzenlenir. Öncül odaklı duygu düzenleme, duygusal tepki eğilimleri aktive edilmeden önceki stratejileri; yanıt odaklı duygu düzenleme ise duygusal tepki eğilimlerinin üretilmesinin ardından duygu üretimi sürerken başvurulan stratejileri belirtir. Öncül odaklı duygu düzenleme; durumun seçimi, durumun değiştirilmesi, dikkatin kaydırılması, bilişin değiştirilmesi aşamalarını kapsarken, yanıt odaklı duygu düzenleme, yanıt modülasyonu stratejisinden oluşur. Durumun seçimi, arzu edilen sonuçların ortaya çıkması ihtimalini artırmaya yönelik olarak kısa ve uzun vadede fayda ve zarar sonuçlarını gözeterek durumlara yaklaşma ya da onlardan kaçınma davranışlarını içerir. Durumun değiştirilmesi, ağırlıklı olarak dışsal durumların duygusal etkisinin değiştirilmesine yönelik aktif girişimlerdir ve bunlar yeni durumların ortaya çıkmasına yol açabilir. Dikkatin kaydırılması; durumun seçilmesi ya da değiştirilmesinde olduğu gibi çevresel etkilerin değiştirilmesine yönelmenin aksine dikkatin, içinde bulunulan duruma odaklanması ya da dağıtılması yoluyla belirli bir duygunun ortaya çıkması doğrultusunda yönlendirilmesidir. Bilişin değiştirilmesi, durumla ilgili algının ortaya çıkarabileceği duygusal etkinin düzenlenmesi amacıyla; duruma atfedilen anlam ve bununla başa çıkılma kapasitesi açısından durumun değerlendirilmesini ve ilgili bilişin dönüştürülmesini içerir. Yanıt modülasyonu, yanıt tepkileri başlatıldıktan sonra duyguların fizyolojik, deneyimsel ve davranışsal sahalarda yoğunlaştırılmasından, perdelenmesi veya inhibe edilmesine kadar değiştirilme girişimlerini kapsar.

Duygu düzenleme, Duygu Düzenleme Süreç Modeli'nin önerdiği perspektiften incelendiğinde (Gross 1998a; Gross, 2001; Gross ve John, 2003); öncül odaklı ve yanıt odaklı duygu düzenleme stratejilerinin, sırasıyla bilişin değiştirilmesi ve yanıt modülasyonu aşamalarının, duygusal tepki eğilimi aktive edilmeden önce ve edildikten sonra başvurulması

bakımından farklı adaptif *etki ve sonuçlar* ortaya çıkardığı görülmüştür. Bu çalışmalarda, bilişin değiştirilmesi aşamasında başvuru bilişsel yeniden değerlendirme stratejisi, duygu uyandırma potansiyeli olan bir durumun bilişsel olarak nötrleştirilmesi ile, durumla ilgili ortaya çıkabilecek muhtemel davranışsal, deneyimsel ve fizyolojik tepkilerin azaltılmasıdır. Yanıt modülasyonu aşamasında ise bastırma stratejisi, duygu tepkileri ortaya çıktıktan sonra duygu deneyimi değişmeden duygunun ifade edilmesinin engellenmesidir. Elde edilen bulgulara göre, bilişsel yeniden değerlendirme ve bastırma stratejilerinin her ikisinin de duygu ifade etmeye yönelik davranışı azalttığı görülmüştür. Bilişsel yeniden değerlendirmede davranışsal ve deneyimsel tepkiler azalırken fizyolojik bir yanıt oluşmamıştır. Bastırma sonucunda ise duygu ifadesinin engellenmesi ile azaldığı ve buna yönelik çaba sonucunda fizyolojik aktivasyonun arttığı, duygu deneyiminde herhangi bir etki oluşmadığı görülmüştür.

Benzer şekilde, bilişsel yeniden değerlendirme ve bastırma stratejilerinin karşılaştırıldığı çalışmalarda, bilişsel yeniden değerlendirmenin psikolojik iyi oluş bakımından daha sağlıklı sonuçlarla ilişkilendirildiğine yönelik bulgular elde edilmiştir (Kelley ve ark., 2019; Cutuli, 2014).

Gratz ve Roemer (2004) ise duygu düzenleme kavramın daha bütüncül bir yaklaşımla ele alınması gerektiğini öne sürmektedir. Bu öneriye göre, duygu düzenleme yalnızca duygusal uyarılmanın modüle edilmesinden ibaret olmamakla birlikte aynı zamanda duygulara dair farkındalığı ve duyguları anlamayı, duyguları kabul etmeyi ve ayrıca duygusal durumdan bağımsız hareket edebilme yetisini içermektedir. Bu noktada duygu kontrolü ile duygu düzenleme kavramlarının ayırımına değinilmesine ihtiyaç duyulmuştur. Özellikle duygusal açıdan zorluk oluşturabilecek negatif durumlarda, duyguları regüle etmek yerine bu durumların yol açabileceği muhtemel içsel deneyim ve fizyolojik uyarılmadan kaçınmak amacıyla duygu deneyimi ve ifadesinin kontrol edilmeye çalışılmasının emosyonel disregülasyon riski oluşturduğu ve bunun da ileriki aşamalarda klinik açıdan psikolojik bozukluklara yol açabileceği ifade edilmiştir. Duyguların işlevsel özelliği dikkate alındığında, esnek duygu düzenleme stratejilerinin, duygu deneyiminin gözetimi ve değiştirilmesi için duyguların farkında olunması ve anlaşılması aşamalarını da içermesinin önemine dikkat çekilmiştir. Bu hususta, duygu düzenlemenin yalnızca duyguları ekarte etmeyi veya uygunsuz ve dürtüsel davranışları inhibe etmeyi sağlamaktan ziyade içinde bulunulan durumun gereklilikleri ve kişinin hedefleri doğrultusunda gerçekleştirilmesinin gözetilmesiyle adaptif bir fayda sağladığı savunulmaktadır. Dolayısıyla duygu düzenlemenin; duygulara dair farkındalık, açıklık, kabul, dürtüsellik kontrol etme ile hedefe uygun davranışa yönelme ve bunlara yönelik olarak uygun duygu düzenleme stratejisine başvurma öğelerini içermesi gerektiği

savunulmaktadır. Bu boyutlardaki zorlanmaların duygu düzenlemede yaşanan güçlüğü veya duygusal disregülasyona işaret edebileceği gösterilmiştir.

Yapılan çalışmalarda kronik endişe ve panik semptomlarıyla farkındalık, açıklık ve kabul etmeme boyutlarının ilişkiselliğinin bulunduğu görülmüştür (Salter-Pedneault ve ark., 2006; Tull ve ark., 2008).

Duygu düzenleme kavramının anlaşılmasında, kavramın nörobilişsel, sosyal ve gelişimsel boyutlarına da değinilmesi faydalı olacaktır.

Duygu düzenlemenin nöropsikolojik mekanizmaları incelendiğinde, frontal lob, anterior singulat, temporal lob, amigdala, kaudat nükleus yapılarının, duygu düzenleme sürecinde, ödüle yaklaşma ve cezadan kaçınmaya yönelik olarak motive etme ve duygu ifadesini düzenleme şeklinde işlev gösteriyor olabileceği belirtilmiştir. Dolayısıyla, bu yapıların birbiriyle bağlantılı şekilde çalışması, dışsal ve içsel duygu deneyiminin düzenlenmesi ve diğer davranışsal kontrol süreçlerinin birbirleriyle etkileşim halinde olduğunu göstermektedir (Beer ve Lombardo, 2007). Bu konuda yapılan bir çalışmada bir durumun algılanma biçiminin ortaya çıkan duygusal tepkiyi belirlemesinin, bilişsel becerilerin duygu düzenleme süreci ile ilişkili olduğuna işaret edilerek çocukların yürütücü işlevler açısından bilişsel esnekliği ile duygu düzenleme becerileri arasında anlamlı pozitif ilişki olduğunu göstermiştir (Şahin ve Arı, 2016).

Sosyal açıdan bakıldığında duygu düzenleme süreciyle ilgili ilk çalışmalarda içsel süreçlere odaklanılmış olmasına rağmen, kişinin duygularının kendi içinde düzenlenmesi ile içsel; başkası tarafından düzenlenmesi ile dışsal veya kişilerarası düzlemde gerçekleştirilebileceği de belirtilmektedir (Gross, 2013).

Duygu düzenleme aynı zamanda gelişimsel bir fenomendir ve bu kapasitenin kazanılması ve sürdürülmesi, içsel ve dışsal faktörlerin şekil verdiği farklı motivasyon ve etkilerle yaşam boyu çeşitli alanlarda devam eder. Duygunun aktivasyonu ve yönetilmesi süreci, çocukluktan yaşlılık dönemine kadar, gelişim döneminin gerekliliklerine göre, duygunun değerlendirilmesi, hedefler, bağlamsal etkiler çerçevesinde gitgide daha stabil hale gelir (Riediger ve Bellingtier, 2022; Thompson ve Goodman, 2009).

## **2.1.DEHB’de Duygu Düzenleme**

Transdiagnostik bir kavram olarak düşünüldüğünde duygusal disregülasyonun, DEHB de dâhil olmak üzere birçok psikopatolojiyi kapsadığı belirtilmektedir (Werner ve Gross, 2010). Güncel tanı kılavuzlarında duygusal belirtilere, DEHB’nin çekirdek semptomları arasında yer verilmemiş olsa da duygusal öz düzenleme eksikliği uzun zamandır DEHB ile

ilişkilendirilmektedir. Bazı araştırmacılar tarafından duygusal labilite, duygusal açıdan aşırı tepkisellik, stres intoleransı, duygudurum dengesizliği ve öfke, DEHB semptomatolojisinde temel kriterler olarak değerlendirilmiştir (Wender, 1995; Brown, 1996). Bu bakımdan, DEHB psikopatolojisinde duygusal semptomların rolü ile duygusal disregülasyonun tanı kriterleri arasına dâhil edilmesi gerekliliği tartışılmaktadır.

Shaw ve arkadaşları (2014), DEHB’de duygu düzenleme zorluklarının klinik açıdan kavramsallaştırılmasına yönelik olarak literatürü incelediği bir çalışmada; DEHB’de duygu disregülasyonunun bozuklukta temel bir element olarak yaşam boyu sürdüğü ve prefrontal kortikal ağ içindeki işlev bozukluğu ile ilişkili olarak duygusal uyaranları tanıma ve dikkati bunlara yöneltme, ödül değerlendirme, çalışma belleği ve tepki inhibisyonu gibi bilişsel süreçlerdeki eksikliklerden ve ödül değerlemesindeki anomalilerden kaynaklanıyor olabileceği bulgularını dikkate getirmiştir. Araştırmada ayrıca DEHB ve duygusal disregülasyonun klinik olarak sınıflandırıldığında örtüşen ve ayrı boyutlar içerdikleri ve DEHB tedavisinde duygusal disregülasyona dair semptomlara odaklanan yeni terapötik yaklaşımlar üzerinde düşünülmeğe değer olduğu vurgulanmıştır.

Alan yazınında yer alan çalışmalar, duygusal disregülasyonun, DEHB’de yaşam boyu işlevsel ve psikososyal bozulmalar açısından belirleyici bir rol oynadığını ortaya koymaktadır.

Duygusal tepkisellik ile DEHB belirti yükü arasındaki ilişki ilerleyen yaşlarda güçlenmektedir (Graziano ve Garcia, 2016) ve yetişkin DEHB’de duygusal disregülasyonun daha yüksek oranda görüldüğü bildirilmektedir (Corbisiero ve ark., 2013). Duygusal labilitenin yetişkin DEHB olgularında kendini hiperaktivite ve dürtüsellik boyutlarıyla ilişkili olarak gösterdiği ve yaşanan bozulmaları, bu psikopatolojideki çekirdek belirtiler ve komorbid durumlara göre daha iyi açıkladığı belirtilmektedir (Skirrow ve Asherson, 2013).

Beheshti ve arkadaşları (2020) meta-analiz çalışmalarında, duygusal disregülasyon yaşayan yetişkinlerde, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanılı grupların, sağlıklı kontrol gruplarıyla karşılaştırıldığında daha yüksek düzeyde duygusal disregülasyon gösterdiğini; duygusal disregülasyonun duygusal labilite, duygu tanıma ve negatif duygu tepkisi boyutları açısından bakıldığında bu ilişkide en güçlü etki büyüklüğünün duygusal labilitede görüldüğünü belirtmişlerdir. Ayrıca DEHB semptom şiddeti ile duygusal disregülasyon arasında güçlü bir korelasyon olduğunu ve negatif duygu tepkisi boyutunun en güçlü korelasyonu gösterdiğini belirtmişlerdir. Surman ve arkadaşları da (2013), duygusal öz düzenleme semptomlarının DEHB’li yetişkinlerde düşük yaşam kalitesi ile sosyal uyum ve artan trafik kazası ve suç oranı ile ilişkili olduğunu belirtmiştir. Bu semptomların da ağırlıkla öfke dışı vurumu

olduğunu ve DEHB’de öz düzenleme ile ilgili semptomların duygusal ifadesi olarak değerlendirilebileceğini ifade etmiştir.

Gross (2001) tarafından önerilen modele göre DEHB ve duygu düzenleme ilişkisini gözden geçiren çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. Örneğin, bir çalışmada dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu semptom düzeyleri bilişsel yeniden değerlendirme ya da duygusal bastırma ile anlamlı olarak ilişkili bulunmazken (Bodalski ve ark., 2019), başka bir araştırma örneğinde ise dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanılı kimselerin durumun seçilmesi stratejisini sağlıklı popülasyona göre daha çok kullandığı gösterilmiştir (Thorell ve ark., 2020).

DEHB’nin Gratz ve Roemer (2004) önerdiği modele göre değerlendirildiği bir çalışmada, DEHB popülasyonunun toplumun diğer kesimine göre farkındalık ve dürtü boyutlarında anlamlı olarak daha farklı sonuçlar aldığı gösterilmiştir (Bunford ve ark., 2014).

Philipsen (2013), DEHB’li kişinin kendisinin ve çevresindekilerin işlevsel olmayan davranış biçimlerini sürekli olumsuz olarak değerlendirmesinin kısır bir duygu ve düşünce döngüsü oluşturduğunu belirtmiştir (akt. Kaymak-Özmen, 2020). Duygu düzenleme sorunlarının DEHB’de çekirdek rol oynadığı ve gençler ve yetişkinlerde de işlevsellik üzerinde önemli bir etkisi olduğu bulunmuştur (Bunford ve ark. 2015). DEHB’de duygu düzenleme deneyimine bakıldığında; duygusal dürtüsellik ile duygu düzenleme ve olumlu duyguların uyarılmasına ilişkin güçlük yaşandığı ifade edilmiştir (Barkley, 2010a). DEHB’de görülen duygu düzenleme güçlüklerinin; DEHB’ye yönelik belirtilerin şiddetinin yoğunlaşmasına, riskli davranışlarda artışa, romantik ilişkilerde ve sosyal ilişkilerde bozulmalara yol açabildiği görülmüştür. Bu bakımdan DEHB’de duygu düzenleme alanında yaşanan güçlüklerin bozukluğa özgü belirtilerinin veya eş tanıların daha iyi değerlendirilebilmesi için ek araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır (Öztürk ve ark., 2018).

Tüm bu bulgular değerlendirildiğinde, klinik uygulamada duygu düzenleme becerilerinin üstünde durmanın, DEHB tanı ve tedavi sürecine katkı sağlayabileceği söylenebilir.

### **3. Benlik Saygısı**

Benlik ve benlik saygısı kavramlarına literatürde çeşitli tanımlamalar getirilmiştir. Rosenberg (1965) tarafından benlik, kendilik hakkında öne çıkan unsurlar, görüşler ve değerler olarak gösterilirken, benlik saygısı bir nesne olarak benlik hakkındaki pozitif ya da negatif tutum olarak tarif edilmiştir. Bu görüşe göre yüksek benlik saygısı, kendini yeteri kadar iyi, değerli olarak görmeyi, kısıtlılıklarının farkında olmakla birlikte büyüme ve gelişmeyi önemsemeyi ifade eder. Dolayısıyla bu tutumun, kendiliğe yönelik tümüyle niteleyici bir

yaklaşım barındırmadığı anlaşılmaktadır. Kişi kendisini bazı alanlarda diğerlerinden daha iyi olarak nitelendirebilir, bazı alanlarda da ortalama bir insan olarak değerlendirebilir ya da yetersiz düzeyde hissedebilir. Düşük benlik saygısı ise, benliğin tüm alanlarına yönlendirilen şekilde, kendiliğine yönelik saygı ve memnuniyet duymamayı, kendi benliğini kabul etmemeyi ve kendini küçük görmeyi işaret eder.

Coopersmith (1967) benliğin, kişinin hakkında bazı tutumlara sahip olduğu soyut bir nesne olduğunu; benlik saygısının ise kişisel yetenekler, özellikler ve performans gibi çeşitli alanlarda kendilik üzerine çok yönlü bir değerlendirme sonucu beliren olumlu ya da olumsuz yargılarla temsil edildiğini belirtmiştir. Benlik saygısının sürdürülmesi; kişinin hayatındaki önemli diğer kişilerle etkileşiminin ilgi, kabul ve saygı üzerine olması, kişinin başarıları ve bu yolla toplumda edindiği statüsü, kişiye diğerleri tarafından gösterilen hedeflere ulaşması, kişinin diğerlerince kendisi üzerine yapılan değerlendirmeleri ele alış biçimine bağlı olarak ifade edilmiştir. Yüksek benlik saygısı kabul, net olarak belirlenmiş sınırlar ve yüksek hedefler, saygılı bir muameleyle, düşük benlik saygısı ise başarısızlık korkusu ile ilişkilidir (Coopersmith, 1969).

Benliğin, kişinin kendisine yönelik atıfları, geçmiş yaşantıları, gelecek projeksiyonları, sosyal rollerinin izleri ile şekillenen zihinsel bir kavram olduğunu belirtilmiştir (Aydın, 1996). Benlikle ilişkili kavramlar, kişinin kendisine dair subjektif kanaatlerinden ibaret olup her zaman her alanda net bir değerlendirme içermeyebilen zihinsel temsillerdir. Benlik kavramının şema modeline göre belirli alanlardaki bireysel deneyimlerden süzülen kendilik hakkındaki genellemeler kendilik şemaları olarak adlandırılan bilişsel ve duygusal yapıyı teşkil eder ve bu şemalar sonraki sosyal deneyimlerden kendilikle ilgili elde edilen bilgilerin işlenmesini organize eder; olaylara yönelik duygusal ve davranışsal tepkileri yönlendirir (Markus, 1977; Stein, 1995). Bununla birlikte, benlik hakkındaki değerlendirmelerin ve sonuçlarının yalnızca kişinin kendiliği ile sınırlı kalmadığı gösterilmiştir. Düşük benlik saygısı, tanımında kendilik hakkında hor gören bir değerlendirmede bulunmayı içerir ancak düşük benlik saygısına sahip kişiler diğer birçok olay, durum, kişi ve gerçekliğe karşı da genel olumsuz bir tutum takınmaktadır (Baumeister ve ark., 2003).

Coleman (2011), benlik saygısı kavramına yönelik yürütülen ilk çalışmalarda benlik saygısının adaptasyon ve başa çıkma yeteneklerinin bir göstergesi olarak düşünüldüğünü, düşük benlik saygısının uyum güçlükleri, yüksek benlik saygısının ise birçok alanda mahir olma ile ilişkili olarak ele alındığını belirtmiştir. Daha sonraki yıllarda ise araştırmaların benlik saygısına katkıda bulunan nitelikler ile benlik saygısının zaman içerisindeki sürekliliğine odaklandığının görüldüğünü söylemiştir.

Benlik saygısı üzerine yapılan araştırmalarda birçok değişkenin bu kavramla ilişkisi çalışılmıştır. Aşağıda bu çalışmalardan örneklere yer verilmiştir.

Benlik saygısı ile çeşitli faktörlerin ilişkisinin incelendiği ve örneklem gruplarının Türkiye'den oluşturulduğu araştırmaların incelendiği bir meta-analiz çalışmasının bulgularına göre (Seki ve Dilmaç, 2020); psikolojik sağlamlık, problem çözme becerileri, öz-yeterlik, algılanan sosyal destek, yaşam doyumunu, güvenli bağlanma, empati faktörleri benlik saygısı ile pozitif yönde ilişkili bulunduğundan koruyucu faktörler olarak; depresyon, anksiyete, yalnızlık, stres, çocukluk ağı olumsuz yaşam deneyimi, sosyal görünüş kaygısı, ve güvensiz bağlanma faktörleri benlik saygısı ile negatif yönde ilişkili olarak gösterildiğinden risk faktörleri olarak belirtilmiştir. Bunların yanında, yüksek benlik saygısının sağlık, başarı, mutluluk, üretkenlik, umut, diğerlerini kabul, çevresinden algılanan sosyal destek, güçlüklerin üstesinden gelme çabası gösterme; düşük benlik saygısının ise endişe, karamsarlık, kötümserlik, sinirlilik, umutsuzluk, daha az çaba gösterme, zayıf problem çözme becerisi, başarısızlık, reddedilme beklentisi, değersizlik ve yetersizlik düşünceleri ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Coleman ve Hendry, 1990; Kassin, 1998; Savi-akar ve Karataş, 2012). Yapılan bir meta-analiz çalışmasında, benlik saygısı düzeyi ile sosyo-ekonomik düzey arasında pozitif bir ilişki olduğu, sosyo-ekonomik düzeyin benlik saygısı üzerindeki etki büyüklüğünün genç ve orta yetişkinlik döneminde yüksek seyrettiği ve sonrasında azaldığı, kadınlar için bu etkinin zamanla artarken erkeklerde azaldığı gösterilmiştir (Twenge ve Campbell, 2002). Harris ve Orth (2020), boylamsal araştırmalar üzerine yrttikleri meta analiz çalışmasında, benlik saygısı ve sosyal ilişkilerin kalitesi arasında, yaşam boyunca tüm gelişim dönemlerinde karşılıklı olarak birini etkileyen bir ilişki olduğunu göstermiştir. Daha açık bir ifadeyle, sosyal ilişkilerin benlik saygısı üzerindeki etkisi ve yine benlik saygısının sosyal ilişkiler düzlemindeki sonuçlarına bakılarak bu iki konsept arasında olumlu bir geri bildirim döngüsü olduğuna işaret edilmektedir. Bununla birlikte, Sorjonen ve arkadaşları (2022) ise bu çalışmayı yeniden analiz etmiş ve elde ettikleri sonuçlara göre, bu ilişkinin istatistiksel olarak geçerli şekilde karşılıklı olmadığını iddia etmiştir. Baumeister ve arkadaşları (2003), kaleme aldıkları derleme çalışmasında benlik saygısı ile ilişkili faktörlerin incelendiği araştırmaları ele almıştır. Buna göre, benlik saygısı, akademik ya da mesleki başarı, sosyal inisiyatif alma, grup yanlılığı, grup performansı, başarısızlığa karşı uyumlanma, mutluluk, olumsuz yaşam olayları ile başa çıkma, cinsel aktivite girişimi ile pozitif yönde ilişkili olarak; depresyon, zorbalık, suça sürüklenme ve yeme bozuklukları ile negatif ilişkili olarak ifade edilmiştir. Bu çalışmada, benlik saygısının kişilerarası ilişkilerdeki başarı, alkol, sigara ve madde kullanımı ile tutarlı bir ilişkisi bulunmadığı belirtilmiştir. Anılan değişkenlerle benlik saygısı arasında güçlü neden sonuç

ilişkileri bulunmadığı belirtilmiş olmakla birlikte, yüksek benlik saygısının uç noktalarda olumlu ve antisosyal davranış eğilimlerini güçlendirdiğine işaret edilmiştir.

Benlik saygısının yaşam boyunca farklı gelişim aşamalarında gösterdiği değişikliğe yönelik birçok çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalarda benlik saygısı çeşitli değişkenlerle ilişkileri üzerinden ele alınmıştır.

Adolesan dönemde benlik saygısının dengeli ilerlediği, tüm grupta mental sağlık düzeyi düşüş gösterirken depresyon, anksiyete ve stres düzeyinin artış gösterdiği; erkeklerin kızlara göre daha yüksek düzeyde mental iyi oluş hali ve benlik saygısı raporladığı; benlik saygısı ve zihinsel sağlığın karşılıklı olarak ilişkili olduğu ortaya konulmuştur (Moksnes ve Reidunsdatter, 2019). Huang, boylamsal çalışmalardan oluşan meta-analiz çalışmasında benlik saygısının çocukluk döneminden yetişkinlik dönemine doğru değişimini incelemiştir (2010). Sonuçlara göre, benlik saygısında en fazla değişiklik çocukluk döneminden genç yetişkinlik döneminin ilk on yılına kadar görülmekte ancak 30 yaşından sonra değişiklik görülmemektedir. Ayrıca gelişim grubu bazında, daha yaşlı kuşakların benlik saygısında, genç kuşaklara göre daha az değişim olduğu belirtilmektedir. Bunun yanı sıra, yaşam boyunca benlik saygısı üzerinde etki oluşturacak düzenleyici değişkenlerin farklılaşabileceği; benlik saygısındaki değişimin yalnızca grup düzeyinde değil de bireysel düzeyde de, özellikle benzersiz yaşam olaylarının benlik saygısı üzerindeki etkileri bakımından boylamsal desenli çalışmalarla araştırılmasına ihtiyaç duyulduğu ifade edilmiştir.

Wagner ve arkadaşları tarafından yürütülen boylamsal çalışmada (2013), adolesan dönemden genç yetişkinlik dönemine geçiş aşamasında benlik saygısının değişimi, yapısal/demografik özellikler ve kişilik özellikleri bakımından yaşa özgü zorlukların başarıma durumu ile cinsiyet değişkenleri açısından incelenmiştir. Çalışmada, bu geçiş döneminde benlik saygısının genel olarak artan bir grafik izlediği; dışadönüklük özelliğinin gelişim döneminin getirdiği yeni sosyal rollere uyumu kolaylaştırmasının da etkisiyle diğer kişilik özelliklerine göre benlik saygısı ile pozitif yönde en stabil ve güçlü ilişkiyi gösterdiği; düşük nevrotiklik ile gelişime açıklık, uyumluluk ve sorumluluk özellikleri daha yüksek benlik saygısı ile ilişkili bulunurken genç kadınlarda, erkeklere göre uyumluluk özelliği arttıkça daha yüksek benlik saygısı düzeyi görüldüğü ifade edilmiştir. Ayrıca romantik partner edinme durumunun genç erkeklerde, genç kadınlara göre daha erken yaşta benlik saygısında gelişme gösterdiği belirtilmiştir.

### **3.1.Benlik Saygısı ve Duygu Düzenleme**

Korkmaz ve Yener (2019) yaptıkları çalışmada, temel benlik değerlendirmesi kavramının alt boyutlarından olan benlik saygısı ile duygu düzenlemenin anlamlı ilişkisini göstermiştir. Buna göre, benlik saygısının duygu düzenlemeyi sağlamaya öncülük edebileceği iddia edilmiştir. Bunun yanı sıra, duyguların düzenlenme sürecinin sonucunda bireylerin kendilerine yönelik duydukları suçluluk, kızgınlık duydukları, pişmanlık gibi duygular ya da özgüven ve özsaygı düzeylerinde azalma yaşadıkları durumların da ortaya çıkabileceğini belirtmiştir. Sınır kişilik bozukluğu tanılı bir örneklem grubuyla yapılan başka bir çalışmada, duygu düzenleme güçlüğünün uyum bozucu davranışları tetikleyerek negatif duygulanıma neden olabildiği gösterilmiş ancak duygu düzenleme güçlüğünün benlik saygısı ile doğrudan bir ilişkisi bulunamamıştır (Keleş-Altun ve Atagün, 2019). Benlik saygısı ile bilişsel yeniden değerlendirme stratejisi arasında pozitif yönde (Demirtaş, 2018); bastırma ile negatif yönde bir ilişkisi olduğu (Nezlek ve Kuppens, 2008) gösterilmiştir. Cheung ve arkadaşları (2014), duygusal zekânın duygu düzenleme becerisini kapsadığını ifade ederek genç yetişkinlerde duygusal zekânın benlik saygısının önemli bir belirleyicisi olduğunu, genel not ortalamasının benlik saygısı üzerindeki olumlu etkisine aracılık ettiğini sosyal yeterliliğin benlik saygısı ile ilişkisini de açıkladığını ortaya atmıştır. Alan yazınında bu iki değişkenin ilişkisi hakkında farklı bulgular yer aldığı için bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

### **3.2.Benlik Saygısı ve DEHB**

İlgili çalışmalar incelendiğinde, benlik saygısının DEHB'ye dair giderek daha önemli bir sorun alanı olarak görüldüğü anlaşılmaktadır. Alan yazınında DEHB ile düşük düzey benlik saygısının ilişkilendirildiği çalışmalar artmış olmasına rağmen bu ilişkinin uzun dönem sonuçlarının incelenmesine ihtiyaç duyulduğu anlaşılmaktadır.

Çocukluk döneminden itibaren deneyimlenen dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu semptomlarının yol açtığı problemler, bununla ilintili olarak tekrar eden başarısızlıklar ve sonuçsuz kalan tedavi girişimlerinin, kendini suçlama ve neticede olumsuz kendilik değerlendirmesine yol açıyor olabileceği değerlendirilerek dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile düşük düzey benlik saygısının ilişkilendirildiği aktarılmaktadır (Cook ve ark., 2014). Benzer şekilde, yetişkin DEHB'li bireylerin düşük benlik saygısı ve düşük özyeterlik algısına sahip oldukları belirtilerek DEHB'li bireylerin günlük hayatta sık sık olumsuz deneyimler yaşamasının onlarda olumsuz bir benlik saygısı ve özyeterlik inancı oluşturduğu ve

bu durumun tekrarlanan olumsuz deneyimlerle birlikte baş etme kapasitelerine dair inanç seviyelerini daha da düşürdüğü ve sonuçta döngüsel olarak düşük benlik saygısı ve özyeterlik inançlarının körüklendiği düşünülmektedir (Newark ve Stieglitz, 2010). Ek olarak, benlik saygısı düzeyindeki bir bozulmanın, çocukluk döneminde etkileri henüz tam olarak görülmemiş olsa bile ileriki dönemlerde olumsuz gelişimsel sonuçlara yol açabileceği ifade edilmiştir (Slomkowski ve ark., 1995).

Bunun yanında, benlik saygısının, DEHB'si olanlar ve olmayanlar arasında önemli bir fark olarak ortaya çıktığı ve ayrıca DEHB olgularında sosyal becerilerin benlik saygısının anlamlı bir yordayıcısı olduğu ortaya konulmuştur (Cook ve ark., 2014). Ayrıca dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu semptomlarının uyum problemleri ile ilişkili olduğu ve bu ilişkiye benlik saygısının aracılık ettiği bildirilmiştir (Shaw-Zirt ve ark, 2005). DEHB'li genç kadın yetişkinlerle yapılan bir çalışmada, DEHB'nin katılımcılarda yüksek düzey sınav kaygısı ve düşük düzey benlik saygısı ilişkisi gösterilmiştir (Dan ve Raz, 2015).

Bunlara ek olarak, literatürde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı ve tedavisi almış olmanın bu olgularda ölçülen benlik saygısı düzeyi açısından olumlu etkileri bulunduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur. Örneğin, Pawaskar ve arkadaşları çalışmalarında (2020), klinik olarak dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almamış olan ancak DEHB belirtiselliği gösteren bir gruba, DEHB klinik tanısı almış olan bir grubu karşılaştırılmış olup DEHB teşhisi konan bireylerin daha yüksek düzey işlevsellik, mesleki alanda üretkenlik, sağlıklı yaşam kalitesi ve benlik saygısı deneyimlediklerini iddia etmiştir. Yürütülen bir meta-analiz çalışmasında ise, tedavi almayan DEHB olgularının, sağlıklı kontrol grubuna kıyasla uzun vadede daha düşük düzeyde benlik saygısı ve sosyal işlevsellik sonuçlarıyla ilişkili olduğu; düşük benlik saygısı düzeyi oranının en fazla yetişkin grubunda görüldüğü; bunu, genç yetişkin, çocuk ve adolesan grubunun takip ettiği ifade edilmiştir. Ayrıca, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tedavisi almanın ise bu sonuçlarda iyileşme ile ilişkili bulunduğu belirtilmiştir (Harpin ve ark., 2016). Diğer yandan, bu bulguyla çelişen sonuçlara da rastlanmaktadır. Örneğin, Mazzone ve arkadaşları, çocuk ve adolesanlardan oluşan bir örnekleme, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı olup medikal tedavi alan ve almayan gruplarda, sağlıklı kontrol grubuna göre daha düşük düzey benlik saygısının görüldüğünü bildirmiştir (2013).

DEHB'de benlik saygısının gelişimsel olarak takip edilmesine yönelik yapılan bir çalışmada, çocukluk döneminde DEHB tanısı almış olanların adolesan dönemde daha düşük düzeyde benlik saygısı gösterdiği bildirilmiştir. Hiperaktif ve kontrol gruplarının ikisinde de adolesan dönemde, daha yüksek benlik saygısı olanların daha az dikkat eksikliği ve

hiperaktivite bozukluğu semptomu ve daha iyi düzeyde psikososyal uyum gösterdiği; düşük benlik saygısı olanların yetişkinlik döneminde düşük eğitim başarısı ve mesleki başarı gösterdiği belirtilmiştir. Bu durumda, adolesan dönemde benlik saygısı ile yetişkinlikteki eğitim başarısı ve mesleki başarı arasında pozitif bir korelasyon olduğu, psikososyal uyum ve akademik performansın bu ilişkiye aracılık ettiği ifade edilmiştir (Slomkowski ve ark., 1995).

### **3.3.Benlik Saygısı, DEHB ve Duygu Düzenleme**

Literatürde bu değişkenleri birlikte ele alan çok fazla sayıda çalışma bulunmadığı görülmüştür. Bodalski ve arkadaşları (2023), üniversite öğrencilerinde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve erteleme belirtilerini inceledikleri çalışmalarında, duygu düzenlemede yaşanan zorlukların ve benlik saygısının DEHB ve erteleme davranışı arasındaki ilişkiyi ayrı ayrı açıkladığını ve ayrıca bu ilişkiye birlikte katkıda bulunduğunu öne sürmüştür. Tüğen (2018), DEHB olgularında duygu düzenleme, benlik saygısı ve bağlanma ilişkisini incelemiş olup DEHB grubunda düşük benlik saygısı ve duygu düzenleme becerisi sonuçları bulunduğunu göstermiştir.

## İKİNCİ BÖLÜM

### 4.Yöntem

#### 4.1.Katılımcılar

Bu çalışma Türkiye'deki üniversitelerin tüm kademelerinde eğitim almakta olan 585 öğrencinin gönüllü katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların yaş skalası 18 ile 40 arasındadır ve yaş ortalaması 23,06'dır (s.s.=4,394). Çalışmaya katılan öğrencilerin % 68,7'si cinsiyetini kadın olarak belirtirken, (n=402 ), % 31,3'ü erkek (n=183 ) olarak belirtmiştir.

Örneklem grubunun yaş, cinsiyet, eğitim aldığı bölüm, sınıf düzeyi, yaşadığı yer, gelir düzeyine yönelik sosyo-demografik bilgiler Tablo 1'de gösterilmektedir.

**Tablo 1**

*Temel Betimleyici İstatistikler*

Değişkenler	Sıklık (f)	Yüzde (%)
Yaş		
18	23	3,9
19	62	10,6
20	89	15,2
21	90	15,4
22	93	15,9
23	52	8,9
24	36	6,2
25	34	5,8
26	12	2,1
27	12	2,1
28	11	1,9

---

29	15	2,6
30	12	2,1
31	6	1,0
32	5	,9
33	4	,7
34	7	1,2
35	4	,7
36	6	1,0
37	1	,2
38	4	,7
39	5	,9
40	2	,3
Cinsiyet		
Kadın	402	68,7
Erkek	183	31,3
Eğitim düzeyi		
Ön lisans	60	10,3
Lisans	458	78,3
Yüksek lisans	55	9,4
Doktora	12	2,1
Yaşadığı yer		
Yurtta	154	26,3
Ailele evde	321	54,9
Ev arkadaşlarımla evde	56	9,6
Tek başıma evde	49	8,4
Diğer	5	,9
Gelir düzeyi		
Düşük	79	13,5
Orta düşük	135	23,1
Orta	279	47,7
Orta yüksek	82	14,0
Yüksek	10	1,7

Bedensel rahatsızlığı olma durumu		
Evet	36	6,2
Hayır	549	93,8
Kendisinin ruhsal bozukluk tanısı alma durumu		
Evet	162	27,7
Hayır	423	72,3
Aile üyesinin ruhsal bozukluk tanısı alma durumu		
Evet	121	20,7
Hayır	464	79,3
Çocukluk çağı olumsuz yaşam deneyimi		
Evet	315	53,8
Hayır	270	46,2
Kendisine veya çevresine zarar verme davranışı		
Evet/kendime	117	20,0
Evet/çevreme	12	2,1
Evet/hem kendime hem çevreme	55	9,4
Hayır	401	68,5
Madde kullanımı		
Evet	189	32,3
Hayır	396	67,7

---

#### 4.2. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada, genç yetişkinlerin DEHB belirtilerini ölçmek için Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS), benlik algısı düzeyi için Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) benlik saygısı alt ölçeği, duygu düzenleme için Duygu Düzenleme Anketi (DDA) ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form (DDGÖ-16), genel psikolojik belirtisellik düzeyi için Kısa Semptom Envanteri (KSE); ayrıca katılımcılarla ilgili bazı genel bilgileri edinmek için Sosyo-demografik Bilgi Formu kullanılmıştır.

#### **4.2.1. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1.1)**

Yetişkinlerde DEHB belirtilerine dair ölçüm aracı olarak kullanılmaktadır. DSM-4 DEHB tanı ölçütleri temel alınarak Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen bir öz bildirim ölçeğidir (Kessler ve ark., 2005). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik olmak üzere 9'ar maddeden meydana gelen iki alt ölçekten ve toplamda 18 maddeden oluşmaktadır. Beşli likert tipinde puanlanmaktadır (0-Asla...4-Çok Sık). Yüksek puan, belirti şiddetini ifade etmektedir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasına bakıldığında (Doğan ve ark., 2009), güvenilirlik analizi sonuçlarına bakıldığında ölçeğin iç tutarlılığının 0.88; 'dikkat eksikliği' alt ölçeğinin 0.82; 'hiperaktivite/dürtüsellik' alt ölçeğinin 0.78 değerleriyle yüksek olduğu bulunmuştur. Test-tekrar test tutarlılık değerleri ise toplam puanlarda  $r=0.85$ ; alt ölçeklerde  $r=0.73-0.89$  aralığında olarak yüksektir. Yetişkinlerde DEHB belirtilerini ölçen bir diğer ölçek olan Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği ile korelasyonu 0.52 ve Kısa Semptom Envanteri ile korelasyonu 0.61 olarak belirlenmiştir.

Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1.1)'nin örneği Ek 1'de sunulmuştur.

#### **4.2.2. Duygu Düzenleme Anketi (DDA)**

Gross ve John (2003) tarafından geliştirilen bu envanter, bireylerin duygularını düzenleme eğilimlerini ölçmek amacıyla oluşturulmuş olup "Bilişsel Yeniden Değerlendirme" (6 madde) ve "Baskılama" (4 madde) olmak üzere iki alt boyut içermektedir. Ölçeğin 10 maddesi yedili likert tipinde puanlanır (1-Kesinlikle katılmıyorum...7-Kesinlikle katılıyorum). Bilişsel yeniden değerlendirme ve baskılama alt boyutlardan alınan yüksek puan, o stratejinin daha çok kullanıldığını göstermektedir. Gross ve John (2003), alt ölçeklerin ikisi için de test-tekrar test katsayılarını 0.69; iç tutarlılık katsayılarını ise bilişsel yeniden değerlendirme alt boyutu için 0.79 ve baskılama alt boyutu için 0.73 olarak bulmuştur. Totan (2015), ölçeğin Türk örneklem üzerinde yaptığı geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında, iç tutarlılık katsayısı bilişsel yeniden değerlendirme için 0,78, baskılama için 0,71; test-tekrar test değerini ise bilişsel yeniden değerlendirme için 0,67; baskılama için 0,65 olarak bulmuştur. Ölçeğin toplam puanı hesaplanmamaktadır.

Duygu Düzenleme Anketi (DDA)'nin örneği Ek 2'de sunulmuştur.

#### 4.2.3.Duygu Düzenleme G cl g   l eği-Kısa Form (DDGÖ-16)

Gratz ve Roemer (2004) tarafından oluşturulan Duygu Düzenleme G cl g   l eği'nin, Bjureberg ve arkadaşları (2016) tarafından uyarlanmış 16 maddelik kısa versiyonudur. Türkçe'ye uyarlandığı ilk çalışmada, yapısı 6 faktör olarak ve iç tutarlılık katsayısı 0.94 olarak gösterilmiştir (Rugancı ve Gen oz, 2010). Üniversite öğrencilerinden oluşan ve klinik olmayan bir popülasyon ile yapılan çalışmada (Yiğit ve Güzey-Yiğit, 2017) kısa formu hazırlanan ölçek "açıklık", "kabul etmeme", "stratejiler", "dürtü" ve "amaçlar" başlıklı 5 alt boyuta indirgenmiştir. 5'li Likert yapıdaki bir öz bildirim  l eğidir (1-Hemen hemen hiç...5-Hemen hemen her zaman). Puanın yükselmesi d şuk duygu düzenleme becerisine işaret etmektedir. Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık kat sayısının ölçeğin tümü için 0.92 olduğu, alt boyutları için ise bu değerlerin 0.78 ile 0.87 arasında bulunduğu gösterilmiştir (Yiğit ve Güzey-Yiğit, 2017; Bjureberg ve ark., 2016).

Duygu Düzenleme G cl g   l eği-Kısa Form (DDGÖ-16)  rneği, Ek 3'te yer almaktadır.

#### 4.2.4.Rosenberg Benlik Saygısı  l eği (RBSÖ)

Rosenberg (1965) tarafından oluşturulan ölçek 63 madde ve 12 alt ölçekten oluşmakta olup Türkçe uyarlaması  uhadaroğlu (1986) tarafından yapılmıştır. Alt  l ekler, "benlik saygısı", "kendilik kavramı sürekliliği", "insanlara güven duyma", "eleştiriye duyarlılık", "tartışmalara katılma", "kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetme", "depresif duygulanım", "hayalperestlik", "ana-baba ilgisi", "babayla ilişki", "psikiş izolasyon" ve "psikosomatik belirtiler"dir. Bu çalışmada 10 maddelik "benlik saygısı" alt  l eği kullanılmaktadır. RBSÖ'den alınan puanın yükselmesi, benlik saygısında d şuk düzeye işaret etmektedir. "benlik saygısı" alt testinde yanıtlar 0-6 puan ile değerlendirilir. 0-1 puan "yüksek", 2-4 puan "orta", 5-6 puan "d şuk" benlik saygısı anlamına gelmektedir. Yapılan güvenirlik çalışmasına göre, test-tekrar test güvenirlik katsayısı 0.48 ila 0.79 arasında iken, "benlik saygısı" alt boyutunun Cronbach alfa iç tutarlılık değeri 0.88 olarak belirlenmiştir. ( uhadaroğlu, 1986).

Rosenberg Benlik Saygısı  l eği (RBSÖ)'nin  rneği Ek 4'te sunulmuştur.

#### 4.2.5.Kısa Semptom Envanteri (KSE)

Farklı psikiyatrik sorunları ölçmek amacıyla hazırlanmış olan Belirti Tarama Listesi envanterinin (SCL-90-R)  zerinden oluşturulan 53 maddelik bu ölçek, 5'li likert tipinde bir

kendini değerlendirme ölçeğidir (0- Hiç...4- Çok Fazla). İlk olarak Şahin ve Durak (1994) tarafından yapılan Türkçe uyarlamasında “anksiyete”, “depresyon”, “olumsuz benlik”, “somatizasyon” ve “hostilite” olmak üzere 5 faktörlü bir yapıya sahip olduğu gösterilmiştir. Ölçekten alınan yüksek puan belirti şiddetini göstermektedir. Aynı çalışmada bahse konu alt ölçeklerin Cronbach alfa katsayıları; anksiyete alt ölçeğinde 0.87, depresyon alt ölçeğinde 0.88, olumsuz benlik alt ölçeğinde 0.87, somatizasyon alt ölçeğinde 0.75 ve hostilite alt ölçeğinde 0.87 olarak bildirilmiştir. Tüm ölçek için bu değerin 0.94 olarak belirlendiği envanterin güvenilir ve geçerli bir ölçek olduğu ortaya konulmuştur. (Şahin ve Durak, 1994; Şahin ve ark., 2002).

Kısa Semptom Envanteri (KSE), örnek olarak Ek 5’te sunulmuştur.

#### **4.2.6.Sosyo-Demografik Bilgi Formu**

Katılımcılara ait; yaş, cinsiyet, eğitim almakta oldukları program, yaşadıkları yer, gelir düzeyleri, kendilerinin ve ailelerinde herhangi birinin bedensel ve psikiyatrik rahatsızlık yaşama ve buna bağlı ilaç kullanma durumları, olumsuz çocukluk çağı deneyimleri, kendilerine ve çevrelerine zarar verme davranışları ve madde kullanma durumlarına dair bilgi edinilmek üzere hazırlanmış bir formdur.

Sosyo-Demografik Bilgi Formu, Ek 6’da yer almaktadır.

#### **4.3.Süreç**

Veri toplama süreci, Ankara Sosyal Bilimler Üniversitesi (ASBÜ) Rektörlüğü Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları ve Bilimsel Yayın Etik Kurulundan izin alınarak başlatılmıştır. Bu çalışmada yer alan anketler, çevrimiçi anket yazılım programı Google Formlar aracılığıyla uygulanmış ve yanıtlar toplanmıştır. Çalışmaya, üniversitede eğitimini sürdürmekte olan lisans ve yüksek lisans öğrencileri dâhil edilmiştir. Araştırma, katılımcıların Gönüllü Katılım Formu aracılığıyla çalışmaya gönüllü olarak katıldıklarını bildirmeleri ve istedikleri zaman ayrılacakları konusunda bilgilendirilmeleriyle başlatılmıştır. Akabinde, Sosyo-demografik Bilgi Formu ve yukarıda anılan diğer beş öz bildirim ölçeği katılımcılara doldurulmak üzere sunulmuştur. Tüm ölçeklerin doldurulması yaklaşık 20 dakika sürmüştür.

#### 4.4. Veri Analizi

Veri toplama süreci sona erdikten sonra katılımcıların çevrimiçi platformda doldurdukları formlara girilen veriler kontrol edilmiştir. Toplamda 664 kişi çalışmaya katılmıştır. Mükerrer ve özensiz veri girişlerinin önüne geçilmesi için formlara katılımcıların e-posta adreslerini girmeleri ve bazı sorularda belirli bir cevabı işaretlemeleri istenmiştir. Bu kontrollere göre aynı e -posta adresi ile giriş yapılan ve kontrol sorularını doğru işaretlemeyen 65 kişiye ait veriler çalışmadan çıkarılmıştır. Sonrasında, katılımcıların yaşları incelenmiş ve çalışmanın gereklilikleri doğrultusunda sınır olarak belirlenen 18 ila 40 yaş arası katılımcılar çalışmaya dâhil edilerek bu yaş sınırları dışında kalan 14 kişinin verileri de çalışmaya alınmamıştır. Sonuç olarak mevcut çalışma 585 katılımcı ile yürütülmüştür. Bu aşamanın ardından, katılımcılara birer kod atanmış ve verilerin SPSS 20 istatistik paket programına girişi yapılmıştır. Kullanılan envanterlerden elde edilen verilerin normallik analizi için Kolmogorow-Smirnov testinin yanında çarpıklık ve basıklık değerleri incelenmiştir. Yalnızca yaş değişkeni hariç diğer tüm değişkenlerin normal dağıldığı anlaşılmıştır. Buna göre uygun parametrik ve parametrik olmayan testler uygulanmıştır. Tanımlayıcı istatistikler; grup karşılaştırmaları için Ki-Kare Testi, Kruskal-Wallis H Testi, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA); Pearson Korelasyon Analizi ve hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Bu bölümde çalışmadan elde edilen bulgular açıklanmıştır.

### 5.Bulgular

#### 5.1.Tanımlayıcı İstatistikler ve Grup Karşılaştırmaları

Araştırmaya dâhil edilen katılımcıların sosyo-demografik veriler ve bu verilerin gruplar bazında karşılaştırmaları dair tanımlayıcı istatistiki bilgiler Tablo 2’de verilmiştir. Grup karşılaştırmaları; yüksek, orta ve düşük düzey benlik saygısı grupları arasında yapılmış olup bu analiz için Kruskal-Wallis H Testi ile birlikte Ki-kare testine başvurulmuştur. 585 kişilik katılımcı grubunun benlik saygısı boyutlarına göre dağılımı incelendiğinde, 218’inin yüksek benlik saygısı grubunda (%37,3), 345’inin orta düzey benlik saygısı boyutunda (%59) ve 22’sinin düşük benlik saygısı düzeyinde (%3,8) olduğu görülmüştür. Katılımcılar yaş değişkeni açısından incelenirken, benlik saygısı grupları Kruskal-Wallis testi ile karşılaştırılmıştır. Yaş değişkeninin benlik saygısı grupları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark göstermediği bulunmuştur ( $p=0.06$ ,  $H_{(2)}=5.552$ ). Cinsiyete göre yapılan karşılaştırmada, kadınların tüm benlik saygısı gruplarındaki oranının erkeklerden daha yüksek olduğu ve en fazla %71,6 oranla orta düzey benlik saygısı grubunda bulunduğu görülmüştür. Ancak kadınlarla erkekler arasında benlik saygısı düzeyi değerlendirildiğinde istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p=0.136$ ,  $\chi^2=3,984$ ). Eğitim düzeyi ile benlik saygısı düzeyleri karşılaştırıldığında, lisans öğrencileri tüm benlik saygısı düzeylerinde sayıca çoğunlukta bulunmakla birlikte ön lisans, yüksek lisans ve doktora düzeyleri bazında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p=0.801$ ,  $\chi^2=3,059$ ). Katılımcıların yaşadığı yerin benlik saygısı ile ilişkisine bakıldığında, ailesiyle evde yaşadığını belirtenlerin %54,9 oranla sayıca en fazla olduğu ve düşük, orta ve yüksek benlik saygısı gruplarının kendi içinde tümünde en yoğun grubu oluşturdukları görülmekle birlikte yaşanan yer ve benlik saygısı değişkenlerinin aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p=0.748$ ,  $\chi^2=5,086$ ). Gelir düzeyi ile benlik saygısı ilişkisine bakıldığında; düşük, orta düşük, orta, orta yüksek ve yüksek düzeyleri incelendiğinde orta düzey gelir grubunun tüm grubun %47,7’sini oluşturmasına rağmen benlik saygısı üzerinde istatistiki olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı bulgusu elde edilmiştir ( $p=0.66$ ,  $\chi^2=14,650$ ).

Bedensel rahatsızlığı olanlarla olmayanlar karşılaştırıldığında, bedensel rahatsızlığı olmayanların yüksek, orta ve düşük düzey benlik saygısı gruplarında çoğunlukta olduğu ancak bedensel rahatsızlık ve benlik saygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p=0.419$ ,  $\chi^2=1,738$ ). Ruhsal bozukluk tanısı alanlar ve olmayanlar benlik saygısı düzeyleri açısından karşılaştırıldığında, ruhsal bozukluk tanısı olmayanların yüksek düzey benlik saygısı grubunun %85,3'ünü; orta düzey benlik saygısı grubunun %65,2'sini ve düşük düzey benlik saygısı grubunun %54,5'ini oluşturarak tüm benlik saygısı gruplarında sayıca fazla ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulgusuna ulaşılmıştır ( $p<0.001$ ,  $\chi^2=30,565$ ). Aile üyeleri arasında ruhsal bozukluk tanısı alma durumu benlik saygısı düzeyleri açısından incelendiğinde, aile üyelerinden böyle bir tanı alan olmayan kişilerin tüm benlik saygısı düzeylerinde sayıca fazla olmasına karşın bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görülmüştür ( $p=0.103$ ,  $\chi^2=4,545$ ). Çocukluk çağında olumsuz yaşam deneyimi olanlar benlik saygısı düzeyleri bakımından karşılaştırıldığında, orta ve düşük düzey benlik saygısı gruplarının sırasıyla %62,3'ünü ve %59,1'ini oluşturduğu görülmektedir. Ancak çocukluk çağında olumsuz yaşam deneyimi olmayanlar yüksek benlik saygısı grubunun %60,1'ini oluşturmaktadır. Diğer bir deyişle, çocukluk çağından olumsuz yaşam deneyimi olmayanlar yüksek düzey benlik saygısı gösterenler arasında sayıca çoğunlukta. Bahse konu fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ,  $\chi^2=27,250$ ). Kendine zarar verme davranışı göstermemiş olanlar yüksek benlik saygısı grubunda %82,6 oranıyla; orta düzey benlik saygısı grubunda ise %61,2 oranıyla çoğunluğu oluşturmaktadır. Bunun yanında düşük benlik saygısı grubunun %45,5'ini oluşturmaktadır. Buna göre, kendisine, çevresine veya hem kendisine hem çevresine zarar vermiş olanlar düşük benlik saygısı grubunda sayıca daha fazladır. Söz konusu fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ,  $\chi^2=34,952$ ). Madde kullanımı, benlik saygısı düzeyleri açısından incelendiğinde madde kullanmayan kişilerin tüm benlik saygısı düzeylerinde sayıca fazla olmasına karşın bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadığı görülmüştür ( $p=0.78$ ,  $\chi^2=0.498$ ).

**Tablo 2***Tanımlayıcı İstatistikler ve Grup Karşılaştırmaları*

Değişken	Tüm Grup n=585	Benlik Saygısı			H / $\chi^2$
		Yüksek n=218	Orta n=345	Düşük n=22	
Yaş	23,06(4,394)	23,65(4,586)	22,77 (4,098)	21,95 (34,15)	5,552
Cinsiyet, kadın	402 (%68,7)	139 (%63,8)	247 (%71,6)	16 (%72,7)	3,984
Eğitim düzeyi, lisans	458 (%78,3)	171 (%78,4)	268 (%77,7)	19 (%86,4)	3,059
Yaşadığı yer, ailele evde	321 (%54,9)	125 (%57,3)	181 (%52,5)	15 (%68,2)	5,086
Gelir düzeyi, orta	279 (%47,7)	108 (%49,5)	163 (%47,2)	8 (%36,4)	14,650
Bedensel rahatsızlığı olma, hayır	549 (%93,8)	208 (%95,4)	320(%92,8)	21(%95,5)	1,738
Ruhsal bozukluk tanısı, hayır	423 (%72,3)	186 (%85,3)	225 (%65,2)	12(%54,5)	30,565***
Aile üyelerinde ruhsal bozukluk tanısı, hayır	464 (579,3)	183 (%83,9)	264 (%76,5)	17 (%77,3)	4,545
Çocukluk çağı olumsuz yaşam deneyimi, evet	315 (%53,8)	87 (%39,9)	215 (%62,3)	13 (%59,1)	27,250***
Kendine zarar verme, hayır	401 (%68,5)	180 (%82,6)	211 (%61,2)	10 (%45,5)	34,952***
Madde kullanımı, hayır	396 (%67,7)	151 (%69,3)	231 (%67)	14 (%63,6)	0,498

Not. İstatistiki olarak anlamlılık dereceleri \*\*\*p < .001 olarak gösterilmiştir.

**Tablo 3**

*Benlik Saygısı Boyutlarında Ölçeklerin Ortalama ve Standart Sapma ile Tek Yönlü Varyans Analizi Değerleri*

Ölçekler	Yüksek		Orta		Düşük		F(1, 585)	$\eta^2$
	M	SS	M	SS	M	SS		
ASRS_de	14,08 <sub>a</sub>	6,02	16,69 <sub>b</sub>	6,04	19,77 <sub>b</sub>	6,05	17,32***	0,12
ASRS_hd	14,53 <sub>a</sub>	6,22	19,81 <sub>b</sub>	6,97	26,68 <sub>c</sub>	4,95	61,45***	0,22
ASRS_toplam	28,61 <sub>a</sub>	11,14	36,50 <sub>b</sub>	11,49	46,45 <sub>c</sub>	10,46	46,35***	0,20
DDA_byd	29,79 <sub>a</sub>	6,65	27,35 <sub>b</sub>	6,94	21,14 <sub>c</sub>	11,02	19,03***	0,12
DDA_baski	14,10 <sub>a</sub>	5,74	16,38 <sub>b</sub>	5,48	18,59 <sub>b</sub>	5,55	14,38***	0,09
DDGÖ_acik	4,51 <sub>a</sub>	2,09	5,99 <sub>b</sub>	2,38	7,91 <sub>c</sub>	2,62	40,79***	0,13
DDGÖ_amac	9,54 <sub>a</sub>	3,39	11,51 <sub>b</sub>	2,94	13,55 <sub>c</sub>	2,76	35,44***	0,11
DDGÖ_durtu	6,07 <sub>a</sub>	3,00	7,68 <sub>b</sub>	3,47	10,18 <sub>c</sub>	4,17	24,96***	0,09
DDGÖ_strateji	10,64 <sub>a</sub>	4,75	15,27 <sub>b</sub>	5,66	20,27 <sub>c</sub>	4,54	68,31***	0,20
DDGÖ_kabuletmeme	5,85 <sub>a</sub>	2,95	8,71 <sub>b</sub>	3,78	10,77 <sub>c</sub>	3,50	53,76***	0,18
DDGÖ_toplam	36,61 <sub>a</sub>	13,03	49,16 <sub>b</sub>	14,62	62,68 <sub>c</sub>	13,12	71,98***	0,30
KSE_anksiyete	1,00 <sub>a</sub>	0,74	1,78 <sub>b</sub>	0,86	2,41 <sub>c</sub>	0,77	74,88***	0,27
KSE_depresyon	1,39 <sub>a</sub>	0,79	2,40 <sub>b</sub>	0,87	3,30 <sub>c</sub>	0,57	124,22***	0,34
KSE_olumsuzben	1,01 <sub>a</sub>	0,63	2,01 <sub>b</sub>	0,88	3,02 <sub>c</sub>	0,63	141,15***	0,37
KSE_somatizasyon	0,86 <sub>a</sub>	0,75	1,47 <sub>b</sub>	0,91	1,92 <sub>b</sub>	1,00	40,35***	0,17
KSE_hostilite	1,37 <sub>a</sub>	0,80	1,92 <sub>b</sub>	0,81	2,51 <sub>c</sub>	0,87	40,26***	0,17
KSE_toplam	1,11 <sub>a</sub>	0,64	1,94 <sub>b</sub>	0,77	2,68 <sub>c</sub>	0,59	111,72***	0,48

Not. M:Ortalama, SS:Standart sapma, ASRS: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, ASRS\_de: Dikkat Eksikliği alt boyutu, ASRS\_hd: Hiperaktivite/Dürtüsellik alt boyutu, DDA: Duygu Düzenleme Anketi, DDA\_byd: Bilişsel Yeniden Değerlendirme alt boyutu, DDA\_baski: Baskılama alt boyutu, DDGÖ: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form, DDGÖ\_acik: Açıklık alt boyutu, DDGÖ\_amac: Amaçlar alt boyutu, DDGÖ\_durtu: Dürtü alt boyutu, DDGÖ\_strateji: Stratejiler alt boyutu, DDGÖ\_kabuletmeme: Kabul Etmeme alt boyutu, KSE: Kısa Semptom Envanteri, KSE\_anksiyete: Anksiyete alt boyutu, KSE\_depresyon: Depresyon alt boyutu, KSE\_olumsuzben: Olumsuz Benlik alt boyutu, KSE\_somatizasyon, Somatizasyon alt boyutu, KSE\_hostilite: Hostilite alt boyutu. Ortalama puan farklarındaki anlamlılık dereceleri \*\*\*p < .001 olarak gösterilmiştir.

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, duygu düzenleme ve psikolojik belirti puanlarının, benlik saygısı değişkeninin yüksek, orta ve düşük düzeyleri arasındaki grup karşılaştırmaları Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile yapılmıştır. Ardından istatistiksel olarak anlamlı görülen karşılaştırmalarda farkın hangi gruplardan kaynaklandığının incelenmesi için Scheffe post-hoc analizi yapılmış ve bu farkın varyansı açıklamadaki etki büyüklüğü hesaplanmıştır. Sonuçlar, Tablo 3'te gösterilmiştir. Buna göre, Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunda dikkat eksikliği belirtileri, benlik saygısı düzeyine göre anlamlı ölçüde farklılaşmaktadır ( $F=17.32$ ,  $p<.001$ ). Yapılan Scheffe post-hoc testinde yüksek benlik saygısı grubunun orta ve düşük benlik saygısı gruplarından ayrı ayrı anlamlı olarak farklılaştığı ( $p<.05$ ); orta ile düşük benlik saygısı grubu puanları bazında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Bu farkın etki gücü ise orta düzeydedir ( $\eta^2=.12$ ,  $p<.05$ ). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun hiperaktivite/dürtüsellik puanlarının benlik saygısı düzeyine göre anlamlı olarak farklılaştığı görülmüştür ( $F=61.45$ ,  $p<.001$ ). Scheffe testinde tüm grupların birbirinden anlamlı olarak farklı olduğu görülmüştür ( $p<.05$ ). Bu fark orta etki gücüne sahiptir ( $\eta^2=.22$ ,  $p<.05$ ). Aynı şekilde Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)'nin toplam puanları da yüksek, orta ve düşük benlik saygısı düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı ölçüde farklılaşmıştır ( $F=46.35$ ,  $p<.001$ ). Tüm gruplar arasında anlamlı ( $p<.05$ ) olan bu farkın etki gücü ise orta düzeydedir ( $\eta^2=.20$ ,  $p<.05$ ). Duygu Düzenleme Anketi ölçeği puanları, benlik saygısı düzeyleri bakımından karşılaştırıldığında bilişsel yeniden değerlendirme ve benlik saygısı düzeyleri ile ( $F=19.03$ ,  $p<.001$ ) tüm benlik saygısı grupları arasında ( $\eta^2=.12$ ,  $p<.05$ ); baskılama alt boyutu ve benlik saygısı düzeyleri arasında ( $F=14.38$ ,  $p<.001$ ), yalnızca yüksek benlik saygısı düzeyinde ( $\eta^2=.09$ ,  $p<.05$ ) anlamlı bir fark bulunmuştur. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Formunun tüm alt boyut puanları ve ölçeğin toplam puanlarının benlik saygısı düzeyi bakımından anlamlı olarak farklılaştığı görülmüştür. Buna göre, açıklık alt boyutu puanları ( $F=40.79$ ,  $p<.001$ ), tüm gruplar arasında ( $\eta^2=.13$ ,  $p<.05$ ); amaçlar alt boyutu puanları ( $F=35.44$ ,  $p<.001$ ), tüm gruplar arasında ( $\eta^2=.11$ ,  $p<.05$ ); dürtü alt boyutu puanları ( $F=24.96$ ,  $p<.001$ ), tüm gruplar arasında ( $\eta^2=.09$ ,  $p<.05$ ); stratejiler alt boyutu puanları ( $F=68.31$ ,  $p<.001$ ), tüm gruplar arasında ( $\eta^2=.20$ ,  $p<.05$ ); kabul etmeme alt boyutu puanları ( $F=53.76$ ,  $p<.001$ ), tüm gruplar arasında ( $\eta^2=.18$ ,  $p<.05$ ); ve toplam puanları ( $F=71.98$ ,  $p<.001$ ), tüm gruplar arasında ( $\eta^2=.30$ ,  $p<.05$ ); istatistiksel olarak anlamlı şekilde birbirinden farklıdır. Kısa Semptom Envanteri ile ölçülen tüm psikolojik belirti gruplarının puanları ve ölçeğin toplam puanı da benlik saygısı düzeyleri açısından birbirinden anlamlı ölçüde farklıdır. Peşi sıra yapılan post-hoc analizleri ile birlikte değerlendirildiğinde; anksiyete alt boyutu

puanları ( $F=74.88$ ,  $p<.001$ ), tüm gruplar arasında ( $p<.05$ ); depresyon alt boyutu puanları ( $F=124.22$ ,  $p<.001$ ), tüm gruplar arasında ( $p<.05$ ); olumsuz benlik alt boyutu puanları ( $F=141.15$ ,  $p<.001$ ), tüm gruplar arasında ( $p<.05$ ); somatizasyon alt boyutu puanları ( $F=40.35$ ,  $p<.001$ ) diğerlerine göre yalnızca yüksek benlik saygısı grubunda ( $p<.05$ ); hostilite alt boyutu puanları ( $F=40.26$ ,  $p<.001$ ), tüm gruplar arasında ( $p<.05$ ) ve toplam puanları ( $F=111.72$ ,  $p<.001$ ), tüm gruplar arasında ( $p<.05$ ), istatistiksel olarak anlamlı şekilde birbirinden farklıdır. KSE alt boyutlarının etki büyüklükleri ( $\eta^2$ ); 0,17 ila 0,48 aralığındadır ( $p<.05$ ).

## 5.2.Korelasyon Analizi

Çalışmada, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile duygu düzenleme ve benlik saygısı arasında ilişki olup olmadığı araştırılmıştır. Bu değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek için, çalışmadaki tüm sürekli değişkenlere Pearson Korelasyon Analizi uygulanmıştır.

ASRS, DDGÖ-Kısa Form, KSE toplam skorları; bu ölçeklerin alt boyutları ile birlikte DDA alt ölçeklerinin skorları ve RBSÖ benlik saygısı alt boyutu skorları arasında Pearson Korelasyon Analizi sonuçları Tablo 4'te verilmiştir.

ASRS'nin dikkat eksikliği alt boyutunun; aynı ölçeğin hiperaktivite/dürtüsellik alt boyutu ( $r=.63$ ,  $p<.01$ ), ve toplam skoru ( $r=.88$ ,  $p<.01$ ); DDGÖ-Kısa Formu'nun açıklık alt boyutu ( $r=.36$ ,  $p<.01$ ), amaçlar alt boyutu ( $r=.40$ ,  $p<.01$ ), dürtü alt boyutu ( $r=.42$ ,  $p<.01$ ), stratejiler alt boyutu ( $r=.39$ ,  $p<.01$ ), kabul etmeme alt boyutu ( $r=.36$ ,  $p<.01$ ), ve toplam skoru ( $r=.47$ ,  $p<.01$ ); KSE'nin anksiyete alt boyutu ( $r=.54$ ,  $p<.01$ ), depresyon alt boyutu ( $r=.46$ ,  $p<.01$ ), olumsuz benlik alt boyutu ( $r=.44$ ,  $p<.01$ ), somatizasyon alt boyutu ( $r=.46$ ,  $p<.01$ ), hostilite alt boyutu ( $r=.48$ ,  $p<.01$ ), ve toplam skoru ( $r=.53$ ,  $p<.01$ ) ile ve RBSÖ benlik saygısı alt boyutu skoru ( $r=.28$ ,  $p<.01$ ) ile istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı ilişkisinin olduğu bulunmuştur. DDA'nın bilişsel yeniden değerlendirme alt boyutu ( $r=-.07$ ,  $p=.09$ ) ve baskılama alt boyutu ( $r=.05$ ,  $p=.24$ ) ile anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

**Tablo 4***Çalışmada Yer Alan Sürekli Değişkenlerin Pearson Korelasyon Analizi*

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
ASRS_de	1																	
ASRS_hd	.63**	1																
ASRS_toplam	.88**	.92**	1															
DDA_byd	-.07	-.20**	-.16**	1														
DDA_baski	.05	.15**	.11**	.04	1													
DDGÖ_acik	.36**	.43**	.44**	-.14**	.26**	1												
DDGÖ_amac	.40**	.54**	.53**	-.14**	.01	.47**	1											
DDGÖ_durtu	.42**	.40**	.45**	-.11**	.04	.49**	.59**	1										
DDGÖ_strateji	.39**	.45**	.47**	-.26**	.14**	.57**	.67**	.68**	1									
DDGÖ_kabuletmeme	.36**	.38**	.41**	-.17**	.13**	.42**	.52**	.56**	.70**	1								
DDGÖ_toplam	.47**	.53**	.56**	-.21**	.14**	.68**	.79**	.81**	.93**	.81**	1							
KSE_anksiyete	.54**	.55**	.60**	-.25**	.21**	.60**	.57**	.62**	.68**	.56**	.74**	1						
KSE_depresyon	.46**	.54**	.56**	-.28**	.24**	.56**	.53**	.51**	.66**	.53**	.69**	.82**	1					
KSE_olumsuzben	.44**	.53**	.54**	-.27**	.24**	.56**	.52**	.53**	.66**	.61**	.71**	.83**	.83**	1				
KSE_somatizasyon	.46**	.44**	.50**	-.21**	.20**	.52**	.40**	.48**	.53**	.43**	.57**	.78**	.71**	.66**	1			
KSE_hostilite	.48**	.42**	.50**	-.19**	.16**	.47**	.41**	.55**	.55**	.44**	.59**	.73**	.69**	.68**	.62**	1		
KSE_toplam	.53**	.57**	.61**	-.27**	.24**	.62**	.56**	.60**	.70**	.59**	.75**	.94**	.93**	.91**	.84**	.81**	1	
RBSÖ_bs	.28**	.51**	.44**	-.33**	.26**	.40**	.38**	.30**	.53**	.50**	.53**	.54**	.62**	.68**	.41**	.40**	.62**	1

Not. Korelasyonlardaki anlamlılık dereceleri, \* $p < .05$  ve \*\* $p < .01$  olarak gösterilmiştir. ASRS\_toplam: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, ASRS\_de: Dikkat Eksikliği alt boyutu, ASRS\_hd: Hiperaktivite/Dürtüsellik alt boyutu, DDA: Duygu Düzenleme Anketi, DDA\_byd: Bilişsel Yeniden Değerlendirme alt boyutu, DDA\_baski: Baskılama alt boyutu, DDGÖ\_toplam: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form, DDGÖ\_acik: Açıklık alt boyutu, DDGÖ\_amac: Amaçlar alt boyutu, DDGÖ\_durtu: Dürtü alt boyutu, DDGÖ\_strateji: Stratejiler alt boyutu, DDGÖ\_kabuletmeme: Kabul Etmeme alt boyutu, KSE\_toplam: Kısa Semptom Envanteri, KSE\_anksiyete: Anksiyete alt boyutu, KSE\_depresyon: Depresyon alt boyutu, KSE\_olumsuzben: Olumsuz Benlik alt boyutu, KSE\_somatizasyon, Somatizasyon alt boyutu, KSE\_hostilite: Hostilite alt boyutu. RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, RBSÖ\_bs: Benlik Saygısı alt boyutu.

ASRS'nin hiperaktivite/dürtüsellik alt boyutunun; aynı ölçeğin toplam skoru ( $r=.92$ ,  $p<.01$ ); DDA'nın baskılama alt boyutu ( $r=.15$ ,  $p<.01$ ), DDGÖ-Kısa Formu'nun açıklık alt boyutu ( $r=.43$ ,  $p<.01$ ), amaçlar alt boyutu ( $r=.54$ ,  $p<.01$ ), dürtü alt boyutu ( $r=.40$ ,  $p<.01$ ), stratejiler alt boyutu ( $r=.45$ ,  $p<.01$ ), kabul etmeme alt boyutu ( $r=.38$ ,  $p<.01$ ), ve toplam skoru ( $r=.53$ ,  $p<.01$ ); KSE'nin anksiyete alt boyutu ( $r=.55$ ,  $p<.01$ ), depresyon alt boyutu ( $r=.54$ ,  $p<.01$ ), olumsuz benlik alt boyutu ( $r=.53$ ,  $p<.01$ ), somatizasyon alt boyutu ( $r=.44$ ,  $p<.01$ ), hostilite alt boyutu ( $r=.42$ ,  $p<.01$ ), ve toplam skoru ( $r=.57$ ,  $p<.01$ ) ve RBSÖ benlik saygısı alt boyutu skoru ( $r=.51$ ,  $p<.01$ ) ile istatistiki olarak pozitif yönde anlamlı ilişkisinin olduğu bulunmuştur. Bilişsel yeniden değerlendirme alt boyutu ile ilişkisinin negatif yönde anlamlı olduğu görülmüştür ( $r=-.20$ ,  $p<.01$ ).

ASRS toplam skorunun, DDA'nın baskılama alt boyutu ( $r=.11$ ,  $p<.01$ ), DDGÖ-Kısa Formu'nun açıklık alt boyutu ( $r=.44$ ,  $p<.01$ ), amaçlar alt boyutu ( $r=.53$ ,  $p<.01$ ), dürtü alt boyutu ( $r=.45$ ,  $p<.01$ ), stratejiler alt boyutu ( $r=.47$ ,  $p<.01$ ), kabul etmeme alt boyutu ( $r=.41$ ,  $p<.01$ ), ve toplam skoru ( $r=.56$ ,  $p<.01$ ); KSE'nin anksiyete alt boyutu ( $r=.60$ ,  $p<.01$ ), depresyon alt boyutu ( $r=.56$ ,  $p<.01$ ), olumsuz benlik alt boyutu ( $r=.54$ ,  $p<.01$ ), somatizasyon alt boyutu ( $r=.50$ ,  $p<.01$ ), hostilite alt boyutu ( $r=.50$ ,  $p<.01$ ), ve toplam skoru ( $r=.61$ ,  $p<.01$ ); RBSÖ benlik saygısı alt boyutu skoru ( $r=.44$ ,  $p<.01$ ) ile istatistiki olarak pozitif yönde anlamlı ilişkisinin olduğu bulunmuştur. Bilişsel yeniden değerlendirme alt boyutu ile ilişkisinin negatif yönde anlamlı olduğu görülmüştür ( $r=-.16$ ,  $p<.01$ ).

DDA'nın bilişsel yeniden değerlendirme alt boyutunun; DDGÖ-Kısa Formu'nun açıklık alt boyutu ( $r=.14$ ,  $p<.01$ ), amaçlar alt boyutu ( $r=.14$ ,  $p<.01$ ), dürtü alt boyutu ( $r=.11$ ,  $p<.01$ ), stratejiler alt boyutu ( $r=.26$ ,  $p<.01$ ), kabul etmeme alt boyutu ( $r=.17$ ,  $p<.01$ ), ve toplam skoru ( $r=.21$ ,  $p<.01$ ); KSE'nin anksiyete alt boyutu ( $r=.25$ ,  $p<.01$ ), depresyon alt boyutu ( $r=.28$ ,  $p<.01$ ), olumsuz benlik alt boyutu ( $r=.27$ ,  $p<.01$ ), somatizasyon alt boyutu ( $r=.21$ ,  $p<.01$ ), hostilite alt boyutu ( $r=.19$ ,  $p<.01$ ), ve toplam skoru ( $r=.27$ ,  $p<.01$ ); RBSÖ benlik saygısı alt boyutu skoru ( $r=.33$ ,  $p<.01$ ) ile istatistiki olarak negatif yönde anlamlı ilişkisinin olduğu bulunmuştur.

DDA'nın baskılama alt boyutunun; DDGÖ-Kısa Formu'nun açıklık alt boyutu ( $r=.26$ ,  $p<.01$ ), stratejiler alt boyutu ( $r=.14$ ,  $p<.01$ ), kabul etmeme alt boyutu ( $r=.13$ ,  $p<.01$ ), ve toplam skoru ( $r=.14$ ,  $p<.01$ ); KSE'nin anksiyete alt boyutu ( $r=.21$ ,  $p<.01$ ), depresyon alt boyutu ( $r=.24$ ,  $p<.01$ ), olumsuz benlik alt boyutu ( $r=.24$ ,  $p<.01$ ), somatizasyon alt boyutu ( $r=.20$ ,  $p<.01$ ), hostilite alt boyutu ( $r=.16$ ,  $p<.01$ ), ve toplam skoru ( $r=.24$ ,  $p<.01$ ); RBSÖ benlik saygısı alt

boyutu skoru ( $r=.26$ ,  $p<.01$ ) ile istatistiki olarak pozitif yönde anlamlı ilişkisinin olduğu bulunmuştur.

DDGÖ-Kısa Formu'nun açıklık alt boyutunun, aynı ölçeğin amaçlar alt boyutu ( $r=.47$ ,  $p<.01$ ), dürtü alt boyutu ( $r=.49$ ,  $p<.01$ ), stratejiler alt boyutu ( $r=.57$ ,  $p<.01$ ), kabul etmeme alt boyutu ( $r=.42$ ,  $p<.01$ ), ve toplam skoru ( $r=.68$ ,  $p<.01$ ); KSE'nin anksiyete alt boyutu ( $r=.60$ ,  $p<.01$ ), depresyon alt boyutu ( $r=.56$ ,  $p<.01$ ), olumsuz benlik alt boyutu ( $r=.56$ ,  $p<.01$ ), somatizasyon alt boyutu ( $r=.52$ ,  $p<.01$ ), hostilete alt boyutu ( $r=.47$ ,  $p<.01$ ), ve toplam skoru ( $r=.62$ ,  $p<.01$ ); RBSÖ benlik saygısı alt boyutu skoru ( $r=.40$ ,  $p<.01$ ) ile istatistiki olarak pozitif yönde anlamlı ilişkisinin olduğu bulunmuştur.

DDGÖ-Kısa Formu'nun amaçlar alt boyutunun, aynı ölçeğin dürtü alt boyutu ( $r=.59$ ,  $p<.01$ ), stratejiler alt boyutu ( $r=.67$ ,  $p<.01$ ), kabul etmeme alt boyutu ( $r=.52$ ,  $p<.01$ ), ve toplam skoru ( $r=.79$ ,  $p<.01$ ); KSE'nin anksiyete alt boyutu ( $r=.57$ ,  $p<.01$ ), depresyon alt boyutu ( $r=.53$ ,  $p<.01$ ), olumsuz benlik alt boyutu ( $r=.52$ ,  $p<.01$ ), somatizasyon alt boyutu ( $r=.40$ ,  $p<.01$ ), hostilete alt boyutu ( $r=.41$ ,  $p<.01$ ), ve toplam skoru ( $r=.56$ ,  $p<.01$ ); RBSÖ benlik saygısı alt boyutu skoru ( $r=.38$ ,  $p<.01$ ) ile istatistiki olarak pozitif yönde anlamlı ilişkisinin olduğu bulunmuştur.

DDGÖ-Kısa Formu'nun dürtü alt boyutunun, aynı ölçeğin stratejiler alt boyutu ( $r=.68$ ,  $p<.01$ ), kabul etmeme alt boyutu ( $r=.56$ ,  $p<.01$ ), ve toplam skoru ( $r=.81$ ,  $p<.01$ ); KSE'nin anksiyete alt boyutu ( $r=.62$ ,  $p<.01$ ), depresyon alt boyutu ( $r=.51$ ,  $p<.01$ ), olumsuz benlik alt boyutu ( $r=.53$ ,  $p<.01$ ), somatizasyon alt boyutu ( $r=.40$ ,  $p<.01$ ), hostilete alt boyutu ( $r=.41$ ,  $p<.01$ ), ve toplam skoru ( $r=.56$ ,  $p<.01$ ) ile; RBSÖ'nün benlik saygısı alt boyutu skoru ( $r=.38$ ,  $p<.01$ ) ile istatistiki olarak pozitif yönde anlamlı ilişkisinin olduğu bulunmuştur.

DDGÖ-Kısa Formu'nun stratejiler alt boyutunun, aynı ölçeğin kabul etmeme alt boyutu ( $r=.70$ ,  $p<.01$ ), ve toplam skoru ( $r=.93$ ,  $p<.01$ ); KSE'nin anksiyete alt boyutu ( $r=.68$ ,  $p<.01$ ), depresyon alt boyutu ( $r=.66$ ,  $p<.01$ ), olumsuz benlik alt boyutu ( $r=.66$ ,  $p<.01$ ), somatizasyon alt boyutu ( $r=.53$ ,  $p<.01$ ), hostilete alt boyutu ( $r=.55$ ,  $p<.01$ ), ve toplam skoru ( $r=.70$ ,  $p<.01$ ) ile; RBSÖ'nün benlik saygısı alt boyutu skoru ( $r=.53$ ,  $p<.01$ ) ile istatistiki olarak pozitif yönde anlamlı ilişkisinin olduğu bulunmuştur.

DDGÖ-Kısa Formu'nun kabul etmeme alt boyutunun, aynı ölçeğin toplam skoru ( $r=.81$ ,  $p<.01$ ); KSE'nin anksiyete alt boyutu ( $r=.56$ ,  $p<.01$ ), depresyon alt boyutu ( $r=.53$ ,  $p<.01$ ), olumsuz benlik alt boyutu ( $r=.61$ ,  $p<.01$ ), somatizasyon alt boyutu ( $r=.43$ ,  $p<.01$ ), hostilete alt boyutu ( $r=.44$ ,  $p<.01$ ), ve toplam skoru ( $r=.59$ ,  $p<.01$ ) ile; RBSÖ'nün benlik saygısı alt boyutu skoru ( $r=.50$ ,  $p<.01$ ) ile istatistiki olarak pozitif yönde anlamlı ilişkisinin olduğu bulunmuştur.

DDGÖ-Kısa Formu'nun toplam skorunun; KSE'nin anksiyete alt boyutu ( $r=.74, p<.01$ ), depresyon alt boyutu ( $r=.69, p<.01$ ), olumsuz benlik alt boyutu ( $r=.71, p<.01$ ), somatizasyon alt boyutu ( $r=.57, p<.01$ ), hostilete alt boyutu ( $r=.59, p<.01$ ), ve toplam skoru ( $r=.75, p<.01$ ) ile; RBSÖ'nün benlik saygısı alt boyutu skoru ( $r=.53, p<.01$ ) ile istatistiki olarak pozitif yönde anlamlı ilişkisinin olduğu bulunmuştur.

KSE'nin anksiyete alt boyutu skorunun, aynı ölçeğin depresyon alt boyutu ( $r=.82, p<.01$ ), olumsuz benlik alt boyutu ( $r=.83, p<.01$ ), somatizasyon alt boyutu ( $r=.78, p<.01$ ), hostilete alt boyutu ( $r=.73, p<.01$ ), ve toplam skoru ( $r=.94, p<.01$ ) ile; RBSÖ'nün benlik saygısı alt boyutu skoru ( $r=.54, p<.01$ ) ile istatistiki olarak pozitif yönde anlamlı ilişkisinin olduğu görülmüştür.

KSE'nin depresyon alt boyutu skorunun, aynı ölçeğin olumsuz benlik alt boyutu ( $r=.83, p<.01$ ), somatizasyon alt boyutu ( $r=.71, p<.01$ ), hostilete alt boyutu ( $r=.69, p<.01$ ), ve toplam skoru ( $r=.93, p<.01$ ) ile; RBSÖ'nün benlik saygısı alt boyutu skoru ( $r=.62, p<.01$ ) ile istatistiki olarak pozitif yönde anlamlı ilişkili olduğu bulunmuştur.

KSE'nin olumsuz benlik alt boyutu skorunun, aynı ölçeğin somatizasyon alt boyutu ( $r=.66, p<.01$ ), hostilete alt boyutu ( $r=.68, p<.01$ ), ve toplam skoru ( $r=.91, p<.01$ ) ile; RBSÖ benlik saygısı alt boyutu skoru ( $r=.68, p<.01$ ) ile istatistiki olarak pozitif yönde anlamlı ilişkisinin olduğu bulunmuştur.

KSE'nin somatizasyon alt boyutu skorunun, aynı ölçeğin hostilete alt boyutu ( $r=.62, p<.01$ ) ile toplam skoru ( $r=.84, p<.01$ ) ve RBSÖ'nün benlik saygısı alt boyutu skoru ( $r=.41, p<.01$ ) ile istatistiki olarak pozitif yönde anlamlı ilişkili olduğu görülmektedir.

KSE'nin hostilete alt boyutu skorunun, aynı ölçeğin toplam skoru ( $r=.81, p<.01$ ) ile; RBSÖ benlik saygısı alt boyutu skoru ( $r=.40, p<.01$ ) ile istatistiki olarak pozitif yönde anlamlı ilişkisinin olduğu bulunmuştur.

KSE'nin toplam skorunun, RBSÖ benlik saygısı alt boyutu skoru ( $r=.62, p<.01$ ) ile istatistiki olarak pozitif yönde anlamlı ilişkisinin olduğu bulunmuştur.

### **5.3.Hiyerarşik Regresyon Analizi**

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtileri ile duygu düzenlemenin benlik saygısı ile ilişkisini incelemek için hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına Tablo 5'te yer verilmiştir.

**Tablo 5***Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi*

Değişken	B	SH B	$\beta$	R <sup>2</sup>	$\Delta R^2$
Blok 1				0.39	0.39***
Sabit	0.95***	0.23			
Ruhsal bozukluk tanısı alma	-0.13	0.09	-0.05		
Çocukluk çağı olumsuz yaşam deneyimi	-0.04	0.08	-0.02		
Kendine zarar verme	-0.06	0.03	-0.07		
KSE_toplam	0.77***	0.05	0.58***		
Blok 2				0.45	0.06***
Sabit	0.98**	0.31			
Ruhsal bozukluk tanısı alma	-0.08	0.09	-0.03		
Çocukluk çağı olumsuz yaşam deneyimi	-0.07	0.07	-0.03		
Kendine zarar verme	-0.04	0.03	-0.04		
KSE_toplam	0.48***	0.07	0.36***		
ASRS_toplam	0.01**	0.00	0.09**		
DDA_byd	-0.03***	0.01	-0.19***		
DDA_baski	0.03***	0.01	0.15***		
DDGÖ_toplam	0.01**	0.00	0.12**		

Analizdeki anlamlılık dereceleri, \*p<.05, \*\*p<.01 ve \*\*\*p<.001 olarak gösterilmiştir. ASRS\_toplam: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, DDGÖ\_toplam: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form, KSE\_toplam: Kısa Semptom Envanteri, DDA\_byd: Bilişsel Yeniden Değerlendirme alt boyutu, DDA\_baski: Baskılama alt boyutu.

Hiyerarşik regresyon analizinde, benlik saygısı ile anlamlı ilişkisi olan değişkenler değerlendirmeye alınmıştır. İlk blokta, ruhsal bozukluk tanısı alma, çocukluk çağı olumsuz yaşam deneyimi, kendine zarar verme ve Kısa Semptom Envanteri toplam skoru eklenmiştir.

Bu değişkenlerin, modele katkısı istatistiki olarak anlamlı bulunmuş olup ( $F_{(4,580)}= 93,125$ ,  $p < .001$ ), benlik saygısındaki varyansın %39'unu istatistiksel açıdan anlamlı olarak açıkladığı görülmüştür ( $R^2=0.39$ ,  $p < .001$ ). Analize ikinci blokta dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Forum toplam puanı ile Duygu Düzenleme Anketinin bilişsel yeniden değerlendirme ve baskılama alt boyutlarına ait skorlar da eklenmiştir. Bu basamakta, değişkenlerin modele katkısının istatistiki olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $F_{(8,576)}=58,421$ ,  $p < .001$ ) ve benlik saygısındaki varyansın açıklanma oranı %45'e çıkmıştır ( $R^2=0.45$ ,  $p < .001$ ). Bu değişimin istatistiki olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $\Delta F_{(4,576)}=14,833$ ,  $p < .001$ ). Sonuç olarak, ruhsal bozukluk tanısı alma, çocukluk çağı olumsuz yaşam deneyimi, kendine zarar verme ve psikolojik rahatsızlık değişkenleri kontrol edildikten sonra DEHB belirtileri ve duygu düzenleme becerileri benlik saygısını anlamlı olarak yordamaktadır.

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

Bu bölümde, çalışma sonucunda elde edilen sonuçların özeti ve alan yazınında yer alan veriler ışığında yorumları sunulmaktadır. Devamında, çalışmanın sınırlılıklarına ve sonraki çalışmalar için önerilere yer verilmektedir.

### 6. Tartışma

Bu araştırmada, genç yetişkinlerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtilerinin, duygu düzenleme ve benlik saygısı ile ilişkisi incelenmiştir. Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, yaşanan yer, gelir düzeyi, bedensel rahatsızlığı olma durumu, kendisinin ruhsal bozukluk tanısı alma durumu, aile üyesinin ruhsal bozukluk tanısı alma durumu, çocukluk çağı olumsuz yaşam deneyimi, kendisine veya çevresine zarar verme davranışı ve madde kullanımı gibi sosyo-demografik ve klinik veriler ile duygu düzenleme becerisi ve benlik saygısı düzeyi verileri üzerinde çalışılmıştır. Aşağıda, çalışmadan elde edilen veriler, literatürde bulunan bulgular eşliğinde değerlendirilmektedir.

#### 6.1. Benlik Saygısı ile Sosyo-demografik ve Klinik Verilerin Değerlendirilmesi

Benlik saygısı değişkeni, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) benlik saygısı alt boyutundan alınan puanlara göre oluşturulan, düşük düzey benlik saygısı, orta düzey benlik saygısı ve yüksek düzey benlik saygısı grupları oluşturularak çalışılmıştır. Sosyo-demografik ve klinik veriler ile benlik saygısı ilişkisi; anılan verilerin düşük, orta ve yüksek düzey benlik saygısı grupları arasında Kruskal-Wallis H Testi ve Ki-kare testleri marifetiyle karşılaştırılmasıyla incelenmiştir.

Benlik saygısı düzeyleri ile yaş arasındaki ilişki birçok çalışmada ele alınmıştır. Benlik saygısı özellikle gelişim dönemleri bazında ele alınmış ve bu dönemler arasındaki geçişte benlik saygısında yaşam boyunca oluşan değişim örüntüsüyle ilgili sonuçlara ulaşılmıştır. Bu çalışmalarda, yaş ile benlik saygısı ilişkisinde cinsiyet, yaşanan ülke, etnisite gibi diğer sosyo-demografik faktörlerin de etkili olup olmadığı incelenmiştir. Örneğin, Orth ve arkadaşlarının (2018) yaptığı boylamsal meta-analiz çalışmasında, benlik saygısının yaşam boyu sistematik biçimde değiştiğini; çocuklukta arttığını, ergenlikte sabit kalarak genç ve orta yetişkinlikte artış

gösterdiğini, 60 yaş itibarıyla en yüksek noktaya ulaşarak sonrasında düşüş gösterdiğini belirtmiştir. Huang (2010) ise benlik saygısında, genç yetişkinlik dönemi başlarından 30 yaşına kadar bir artış görüldüğünü ifade etmiştir. Bu çalışmada ise 18 ila 40 yaş arasındaki katılımcıların benlik saygısı düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür. Çalışmanın anılan bulgusu literatürle uyumlu değildir.

Kadın ve erkekler, benlik saygısı düzeyleri açısından karşılaştırıldığında; literatürde erkeklerin kadınlardan daha yüksek düzey benlik saygısı gösterdiğine yönelik sonuçlar bulunmaktadır (Sprecher ve ark., 2013). Gentile ve arkadaşları (2009) ise, cinsiyetler arasındaki benlik saygısı farkını genel olarak değil de spesifik alanlar üzerinden incelemiştir. Buna göre, erkeklerin, dış görünüş ve kendinden memnun olma alanlarında kadınlardan daha yüksek benlik saygısı skoru elde ederken, kadınların davranış yönetimi ve etik boyutlarında daha yüksek benlik saygısı düzeyine sahip olduğunu ortaya koymuştur. Bu çalışmada ise kadınların; yüksek benlik saygısı düzeyinde, orta ve düşük düzeylere göre daha düşük benlik saygısı skoruna sahip olması literatürle uyumlu görünmesine rağmen erkeklerle aralarında anlamlı bir fark olmaması sonucu, literatürle uyumlu değildir.

Eğitim ve gelir düzeyi ile benlik saygısı incelendiğinde, literatürde yer alan sonuçlara göre, gelir durumu ve eğitim düzeyinin birlikte benlik saygısını etkilediği bulunmuştur (de Araujo ve Lagos, 2013). Başka bir çalışmaya göre, eğitim ve meslek, benlik saygısını gelir durumundan daha yüksek seviyede yordamaktadır (Twenge ve Campbell, 2002). Bu araştırmada, lisans eğitim düzeyinin ve orta seviye gelir düzeyinin tüm benlik saygısı gruplarında ağırlığı oluşturmasına rağmen, gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu bakımdan, literatürdeki bulgular sonuçları desteklememektedir. Benzer şekilde, ekonomik durumun iyi olmasının kişilerin tek başına ayrı bir evde yaşama imkânını artıracakları düşünüldüğünde, yaşanan yer de ekonomik durum kavramı içinde kapsanarak incelenebilir. Lee ve Allen (2020) çalışmalarında, ekonomik refahın iyi olmasının özellikle genç yetişkinlikte benlik saygısını geliştiren en önemli etkenlerden olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bu çalışmada, ailesiyle evde yaşayan katılımcılar tüm benlik saygısı düzeylerinde çoğunlukta bulunmasına rağmen yaşanan yerle benlik saygısı düzeyleri arasında istatistiki açıdan anlamlı bir ilişki ortaya konamamıştır. Bununla birlikte, ileriki yaşlarda medeni durumun evlilik doğrultusunda değişmesiyle birlikte evde aile ile yaşama maddesinin frekansında artış olabileceğinin göz önünde bulundurulması gerektiği düşünülmektedir.

Bedensel rahatsızlık ve benlik saygısı düzeyi ilişkisi incelendiğinde, Reitzes ve Mutran (2006), sağlık durumunda iyi oluşun pozitif bir özdeğerlendirmeye katkıda bulunabileceğini ve özdeğer duygusunun sağlığı koruma amacına yönelik bir motivasyon oluşturabileceğini

belirtmiştir. Başka bir çalışmada, engellilik durumunun ileri yetişkinlikte benlik saygısını yordayan önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir (von Soest ve ark., 2018). Bu çalışmada katılımcıların büyük çoğunluğu (%94) bedensel rahatsızlığı olmadığını beyan etmiş olup benlik saygısı düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir.

Ruhsal sağlık ile benlik saygısının ilişkisi literatürde gösterilmiştir. Veselska ve arkadaşları (2010), benlik saygısının kişisel ve kişilerarası problemlerle; Creemers ve arkadaşları ise (2013), içselleştirici psikolojik problemlerle ilişkisini gösteren çalışmalar ortaya koymuştur. Benlik saygısı ile duygusal ve davranışsal problemler arasında negatif bir ilişkinin söz konusu olduğu belirtilerek benlik saygısının bu problemlerin önemli bir yordayıcısı olduğu ve benlik saygısının geliştirilmesinin mental sağlığa olumlu bir etkisi olacağı öne sürülmektedir (Gujar ve Ali, 2019). Bu çalışmada, katılımcıların %30'u ruhsal bozukluk tanısı aldığını beyan etmiş olup bunların %71'inin depresif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları olduğu anlaşılmıştır. Çalışma geneli verilere bakıldığında, ruhsal bozukluk tanısı olmama durumu tüm benlik saygısı gruplarında daha fazla olmakla birlikte düşük düzey benlik saygısı grubunda en düşük seviyededir. Ruhsal bozukluk tanısı alıp almama ve benlik saygısı düzeyleri karşılaştırıldığında, bu fark istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur. Benzer şekilde, aile üyesinin ruhsal bozukluk durumu ile benlik saygısı ilişkisini inceleyen çalışmalar da bulunmaktadır. Örneğin, adolesanlarla yapılan bir çalışmada, ebeveynlerin yaşadığı psikolojik stres arttıkça adolesanların benlik saygısının düştüğü gösterilmiştir (Roustit ve ark., 2010). Düşük anne depresyonunun ise çocuklarda benlik saygısı üzerinde olumlu etkileri olduğunu ortaya koyan bir başka çalışma da mevcuttur (Krauss ve ark., 2020). Bu çalışmada, katılımcıların %21'i aile üyelerinde ruhsal rahatsızlık bulunduğunu beyan etmiş olup bunları depresif bozukluklar ve anksiyete bozukluklarının oluşturduğu anlaşılmıştır. Ancak beyan edilen durumların tamamının tıbbi olarak tanılanmış olmadığı, cevaplar arasında öznel görüşlerin de bulunduğu düşünülmektedir. Bu araştırmada, aile üyesinin ruhsal bozukluk tanısı alma durumu ve benlik saygısı arasındaki ilişkiye bakıldığında, katılımcılar arasında tüm benlik saygısı gruplarında aile üyesinin ruhsal bozukluk tanısı olmama durumu daha fazla olmakla birlikte düşük düzey benlik saygısı grubunda en düşük seviyededir. Ancak aile üyesinin ruhsal bozukluk tanısı alma ve benlik saygısı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür.

Benlik saygısı üzerinde etkisi olabilecek bir diğer değişken olarak çocukluk çağı olumsuz yaşam deneyimi çalışmaya dâhil edilmiştir. Khodabandeh ve arkadaşları (2018), bu değişkenler arasındaki ilişkinin negatif olduğunu göstermiş ve çocukken olumsuz deneyimler yaşamış çocukların daha zayıf ilişki becerisi ve özsaygı geliştirdiğini, bu durumun yetişkinlik döneminde de kişilerarası sorunlar ve saldırganlık riskini artırabileceğini ifade etmiştir. Mevcut

çalışmada, çocukluk çağı olumsuz yaşam deneyimi detaylı olarak tanımlanmamış olmakla birlikte, çocukluk çağı yaşam deneyimi olan katılımcıların yüksek benlik saygısı grubunda en az sayıda olduğu görülmüş olup ortaya çıkan fark istatistiki olarak anlamlı düzeydedir.

Bu çalışmada, kendisine, çevresine veya hem kendisine hem çevresine zarar verme davranışı olanların benlik saygısı düzeyleri açısından karşılaştırıldığında, zarar verme davranışının en fazla yüksek, daha sonra sırasıyla orta ve düşük benlik saygısı gruplarında bulunduğu görülmüş ve bu farkın istatistiki olarak anlamlı olduğu gösterilmiştir. Bir yandan da, sosyo-demografik bilgi formunda bulunan bu sorunun, zarar verme davranışı tanımlanmamış olduğu için, tüm katılımcılar tarafından aynı şekilde anlaşıldığı konusunda yeterli bilgi bulunmamaktadır. Bu hususta literatürdeki verilere bakıldığında, kendine zarar verme davranışı olan ve olmayan adolesanların benlik saygısı düzeylerinde anlamlı bir fark olduğu gösterilmiştir. Ek olarak, beden algısının kendine zarar verme davranışı ile birlikte benlik saygısının anlamlı regresörleri olduğu belirtilmiştir (Oktan, 2017). Adolesanlarda benlik saygısının ilerleyen dönemde kendine ve diğerlerine zarar veren şiddet davranışı ile ilişkisinin incelendiği bir çalışmada, 15 yaşındaki benlik saygısı düzeyi; 18, 21 ve 25 yaşlarında sergilenen hostilete ve şiddet ile ilişkili olarak gösterilmiştir. Diğer bir deyişle, stabil olmayan benlik saygısının daha sonra başvurulan agresif davranışlar ile arasında anlamlı bir ilişki olduğu ifade edilmiştir (Boden ve ark., 2007). Bu sonuçlar, şiddet davranışının toplumsal bir sorun olarak yansımaları düşünüldüğünde, benlik saygısı ile birlikte kendine zarar verme davranışını yordayabilecek diğer klinik ve psikososyal değişkenlerin de üzerinde çalışılması gerektiğine işaret etmektedir.

Son olarak değerlendirilen diğer bir değişken madde kullanımı olmuştur. Bu çalışmada, katılımcılarının büyük kısmının madde kullanmadığını belirttiği ve benlik saygısı düzeylerinde anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Katılımcılarının %38'i madde kullandığını beyan etmiş olup bunları tütün ve alkolün oluşturduğu görülmektedir. Yapılan araştırmalarda ise madde kullanan kişilerde orta düzey benlik saygısı ve sosyal işlevsellik bulunduğu, madde kullanımına başlama yaşının benlik saygısıyla aralarında anlamlı bir fark olduğu gösterilmiştir (Ersöğütçü ve Karakaş, 2016). Diğer yandan, adolesanlarda benlik saygısının madde kullanmaya başlamayı yordadığı; ancak genç yetişkinlik dönemine ilerlendiğinde artık bu etkinin görülmediği; benlik saygısının madde kullanmaya başlama konusunda koruyucu bir etkisi olduğu bulguları ortaya konmuştur (Lee ve ark., 2018; Richardson ve ark., 2013). Bu sonuçlardan, madde kullanımı ile benlik saygısı arasındaki ilişkinin niteliğinin, iki yönlü veya neden sonuç ilişkisi olması bakımından daha ileri araştırmalarla desteklenmeye ihtiyaç duyulduğu düşünülmektedir.

Benlik saygısı ile diğer psikolojik problemlerin muhtemel ilişkileri ise Kısa Semptom Envanteri aracılığıyla ölçülmeye çalışılmıştır. Pearson Korelasyon Analizi tablosunda görüleceği üzere benlik saygısı ölçeğinin KSE toplam skoru ve KSE'nin alt boyutlarının skorları arasında istatistik olarak pozitif bir ilişki vardır. KSE, ölçeğin alt boyutları açısından incelendiğinde, beklendiği şekilde envanterin olumsuz benlik alt boyutu, benlik saygısı ile en güçlü korelasyon katsayısına sahiptir. Bu durumda, anksiyete, depresyon, hostilite, olumsuz benlik, somatizasyon skorları ve toplam puanların yüksek olması belirti şiddetinin artmasını göstermekte ve RBSÖ'de yüksek puan düşük benlik saygısını göstermektedir. Dolayısıyla KSE toplam puan ve alt boyutları arasındaki pozitif ilişki, bu boyutlardaki belirti şiddetinin artması düşük benlik saygısı düzeyini işaret etmektedir. Ayrıca, grup karşılaştırmaları yapıldığında, somatizasyon hariç tüm boyutlarda ve toplam puanda, benlik saygısının tüm grupları arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Somatizasyon skorları yalnızca yüksek benlik saygısı grubunda orta ve düşük düzeylere göre anlamlı olarak fark göstermektedir. Hostilite alt boyutunun benlik saygısı ile ilişkisi de bu çalışmada daha önce kendine veya çevresine zarar verme davranışı kapsamında ele alınmış olup iki değişkenin ilişkisi olduğu gösterilmiştir. (Boden ve ark., 2007). Örnek çalışmalara bakıldığında; anksiyetenin, stres ve benlik saygısının depresyon üzerine etkisine aracılık ettiği, stresin ise benlik saygısının depresyon üzerine etkisine aracılık ettiği gösterilmiştir (Al-Nima ve ark., 2013). Fiziksel engelli bir katılımcı grubunda, düşük düzey benlik saygısı ile yüksek düzey depresyon, anksiyete ve stresin pozitif yönde anlamlı korelasyon gösterdiği belirtilmiştir (Mushtaq ve Akhour, 2016). Benzer şekilde, depresyon ve anksiyetenin benlik saygısı üzerindeki etkisinin niteliği üstünde daha fazla araştırma yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Psikosomatik bozukluk yaşayan bir grup çocukla yapılan bir çalışmada bu grubun sağlıklı kontrol grubuna göre daha düşük benlik saygısı düzeyine sahip olduğu; ayrıca kız çocuklarının çoğunlukta olduğu ve aile işlevselliğinde bozulma yaşadıkları gösterilmiştir (Hosogi ve ark., 2007). Genel tabloya bakıldığında, benlik saygısının çeşitli psikolojik problemlerle doğrudan ya da dolaylı ilişkisinin olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir.

## **6.2. Benlik Saygısı ile Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu İlişkisinin Değerlendirilmesi**

Katılımcıların dikkat eksikliği ve hiperaktivite belirtileri Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Ölçeği (ASRS) ile ölçülmüş olup veriler; yüksek, orta ve düşük benlik saygısı düzeyleri bazında Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile karşılaştırılmıştır.

Gerçekleştirilen analizde görüldüğü üzere, elde edilen sonuçlara göre dikkat eksikliği, yüksek benlik saygısı grubunda orta ve düşük benlik saygısı gruplarından orta etki büyüklüğü ile anlamlı derecede farklılaşmıştır. Hiperaktivite/dürtüsellik boyutları ile ölçek toplam skorlarının ise tüm benlik saygısı gruplarında orta etki büyüklüğü ile anlamlı derecede farklı olduğu bulunmuştur. Ayrıca, yapılan Pearson Korelasyon Analizinde ise dikkat eksikliği, hiperaktivite/dürtüsellik ve toplam ölçek puanlarının ayrı ayrı benlik saygısı ile pozitif yönde anlamlı ilişkisi olduğu görülmüştür. ASRS puanları ile RBSÖ puanlarının birlikte yükselmesi beklendiğinden ve RBSÖ puanının yükselmesi, benlik saygısı düzeyinin düşmesini belirttiğinden; dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtilerinin şiddetinin artması, benlik saygısı seviyesinin düşmesiyle ilişkilidir. Buna uygun olarak; yüksek, orta ve düşük benlik saygısı gruplarındaki DEHB puanları sırasıyla artış göstermektedir. Bu sonuçların alan yazınındaki bulgularla tutarlı olduğu görülmüştür. Örneğin, DEHB’li çocukların dikkat ve yürütücü işlev ölçümlerinde daha düşük skorlar aldığı ve benlik saygısının daha zayıf olduğu gösterilmiştir. Bunun yanında, bu çocukların suçluluk duygusu ve verilen görevleri yanlış yaptıklarına dair inançları bulunmaktadır (Capelatto ve ark., 2014). Dürtüsellik ile benlik saygısını inceleyen bir çalışmada da, yüksek seviyede dürtüsellik gösteren üniversite öğrencilerinde benlik saygısının internet bağımlılığına karşı koruyucu olabileceği belirtilmiştir (Zhang ve ark., 2015). Yetişkinlikte de DEHB’nin düşük benlik saygısı ile ilintili olduğu belirtilerek bu durumun psikoterapötik müdahalelerle iyileştirilebileceği öne sürülmekte ve gelecek çalışmaların bu konuya odaklanması önerilmektedir (Cook ve ark., 2014). Bu hususta, DEHB belirtilerine yönelik tedavi almanın benlik saygısı üzerine etkisini çalışan araştırma bulguları dikkat çekicidir. Örneğin, Harpin ve arkadaşları (2016), DEHB tedavisinin, düşük benlik saygısı üzerinde iyileştirici etkisinin bulunduğu gösterirken; Mazzone ve arkadaşları (2013), tedavi alanlarda da DEHB’si bulunmayan kişilere göre daha düşük düzey benlik saygısı görüldüğünü ortaya koymuştur. Bu durumda, tedavinin, DEHB’li kişilerde benlik saygısını artırmada ne derecede etkili olduğu, üzerinde çalışılması gereken bir konu olarak gündeme gelmektedir.

### **6.3 Benlik Saygısı ile Duygu Düzenleme İlişkisinin Değerlendirilmesi**

Bu çalışmada, duygu düzenleme becerilerine dair veriler Duygu Düzenleme Anketi ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form olmak üzere iki farklı ölçek kullanılarak elde edilmiştir.

Duygu Düzenleme Anketinden elde edilen puanlar; toplam puan, bilişsel yeniden değerlendirme alt boyutu ve baskılama alt boyutunda benlik saygısı düzeyleri bakımından karşılaştırılmış ve bilişsel yeniden değerlendirmenin tüm benlik saygısı grupları arasında; baskılamanın ise yalnızca yüksek benlik saygısı grubunda, orta ve düşük benlik saygısı düzeylerinden anlamlı olarak fark gösterdiği bulunmuştur. Yapılan korelasyon analizinde ise, benlik saygısının, bilişsel yeniden değerlendirme puanı ile negatif yönde, baskılama puanı ile pozitif yönde anlamlı ilişkisi olduğu görülmektedir. Bilişsel yeniden değerlendirme ve baskılama stratejilerinin çok kullanılması bu alt boyutlardan alınan puanın yükselmesi anlamına gelmektedir. Benlik saygısı puanlarının yükselmesi, benlik saygısının düştüğünü göstermektedir. Benlik saygısı gruplarına bakıldığında, bilişsel yeniden değerlendirme boyutundan alınan puanların sırasıyla yüksek, orta ve düşük düzeylerde azaldığı görülmektedir. Bu sonuçlar değerlendirilirse, benlik saygısı yükseldikçe bilişsel yeniden değerlendirme stratejisine daha çok başvurulduğu anlaşılmaktadır. Baskılama boyutundan alınan puanlar, sırasıyla yüksek, orta ve düşük benlik saygısı düzeylerinde azalmaktadır. Bu sonuca göre, benlik saygısının düşmesi, baskılama stratejisine daha çok başvurulmasını yordamaktadır. Literatürde benlik saygısı ile duygu düzenleme stratejilerini inceleyen çalışmalar ile araştırma sonuçlarının tutarlı olduğu görülmektedir. Benlik saygısının, bilişsel yeniden değerlendirme stratejisiyle ve mutlulukla aralarında pozitif bir ilişki olduğu gösterilmiştir (Demirtaş, 2018). Nezlek ve Kuppens (2008) ise bilişsel yeniden değerlendirme stratejisinin baskılamadan daha çok kullanıldığını ve duygu düzenleme stratejileri arasında faydalı bir yöntem olduğunu belirtmiştir. Aynı zamanda, bilişsel yeniden değerlendirme stratejisinin benlik saygısı, pozitif duygu ve psikolojik uyumla arasında anlamlı düzeyde pozitif yönde ilişkiler olduğunu; bastırmanın da benlik saygısı, psikolojik uyum ve pozitif duyguda azalmayı yordadığını göstermiştir.

Duygu Düzenleme Güçlüğü  l eği-Kısa Form'dan alınan puanlar; toplam puan ile açıklık, amaçlar, dürtü, kabul etmeme, stratejiler alt boyutlarında benlik saygısı düzeyleri bakımından karşılaştırılmış olup tüm alt boyut skorlarının; yüksek, orta ve düşük benlik saygısı gruplarında anlamlı olarak birbirinden farklı olduğu bulunmuştur. Pearson Korelasyon Analizi'nde ise tüm ölçek puanlarının benlik saygısı puanları ile pozitif yönde anlamlı ilişkisi gösterilmiştir. Duygu Düzenleme Güçlüğü  l eği'nde alınan yüksek puan, daha yüksek seviyede duygusal disreg layona işaret ettiği ve RBSÖ'den alınan yüksek puan, düşük seviye benlik saygısını imlediği için, duygu düzenleme güçlüğü yaşanmasının düşük benlik saygısını yordadığı sonucuna ulaşılmıştır. Literatürde bu sonucu destekleyen ve desteklemeyen çalışmaların yer aldığı g r lm ştir. Sınır kişilik bozukluğu olgularıyla çalışılan bir araştırmada duygu

düzenleme güçlüğü'nün benlik saygısıyla aralarında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamış olup bu sonuç, benlik saygısının zamana yayılan ancak duygu düzenleme güçlüğü'nün, odak grubun klinik tablosu nedeniyle, durumsal bir fenomen olabileceği ile açıklanmıştır (Keleş-Altun ve Atagün, 2019). Başka bir araştırmada, tutuklularda, kontrol grubuna göre benlik saygısının daha düşük; kabul etmeme ve hostilite düzeylerinin daha yüksek olarak bildirildiği; duygusal disregülasyonun, benlik saygısı ile fiziksel agresyon, öfke ve hostilite arasındaki ilişkiye aracılık ettiği bildirilmiştir (Garofalo ve ark., 2016).

### **6.5. Benlik Saygısı ile Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Duygu Düzenleme İlişkisinin Değerlendirilmesi**

Bu çalışma kapsamında genç yetişkinlerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtileri ile duygu düzenleme ve benlik saygısının ilişkisi ele alınmıştır. Bu ilişkiyi etkileyebilecek diğer psikolojik belirtileri kontrol edebilmek için analizlere dâhil edilen KSE ile birlikte; ASRS ve DDGÖ-Kısa Form toplam skorları, bu ölçeklerin ve DDA'nın alt ölçek puanları ve RBSÖ puanları ile oluşturulan yüksek, orta ve düşük benlik saygısı gruplarında ANOVA ile grup karşılaştırmaları yapılmıştır. Yine KSE, ASRS, DDGÖ-Kısa Form toplam puanları ve bunlarla birlikte DDA alt ölçek puanları ile RBSÖ benlik saygısı alt boyutu puanı karşılaştırılması Pearson Korelasyon Analizi'yle ve sonrasında tüm değişkenlerin benlik saygısı üzerindeki etkisi hiyerarşik regresyon analizi ile incelenmiştir. Diğer analizlere dair sonuçlara yukarıda yer verilmiştir. Hiyerarşik regresyon analizinde, daha önceki analiz sonuçlarına göre benlik saygısı ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunan değişkenler ele alınmıştır. İlk blokta, sosyo-demografik bilgi formundan elde edilen ruhsal bozukluk tanısı alma, çocukluk çağı olumsuz yaşam deneyimi ve kendine zarar verme davranışı ile KSE toplam skoru analize alınmıştır. İkinci blokta, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve duygu düzenleme ölçekleri puanları da eklenmiştir. Sonuç olarak, tüm model benlik saygısı skorlarındaki varyansın %45'ini açıklamıştır.

Benlik saygısı ile dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve duygu regülasyonu değişkenlerinin ilişkilerini birlikte ele alan yeterli sayıda araştırmaya rastlanmamıştır. Bu konuda, DEHB tanılı çocuklarda, duygu düzenleme ve benlik saygısı ile bağlanma parametrelerinin birlikte ele alındığı bir de doktora tezi çalışmasına ulaşılmıştır (Tüğen, 2018). Bahse konu çalışmada, klinik bir örneklem kullanılmış ve bu grupta, anılan belirteçlerin düzeyi sağlıklı kontrol grubunun sonuçları ile karşılaştırılmıştır. Çalışmanın sonucunda da kontrol grubuna göre, DEHB tanılı olgu grubunda daha yüksek duygu düzenleme güçlüğü ve daha

düşük benlik saygısı görülmüştür. Ek olarak, duygu düzenleme güçlüğü'nün benlik saygısı ve güvenli bağlanma değişkenleri ile arasında ayrı ayrı negatif bir ilişki belirlenmiştir. Yine, Bodalski ve arkadaşları (2023), üniversite öğrencilerinde DEHB ve erteleme belirtilerini inceledikleri çalışmalarında, duygu düzenleme güçlüklerinin ve benlik saygısının, DEHB ve erteleme davranışı arasındaki ilişkiyi ayrı ayrı açıkladığını ve bu ilişkiye birlikte katkıda bulunduğunu öne sürmüştür. Bu bulgular, mevcut çalışmanın sonuçlarını desteklemektedir.

## 7.Sonuç

Bu çalışmanın amacı, genç yetişkinlerde benlik saygısının, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtileri ve duygu düzenleme zorlukları ile aralarındaki muhtemel ilişkileri incelemektir. Bu doğrultuda, konuya katkısı olabileceği düşünülen yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, yaşanan yer, gelir düzeyi, bedensel rahatsızlığı olma durumu, kendisinin ruhsal bozukluk tanısı alma durumu, aile üyesinin ruhsal bozukluk tanısı alma durumu, çocukluk çağı olumsuz yaşam deneyimi, kendisine veya çevresine zarar verme davranışı ve madde kullanımı gibi veriler ile birlikte duygu düzenleme becerisini değerlendiren ve benlik saygısı düzeyini değerlendiren ölçeklerden elde edilen veriler analiz edilmiştir. Gerçekleştirilen analizlerden ulaşılan sonuçlara göre araştırma sorularına cevaplar bulunmaya çalışılmıştır. Buna göre, aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Genç yetişkinlerde benlik saygısı ile DEHB belirtileri arasındaki ilişkiye bakıldığında, dikkat eksikliği semptomlarıyla hiperaktivite/dürtüsellik semptomlarının artmasının düşük benlik saygısı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. DEHB'nin çekirdek semptomlarının benlik saygısı ile negatif ilişkisi olduğuna yönelik bulgular desteklenmektedir. Genç yetişkinlerde DEHB belirtilerinin benlik saygısı üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Genç yetişkinlerde benlik saygısı ile duygu düzenleme becerileri ilişkisine bakıldığında, duygu düzenlemede zorluk yaşanmasının düşük benlik saygısı ile ilişkili olduğu; ayrıca bilişsel yeniden değerlendirme gibi daha faydalı olarak lanse edilen duygu düzenleme stratejisinin daha yüksek benlik saygısı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu sonuçlar da literatür ile uyumludur. Genç yetişkinlerde duygu düzenleme güçlüğü'nün benlik saygısını yordadığı sonucuna varılmıştır.

Genç yetişkinlerde benlik saygısı ile DEHB belirtileri ve duygu düzenleme arasında ilişkinin incelenmesi amacıyla ortaya konulan modelin işaret ettiği sonuca göre dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtileri ve duygu düzenleme becerilerinin düzeyinin birlikte benlik saygısını açıkladığı görülmektedir. Bu hususta, diğer ruhsal bozuklukların,

çocukluk çağında deneyimlenmiş olan olumsuz yaşam olaylarının ve kendine zarar verme davranışının da benlik saygısı düzeyini yordadığı görülmektedir. Buna göre, araştırma soruları kapsamında bakıldığında, genç yetişkinlerde DEHB belirtileri ve duygu düzenleme güçlüğü'nün benlik saygısını yordadığı sonucuna ulaşılmıştır. Alan yazınında bu kavramların birlikte ele alındığı yeterli sayıda çalışma olmadığı için bu sonuç, mevcut çalışmanın literatüre sunabileceği bir katkı olarak değerlendirilmektedir.

Genç yetişkinlerde benlik saygısı ile psikolojik semptomlar arasındaki ilişkiye bakıldığında, yine literatür ile uyumlu olarak düşük benlik saygısının anksiyete, depresyon, somatizasyon gibi psikolojik belirtiler ile ilişkisi ortaya konulmuştur. Genç yetişkinlerde, bu çalışma kapsamında incelenen psikolojik semptomlardan anksiyete, depresyon ve somatizasyonun benlik saygısını yordadığı görülmektedir.

Genç yetişkinlerde cinsiyetin, benlik saygısı ile ilişkisi incelendiğinde, genç yetişkin kadınların; benlik saygısı düzeyi yükseldikçe daha düşük benlik saygısı skoruna sahip olduğu görülmekle birlikte, genç yetişkin erkeklerle benlik saygısı açısından aralarında anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir. Bu bakımdan, bu çalışmada genç yetişkinlerde cinsiyetin benlik saygısını yordadığına yönelik bir sonuca ulaşılamamıştır.

Eğitim düzeyi açısından bakıldığında, bu çalışma kapsamında ulaşılan genç yetişkinlerde, eğitim düzeyinin benlik saygısı düzeyini yordadığına yönelik bir sonuca ulaşılamamıştır.

Sonuç olarak, mevcut araştırmanın sonuçlarının büyük ölçüde literatürde bulunan sonuçları destekler nitelikte olduğu görülmüştür.

## **8.Çalışmanın Sınırlılıkları**

Mevcut çalışmada yalnızca öğrencilerin katılımcı olarak alınması, çalışmanın bir sınırlılığı olarak kabul edilebilir. Üniversite öğrencilerinin entelektüel ve sosyo-kültürel açıdan daha gelişmiş bir katılımcı profili oluşturduğu ve bu durumun araştırmadan elde edilen sonuçların genellenebilirlik özelliğini zedeleyebileceği göz önüne alındığında, sonraki benzer çalışmalarda genç yetişkinlik döneminde bulunan ve öğrenci olmayan kişilerin de dâhil edilmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir. Benzer şekilde, katılımcılarının çoğunluğunun kadınlardan oluşması da aynı sorun ve sonuçları akla getirmekte olup çalışmada yer verildiği üzere, ölçülen kavramlar üzerinde literatürde bulunan cinsiyet farkları düşünüldüğünde, örneklem grubunda cinsiyet dengesinin sağlanması önemli görünmektedir. Bu doğrultuda, örneklemin zenginleştirilmesi ve temsil gücünün artırılmasıyla daha sağlıklı sonuçlara erişilebileceği düşünülmektedir.

Sosyo-demografik bilgilerin elde edildiği formda çocukluk çağı olumsuz yaşam deneyimi ve kendine/çevresine zarar verme davranışı ile ilgili maddelerde, bu konseptlerin detaylı olarak açıklanmamış olmasının, katılımcılardan bu sorularla elde edilen bilgilerin sübjektif ve yetersiz kalmasına yol açabileceği düşünülmektedir. Bu sebeple, formlarda yer alan kavramların tüm katılımcılar tarafından kapsamlı şekilde anlaşılabilmesini teminen, operasyonel tanımlarının yapılması ve açık ve anlaşılır hale getirilmesi daha uygun olacaktır.

Çalışmanın bağımlı değişkeni olan benlik saygısının genel olarak ölçülmesi başka bir sınırlılık olarak değerlendirilmektedir. Literatürde benlik saygısına dair ölçümlerde farklı alanlarda farklı seviyelerde sonuçlar alınabildiği görülmüştür. Bu yöntemle, daha detaylı ve kapsamlı bir çalışma yürütülerek sonuçların farklı işlevsellik alanlarına göre netleştirilebileceği ve bu durumun uygulama sahasında benlik saygısı problemlerine daha efektif müdahale ve buna bağlı olarak daha başarılı sonuçlar sunabileceği dikkate getirilmektedir.

Son olarak çalışmada öz değerlendirme ölçekleri kullanılmıştır. Katılımcıların öz farkındalık düzeyleri hakkında bilgi sahibi olunmadığından dolayı bu durumun, yanıtların objektifliğini ve geçerliliğini takip ve kontrol edebilecek bir mekanizma sağlamadığı için veri toplama yönteminin güvenilirliğini artırmak üzere öz bildirim yanında diğer ölçüm metotlarının da kullanılmasının önemli olacağı düşünülmektedir.

## 9.Öneriler

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun çekirdek belirtilerinin dikkati sürdürme ve uzun süre sabit kalmada sorun yaşama olduğundan, bu konudaki çalışmalarda kullanılan ölçüm metotlarının karmaşık olması ve yanıtlama süresinin uzun olması, DEHB odak grubunu negatif etkileyen bir husus olabileceği düşünülmüştür. Bu bakımdan, DEHB ile ilgili araştırmalarda, görece daha kısa zaman alan ve yanıtların pratik olarak verilebileceği yöntemlerin seçilmesinin, DEHB'li kişilerden daha sağlıklı veriler elde edilebilmesi açısından faydalı olacağı değerlendirilmektedir.

DEHB'nin değerlendirilmesinde ve uygun müdahale yaklaşımlarının belirlenmesinde gelişim döneminin gereklilikleri ve DEHB'nin döneme özgü yol açtığı sorunların dikkate alınması önem arz etmektedir. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna ilişkin çalışmalarda, DEHB'nin farklı gelişim gruplarında ve boylamsal olarak incelenebileceği araştırma desenlerinin kullanılmasının, bu bozukluğun farklı gelişim düzeylerindeki seyrinin izlenmesi, etkileri ve uygun tedavi yöntemlerinin optimize edilmesi bakımından faydalı sonuçlar sunabileceği önerilmektedir.

Benlik saygısı kavramının ölçümünde, kavramsallaştırmanın açık ve örtük benlik saygısı olarak yapılarak doğrudan ve dolaylı olarak ölçülmesinin çalışmalara derinlik kazandırabileceği öngörülmektedir. Katılımcıların, özellikle benlik saygısını etkileyen eş tanıların varlığında, bu konudaki farkındalık seviyeleri ve bunu ne derece yansıtabildiklerine yönelik belirsizliklerin bu yolla giderilebileceği düşünülmektedir.



## KAYNAKLAR

- Able, S. L., Johnston, J. A., Adler, L. A., & Swindle, R. W. (2007). Functional and psychosocial impairment in adults with undiagnosed ADHD. *Psychological Medicine*, 37(1), 97-107.
- Achenbach, T. M. (1966). The classification of children's psychiatric symptoms: A factor-analytic study. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(7), 1-37.  
**doi:10.1037/h0093906**
- Al-Nima, A., Rosenberg, P., Archer, T., & Garcia, D. (2013). Anxiety, affect, self-esteem, and stress: mediation and moderation effects on depression. *PloS One*, 8(9), e73265.
- American Psychiatric Association. (2013). Neurodevelopmental disorders. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- Anchesi, S. D., Corallo, F., Di Cara, M., Quartarone, A., Catalioto, R., Cucinotta, F., & Cardile, D. (2023). Autism and ADHD: A Literature Review Regarding Their Impacts on Parental Divorce. *Children*, 10(3), 438.
- Andreassen, C. S., Griffiths, M. D., Sinha, R., Hetland, J., & Pallesen, S. (2016). The relationships between workaholism and symptoms of psychiatric disorders: A large-scale cross-sectional study. *PloS One*, 11(5), e0152978.
- Aydın, B. (1996). Benlik kavramı ve ben şemaları. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 8 (8), 41-47 .
- Babinski, D. E., Pelham Jr, W. E., Molina, B. S., Gnagy, E. M., Waschbusch, D. A., Yu, J., ... & Karch, K. M. (2011). Late adolescent and young adult outcomes of girls diagnosed with ADHD in childhood: An exploratory investigation. *Journal of Attention Disorders*, 15(3), 204-214.
- Barkley, R. A., Murphy, K. R., & Kwasnik, D. (1996). Motor vehicle driving competencies and risks in teens and young adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 98(6), 1089-1095.
- Barkley, R. A. (1997a). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65–94.  
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.121.1.65>

- Barkley, R. A. (1997b). Attention-deficit/hyperactivity disorder, self-regulation, and time: toward a more comprehensive theory. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 18*(4), 271-279.
- Barkley, R. A. (2006). ADHD in adults: Developmental course and outcome of children with ADHD and ADHD in clinic-referred adults. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (pp.248-296). The Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2010a). Deficient emotional self-regulation: A core component of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of ADHD and Related Disorders, 1*, 5-37.
- Barkley, R. A. (2010b). Differential diagnosis of adults with ADHD: the role of executive function and self-regulation. *The Journal of Clinical Psychiatry, 71*(7), 27654.
- Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (2010). Deficient emotional self-regulation in adults with ADHD: the relative contributions of emotional impulsiveness and ADHD symptoms to adaptive impairments in major life activities. *Journal of ADHD & Related Disorders, 1*(4), 5-28.
- Barkley, R. A. (2011). Attention-deficit/hyperactivity disorder, self-regulation, and executive functioning. In K. D. Vohs & R. F. Baumeister (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (pp. 551–563). The Guilford Press.
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in The Public Interest, 4*(1), 1-44.
- Beer, J. S. & Lombardo, M. V. (2007). Insights into emotion regulation from neuropsychology. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*, (pp. 69-86). The Guilford Press.
- Beheshti, A., Chavanon, M. L., & Christiansen, H. (2020). Emotion dysregulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis. *BMC psychiatry, 20*(1), 120. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-2442-7>
- Berking, M., Poppe, C., Luhmann, M., Wupperman, P., Jaggi, V., Seifritz, E. (2012). Is the association between various emotion-regulation skills and mental health mediated by the ability to modify emotions? Results from two cross-sectional studies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 43*, 931-937.

- Berking, M., Ebert, D., Cuijpers, P., Hofmann, S. G. (2013). Emotion regulation skills training enhances the efficacy of inpatient cognitive behavioral therapy for major depressive disorder: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 234-245.
- Beyoğlu, R. (2021). *Acil servise kafa travması ile başvuran ilkökul çağındaki çocuklarda dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik bozukluğu (DEHB) ilişkisi*. [Uzmanlık Tezi, Pamukkale Üniversitesi]. GCRIS.
- Bezdjian, S., Baker, L. A., & Tuvblad, C. (2011). Genetic and environmental influences on impulsivity: A meta-analysis of twin, family and adoption studies. *Clinical Psychology Review*, 31(7), 1209-1223.
- Biederman, J., Monuteaux, M. C., Mick, E., Spencer, T., Wilens, T. E., Silva, J. M., ... & Faraone, S. V. (2006). Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10-year follow-up study. *Psychological medicine*, 36(2), 167-179.
- Bjureberg, J., Ljótsson, B., Tull, M. T., Hedman, E., Sahlin, H., Lundh, L. G., Bjärehed, J., DiLillo, D., Messman-Moore, T., Hellner-Gumpert, C., & Gratz, K. L. (2016). Development and validation of a brief version of the difficulties in emotion regulation scale: the DERS-16. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 38, 284-296.
- Bodalski, E. A., Knouse, L. E. & Kovalev, D. (2019). Adult ADHD, emotion dysregulation, and functional outcomes: Examining the role of emotion regulation strategies. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 41, 81–92.  
**<https://doi.org/10.1007/s10862-018-9695-1>**
- Bodalski, E. A., Flory, K., Canu, W. H., Willcutt, E. G., & Hartung, C. M. (2023). ADHD symptoms and procrastination in college students: The roles of emotion dysregulation and self-esteem. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 45(1), 48-57. **<https://doi.org/10.1007/s10862-022-09996-2>**
- Boden, J. M., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2007). Self-esteem and violence: Testing links between adolescent self-esteem and later hostility and violent behavior. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 881-891.
- Brown, T. E. (1995). *Brown attention deficit disorder scales*. The Psychological Corporation.
- Brown, T. E., Holdnack, J., Saylor, K., Adler, L., Spencer, T., Williams, D. W., ... Kelsey, D. (2009). Effect of Atomoxetine on Executive Function Impairments in Adults With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 15(2), 130–138.  
**doi:10.1177/1087054709356165**

- Bunford, N., Evans, S. W., & Langberg, J. M. (2014). Emotion dysregulation is associated with social impairment among young adolescents with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 22(1), 66–82. <https://doi.org/10.1177/1087054714527793>.
- Bunford, N., Evans, S. W., & Wymbs, F. (2015). ADHD and emotion dysregulation among children and adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18(3), 185–217. <https://doi.org/10.1007/s10567-015-0187-5>
- Bussing, R., Mason, D. M., Bell, L., Porter, P., & Garvan, C. (2010). Adolescent outcomes of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder in a diverse community sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(6), 595-605.
- Cak, H. T., Dinc, G. S., Tuzun, Z., Evinc, S. G., Cop, E., & Cuhadaroglu Cetin, F. (2013). Comorbidity and continuity of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) from childhood to adolescence in Turkey. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 5, 353-360.
- Capelatto, I. V., Lima, R. F. de, Ciasca, S. M., & Salgado-Azoni, C. A. (2014). Cognitive functions, self-esteem and self-concept of children with attention deficit and hyperactivity disorder. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(2), 331–340.  
**doi:10.1590/1678-7153.201427214**
- Catalá-López, F., Hutton, B., Núñez-Beltrán, A., Page, M. J., Ridao, M., Macías Saint-Gerons, D., Catalá, M. A., Tabarés-Seisdedos, R., & Moher, D. (2017). The pharmacological and non-pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: A systematic review with network meta-analyses of randomised trials. *PloS One*, 12(7), e0180355.  
**https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180355**
- Chang, Z., Lichtenstein, P., D’Onofrio, B. M., Sjölander, A., & Larsson, H. (2014). Serious transport accidents in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and the effect of medication: a population-based study. *JAMA Psychiatry*, 71(3), 319-325.
- Chen, Q., Brikell, I., Lichtenstein, P., Serlachius, E., Kuja-Halkola, R., Sandin, S., & Larsson, H. (2017). Familial aggregation of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(3), 231-239.
- Cheung, C. K., Cheung, H. Y., & Hue, M. T. (2015). Emotional intelligence as a basis for self-esteem in young adults. *The Journal of psychology*, 149(1), 63-84.

- Coghill, D. R., Joseph, A., Sikirica, V., Kosinski, M., Bliss, C., & Huss, M. (2019). Correlations Between Clinical Trial Outcomes Based on Symptoms, Functional Impairments, and Quality of Life in Children and Adolescents With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 23(13), 1578–1591.  
**<https://doi.org/10.1177/1087054717723984>**
- Coleman, J. C. (2011). *The nature of adolescence* (4th ed.). Routledge.
- Coleman, J.C., & Hendry, L. (1990). *The nature of adolescence* (2nd ed.). Routledge.
- Cook, J., Knight, E., Hume, I., & Qureshi, A. (2014). The self-esteem of adults diagnosed with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A systematic review of the literature. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 6(4), 249–268.  
**doi:10.1007/s12402-014-0133-2**
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. W. H. Freeman.
- Coopersmith, S. (1969). *Implications of studies on self-esteem for educational research and practice* (ED033742). ERIC. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED033742.pdf>
- Corbisiero, S., Stieglitz, R. D., Retz, W., & Rösler, M. (2013). Is emotional dysregulation part of the psychopathology of ADHD in adults? *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 5, 83-92.
- Cortese, S., Moreira-Maia, C. R., St. Fleur, D., Morcillo-Peñalver, C., Rohde, L. A., & Faraone, S. V. (2016). Association between ADHD and obesity: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 173(1), 34-43.
- Creemers, D. H., Scholte, R. H., Engels, R. C., Prinstein, M. J., & Wiers, R. W. (2013). Damaged self-esteem is associated with internalizing problems. *Frontiers in Psychology*, 4, 152.
- Cutuli, D. (2014). Cognitive reappraisal and expressive suppression strategies role in the emotion regulation: an overview on their modulatory effects and neural correlates. *Frontiers in Systems Neuroscience*, 175.
- Çuhadaroğlu, F. (1986). *Adölesanlarda benlik saygısı*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Dalsgaard, S., Østergaard, S. D., Leckman, J. F., Mortensen, P. B., & Pedersen, M. G. (2015). Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder: a nationwide cohort study. *The Lancet*, 385(9983), 2190-2196.
- Dan, O., & Raz, S. (2015). The relationships among ADHD, self-esteem, and test anxiety in young adults. *Journal of Attention Disorders*, 19(3), 231-239.

- Dawe, S., & Loxton, N. J. (2004). The role of impulsivity in the development of substance use and eating disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 28, 343-351.
- de Araujo, P., & Lagos, S. (2013). Self-esteem, education, and wages revisited. *Journal of Economic Psychology*, 34, 120-132.
- Demirtaş, A. S. (2018). Duygu düzenleme stratejileri ve benlik saygısının mutluluğu yordayıcılığı. *Turkish Studies*, 13 (11), 487-503
- Di Lorenzo, R., Balducci, J., Poppi, C., Arcolin, E., Cutino, A., Ferri, P., D'Amico, R., & Filippini, T. (2021). Children and adolescents with ADHD followed up to adulthood: A systematic review of long-term outcomes. *Acta Neuropsychiatrica*, 33(6), 283-298.
- Doğan, S., Öncü, B., Varol-Saraçoğlu, G., Küçükgöncü S. (2009). Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu kendi bildirim ölçeği (ASRS-v1.1): Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10(2), 77-87.
- Doğangün, B., & Yavuz, M. (2011). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. *Türk Pediatri Arşivi*, 46(11), 25-28.
- Donovan-Barnard, H. (2009). *Gene x environment interactions in attention deficit*. [Doctoral dissertation, University of Denver]. Digital Commons at DU.
- Dumas D., & Pelletier A. (1999). Study of self-perception in hyperactive children. *The American Journal of Maternal/Child Nursing* 24, 12-19.
- Ercan, E. S., Çetin, F. Ç., Mukaddes, N. M., & Yazgan, Y. (2009). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tedavisinde atomoksetin. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 16(2), 113-118.
- Ercan, E. S., Unsel-Bolat, G., Tufan, A. E., Karakoc Demirkaya, S., Bilac, O., Celik, G., ... & Ünal, F. (2022). Effect of Impairment on the Prevalence and Comorbidities of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in a national survey: Nation-wide prevalence and comorbidities of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 26(5), 674-684.
- Erikson, E. H. (1994). *Identity: Youth and crisis*. W. W. Norton and Company.
- Ersöğütçü, F., & Karakaş, S. A. (2016). Social functioning and self-esteem of substance abuse patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(5), 587-592.
- Faheem, M., Akram, W., Akram, H., Khan, M. A., Siddiqui, F. A., & Majeed, I. (2022). Gender-based differences in prevalence and effects of ADHD in adults: A Systematic Review. *Asian Journal of Psychiatry*, 103205.
- Faraone, S. V., Spencer, T., Aleardi, M., Pagano, C., & Biederman, J. (2004). Meta-analysis of the efficacy of methylphenidate for treating adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of clinical psychopharmacology*, 24(1), 24-29.

- Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A., & Sklar, P. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, *57*, 1313-1323.
- Faraone, S. V., Biederman, J., Spencer, T. J., & Aleardi, M. (2006). Comparing the efficacy of medications for ADHD using meta-analysis. *Medscape General Medicine*, *8*(4), 4.
- Faraone, S. V., & Larsson, H. (2019). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry*, *24*(4), 562-575.
- Fasmer, O. B., Halmøy, A., Oedegaard, K. J., & Haavik, J. (2011). Adult attention deficit hyperactivity disorder is associated with migraine headaches. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *261*(8), 595-602.
- Fasmer, O. B., Riise, T., Eagan, T. M., Lund, A., Dilsaver, S. C., Hundal, Ø., & Oedegaard, K. J. (2011). Comorbidity of asthma with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, *15*(7), 564-571.
- Fasmer, O. B., Riise, T., Lund, A., Dilsaver, S. C., Hundal, Ø., & Oedegaard, K. J. (2012). Comorbidity of migraine with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, *16*(4), 339-345.
- Findling, R. L. (2008). Evolution of the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children: a review. *Clinical therapeutics*, *30*(5), 942-957.
- Franke, B., Faraone, S. V., Asherson, P., Buitelaar, J., Bau, C. H. D., Ramos-Quiroga, J. A., ... & Reif, A. (2012). The genetics of attention deficit/hyperactivity disorder in adults, a review. *Molecular Psychiatry*, *17*(10), 960-987.
- Fredriksen, M., Halmøy, A., Faraone, S. V., & Haavik, J. (2013). Long-term efficacy and safety of treatment with stimulants and atomoxetine in adult ADHD: a review of controlled and naturalistic studies. *European Neuropsychopharmacology*, *23*(6), 508-527.
- Garofalo, C., Holden, C. J., Zeigler-Hill, V., & Velotti, P. (2016). Understanding the connection between self-esteem and aggression: The mediating role of emotion dysregulation. *Aggressive Behavior*, *42*(1), 3-15.
- Gayleard, J. L., Mychailyszyn, M. P. (2017). Atomoxetine treatment for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a comprehensive meta-analysis of outcomes on parent-rated core symptomatology. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders* *9*, 149–160.
- <https://doi.org/10.1007/s12402-017-0216-y>**
- Gentile, B., Grabe, S., Dolan-Pascoe, B., Twenge, J. M., Wells, B. E., & Maitino, A. (2009).

- Gender differences in domain-specific self-esteem: A meta-analysis. *Review of General Psychology*, 13(1), 34-45.
- Gershon, J., & Gershon, J. (2002). A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 5(3), 143-154.
- Ginsberg, Y., Quintero, J., Anand, E., Casillas, M., & Upadhyaya, H. P. (2014). Underdiagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in adult patients: A review of the literature. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 16(3), 23591.
- Gizer, I. R., Ficks, C., & Waldman, I. D. (2009). Candidate gene studies of ADHD: a meta-analytic review. *Human Genetics*, 126, 51-90.
- Gratz, K. L. & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41–47.
- Grevet, E. H., Bandeira, C. E., Vitola, E. S., de Araujo Tavares, M. E., Breda, V., Zeni, G., ... & Bau, C. H. D. (2022). The course of attention-deficit/hyperactivity disorder through midlife. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 1-12.
- Grizenko, N., Fortier, M. E., Zadorozny, C., Thakur, G., Schmitz, N., Duval, R., & Joobor, R. (2012). Maternal Stress during pregnancy, ADHD symptomatology in children and genotype: gene-environment interaction. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 21(1), 9–15.
- Gross, J. J. (1998a). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.
- Gross, J.J. (1998b). The antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 224–237.
- Gross, J. J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science*, 10(6), 214-219.
- Gross, J.J., & John, O.P. (2003). Individual differences in two emotional regulation processes: Implication for affect, relationship, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348–362.
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*, (pp. 3-26). The Guilford Press.
- Gross, J. J. (2013). Emotion regulation: Taking stock and moving forward. *Emotion*, 13(3), 359–365.

- Gujar, N. M., & Ali, A. (2019). Effects of psychological capital and self-esteem on emotional and behavioral problems among adolescents. *Journal of Mental Health and Human Behaviour, 24*(2), 85-90.
- Haavik, J., Halmøy, A., Lundervold, A. J., & Fasmer, O. B. (2010). Clinical assessment and diagnosis of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics, 10*(10), 1569-1580.
- Halmøy, A., Fasmer, O. B., Gillberg, C., & Haavik, J. (2009). Occupational outcome in adult ADHD: impact of symptom profile, comorbid psychiatric problems, and treatment: a cross-sectional study of 414 clinically diagnosed adult ADHD patients. *Journal of attention disorders, 13*(2), 175-187.
- Halmøy, A., Klungsøyr, K., Skjærven, R., & Haavik, J. (2012). Pre-and perinatal risk factors in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry, 71*(5), 474-481
- Hansen, T. F., Hoeffding, L. K., Kogelman, L., Haspang, T. M., Ullum, H., Sørensen, E., ... & Burgdorf, K. (2018). Comorbidity of migraine with ADHD in adults. *BMC Neurology, 18*(1), 1-9.
- Harpin, V., Mazzone, L., Raynaud, J. P., Kahle, J., & Hodgkins, P. (2016). Long-term outcomes of ADHD: A systematic review of self-esteem and social function. *Journal of Attention Disorders, 20*(4), 295–305.  
<https://doi.org/10.1177/1087054713486516>
- Harris, M. A., & Orth, U. (2020). The link between self-esteem and social relationships: A meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Personality and Social Psychology, 119*(6), 1459–1477. <https://doi.org/10.1037/pspp0000265>
- Havighurst, R. J. (1972). *Developmental tasks and education*. David McKay.
- Hodgkins, P., Shaw, M., McCarthy, S., & Sallee, F. R. (2012). The pharmacology and clinical outcomes of amphetamines to treat ADHD: does composition matter? *CNS Drugs, 26*, 245-268.
- Hoogman, M., Muetzel, R., Guimaraes, J. P., Shumskaya, E., Mennes, M., Zwiers, M. P., Jahanshad, N., Sudre, G., Wolfers, T., Earl, E. A., Vila, J. C. S., Vives-Gilabert, Y., Khadka, S., Novotny, S. E., Hartman, C. A., Heslenfeld, D. J., Schweren, L. J. S., Ambrosino, S., Oranje, B.,...Franke, B. (2019). Brain imaging of the cortex in ADHD: a coordinated analysis of large-scale clinical and population-based samples. *American Journal of Psychiatry, 176*(7), 531-542.

- Hosogi, M., Okada, A., Yamanaka, E., Ootyou, K., Tsukamoto, C., & Morishima, T. (2007). Self-esteem in children with psychosomatic symptoms: examination of low self-esteem and prognosis. *Acta Medica Okayama*, 61(5), 271-281.
- Huang, C. (2010). Mean-level change in self-esteem from childhood through adulthood: Meta-analysis of longitudinal studies. *Review of General Psychology*, 14(3), 251–260. <https://doi:10.1037/a0020543>
- Jackson, D. A., & King, A. R. (2004). Gender differences in the effects of oppositional behavior on teacher ratings of ADHD symptoms. *Journal of abnormal child psychology*, 32(2), 215–224. <https://doi.org/10.1023/b:jacp.0000019772.71251.ff>
- Jensen, C. M., & Steinhausen, H.-C. (2014). Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 7(1), 27–38. [doi:10.1007/s12402-014-0142-1](https://doi:10.1007/s12402-014-0142-1)
- Jensen, C. M., Amdisen, B. L., Jørgensen, K. J., & Arnfred, S. M. (2016). Cognitive behavioural therapy for ADHD in adults: systematic review and meta-analyses. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 8, 3-11.
- Kaçamak-Öğüt, D., Özbaran, N. B., Köse, S., & Kesikçi, H. (2020). Okul öncesi dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda yürütücü işlevler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 21(4), 423-428.
- Kaplan, G., & Newcorn, J. H. (2011). Pharmacotherapy for Child and adolescent attention-deficit Hyperactivity Disorder. *Pediatric Clinics of North America*, 58(1), 99–120. doi:10.1016/j.pcl.2010.10.009.
- Kassin, S. (1998). *Psychology* (2nd ed.). Prentice Hall.
- Kaymak-Özmen, S. K. (2020). Yetişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu eğitiminin etkisi tek denekli bir çalışma. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 17(1), 200-230.
- Keleş-Altun, İ., & Atagün, M. İ. (2019). Sınır kişilik bozukluğunda benlik saygısı, duygu düzenleme güçlüğü ve duygulanım ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 20(5), 506-514.
- Kelley, N. J., Glazer, J. E., Pornpattananangkul, N., & Nusslock, R. (2019). Reappraisal and suppression emotion-regulation tendencies differentially predict reward-responsivity and psychological well-being. *Biological Psychology*, 140, 35–47.
- Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., Howes, M. J., Jin, R., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T. B., & Walters, E. E. (2005). The World Health

- Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, 35(2), 245–256.
- Khodabandeh, F., Khalilzadeh, M., & Hemati, Z. (2018). The Impact of Adverse Childhood Experiences on Adulthood Aggression and Self-Esteem-A Study on Male Forensic Clients. *Novelty in Biomedicine*, 6(2) 85-91.
- Kim, J. H., Kim, J. Y., Lee, J., Jeong, G. H., Lee, E., Lee, S., ... & Fusar-Poli, P. (2020). Environmental risk factors, protective factors, and peripheral biomarkers for ADHD: an umbrella review. *The Lancet Psychiatry*, 7(11), 955-970.
- Kittel-Schneider, S., Arteaga-Henriquez, G., Vasquez, A. A., Asherson, P., Banaschewski, T., Brikell, I., ... & Reif, A. (2022). Non-mental diseases associated with ADHD across the lifespan: Fidgety Philipp and Pippi Longstocking at risk of multimorbidity? *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 132, 1157-1180.
- Knouse, L. E., Teller, J., & Brooks, M. A. (2017). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for adult ADHD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(7), 737–750. <https://doi.org/10.1037/ccp0000216>
- Korkmaz, F. ve Yener, S. (2019). Temel benlik değerlendirmesi ile güç izlenim algısı arasındaki ilişkide duygu düzenlemenin aracılık etkisi. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 12(2), 651-671. **doi: 10.17218/hititsosbil.627272**
- Kosheleff, A. R., Mason, O., Jain, R., Koch, J., & Rubin, J. (2023). Functional impairments associated with ADHD in adulthood and the impact of pharmacological treatment. *Journal of Attention Disorders*, 27(7), 669-697.
- Kratochvil, C. J., Milton, D. R., Vaughan, B. S., & Greenhill, L. L. (2008). Acute atomoxetine treatment of younger and older children with ADHD: a meta-analysis of tolerability and efficacy. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2(1), 1-9.
- Krauss, S., Orth, U., & Robins, R. W. (2020). Family environment and self-esteem development: A longitudinal study from age 10 to 16. *Journal of Personality and Social Psychology*, 119(2), 457–478. <https://doi.org/10.1037/pspp0000263>
- Larsen, R. J., & Prizmic, Z. (2004). Affect regulation. In R. F. Baumeister & K. D. Vohs (Eds.), *Handbook of self-regulation: research, theory, and applications*. (pp. 40-61). The Guilford Press.
- Larsson, J. O., Larsson, H., & Lichtenstein, P. (2004). Genetic and environmental contributions to stability and change of ADHD symptoms between 8 and 13 years of

- age: a longitudinal twin study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(10), 1267-1275.
- Lee, C. G., Seo, D. C., Torabi, M. R., Lohrmann, D. K., & Song, T. M. (2018). Longitudinal trajectory of the relationship between self-esteem and substance use from adolescence to young adulthood. *Journal of School Health*, 88(1), 9-14.
- Lee, J., & Allen, J. (2020). Young adults' economic well-being and mental health: The mediation model of self-esteem. *The American journal of psychology*, 133(3), 329-339.
- Li, Z., Chang, S. H., Zhang, L. Y., Gao, L., & Wang, J. (2014). Molecular genetic studies of ADHD and its candidate genes: A review. *Psychiatry Research*, 219(1), 10-24.
- Markus, H. (1977) Self-Schemata and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 63-78.
- Mazzone, L., Postorino, V., Reale, L., Guarnera, M., Mannino, V., Armando, M., ... & Vicari, S. (2013). Self-esteem evaluation in children and adolescents suffering from ADHD. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health : CP & EMH*, 9, 96–102.  
**<https://doi.org/10.2174/1745017901309010096>**
- Mercan, N., Çetinkaya Bozkurt, Ö., Giderler, C., & Oyur, E. (2017). İş yerinde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna (dehb) yönelik bir araştırma. *İş ve İnsan Dergisi*, 3(2), 109-118.
- Merrill, R. M., Merrill, A. W., & Madsen, M. (2022). Attention-deficit hyperactivity disorder and comorbid mental health conditions associated with increased risk of injury. *Psychiatry Journal*, 2022. **<https://doi.org/10.1155/2022/2470973>**
- Mészáros, A., Czobor, P., Bálint, S., Komlósi, S., Simon, V., & Bitter, I. (2009). Pharmacotherapy of adult attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a meta-analysis. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 12(8), 1137-1147.
- Michelson, D., Faries, D., Wernicke, J., Kelsey, D., Kendrick, K., Sallee, F. R., ... & Atomoxetine ADHD Study Group. (2001). Atomoxetine in the treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized, placebo-controlled, dose-response study. *Pediatrics*, 108(5), e83-e83.
- Mikami, A. Y., Griggs, M. S., Lerner, M. D., Emeh, C. C., Reuland, M. M., Jack, A., & Anthony, M. R. (2013). A randomized trial of a classroom intervention to increase peers' social inclusion of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(1), 100–112.  
**<https://doi.org/10.1037/a0029654>**

- Moksnes, U. K., & Reidunsdatter, R. J. (2019). Self-esteem and mental health in adolescents—level and stability during a school year. *Norsk Epidemiologi*, 28(1-2), 59-67.
- Mukaddes, N. M. (2015). *Yaşam boyu dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve eşlik eden durumlar (Güncellenmiş 2. baskı)*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Mushtaq, S., & Akhouri, D. (2016). Self esteem, anxiety, depression and stress among physically disabled people. *The International Journal of Indian Psychology*, 3(4), 64.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management* [NICE Guideline No. 87]. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87>
- Neuman, R. J., Lobos, E., Reich, W., Henderson, C. A., Sun, L., & Todd, R. D. (2007). Prenatal smoking exposure and dopaminergic genotypes interact to cause a severe ADHD subtype. *Biological Psychiatry*, 61, 1320–1328.
- Newark, P., Stieglitz, R. D. (2010). Therapy-relevant factors in adult adhd from a cognitive behavioural perspective. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 2, 59-72.
- Newark, P. E., Elsässer, M., & Stieglitz, R. D. (2016). Self-esteem, self-efficacy, and resources in adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 20(3), 279-290.
- Nezlek, J. B., & Kuppens, P. (2008). Regulating positive and negative emotions in daily life. *Journal of personality*, 76(3), 561-580.
- Nikolas, M. A., & Burt, S. A. (2010). Genetic and environmental influences on ADHD symptom dimensions of inattention and hyperactivity: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(1), 1.
- Nøvik, T. S., Hervas, A., Ralston, S. J., Dalsgaard, S., Rodrigues Pereira, R., Lorenzo, M. J., & ADORE Study Group. (2006). Influence of gender on attention-deficit/hyperactivity disorder in Europe—ADORE. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15, i15-i24.
- Oktan, V. (2017). Self-harm behaviour in adolescents: body image and self-esteem. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools*, 27(2), 177-189.
- Orth, U., Erol, R. Y., & Luciano, E. C. (2018). Development of self-esteem from age 4 to 94 years: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 144(10), 1045–1080. <https://doi.org/10.1037/bul0000161>
- Oscarsson, M., Nelson, M., Rozental, A., Ginsberg, Y., Carlbring, P., & Jönsson, F. (2022). Stress and work-related mental illness among working adults with ADHD: A qualitative study. *BMC Psychiatry*, 22(1), 751.

- Ottosen, C., Petersen, L., Larsen, J. T., & Dalsgaard, S. (2016). Gender differences in associations between attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(3), 227-234.
- Ottosen, C., Larsen, J. T., Faraone, S. V., Chen, Q., Hartman, C., Larsson, H., ... & Dalsgaard, S. (2019). Sex differences in comorbidity patterns of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(4), 412-422.
- Ougrin, D., Chatterton, S., & Banarsee, R. (2010). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): Review for primary care clinicians. *London Journal of Primary Care*, 3(1), 45-51.
- Öncü, B., & Ölmez, Ş. (2004). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan erişkinlerde nöropsikolojik bulgular. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(1), 41-46.
- Öner, P., Öner, Ö., & Aysev, A. (2003). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 12, 97-99.
- Özcan, H., Subaşı, B., Budak, B., Çelik, M., Gürel, Ş. C., & Yıldız, M. (2013). Ergenlik ve genç yetişkinlik dönemindeki kadınlarda benlik saygısı, sosyal görünüş kaygısı, depresyon ve anksiyete ilişkisi. *Journal of Mood Disorders*, 3(3), 107-13.
- Öztürk, M., Sayar, K., Tüzün, Ü., & Tanrıöver-Kandil, S. (2000). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda metilfenidat ve benlik saygısı, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 10(3), 139-143.
- Öztürk, Ö. (2022). *Acil servise ekstremite travması nedeniyle başvuran ilkökul çağı çocuklarında dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik bozukluğu (DEHB) ilişkisi*. [Uzmanlık Tezi, Pamukkale Üniversitesi]. GCRIS.
- Patte, K. A., Davis, C. A., Levitan, R. D., Kaplan, A. S., Carter-Major, J., & Kennedy, J. L. (2020). A behavioral genetic model of the mechanisms underlying the link between obesity and symptoms of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 24(10), 1425-1436.
- Pawaskar, M., Fridman, M., Grebla, R., & Madhoo, M. (2020). Comparison of quality of life, productivity, functioning and self-esteem in adults diagnosed with ADHD and with symptomatic ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 24(1), 136-144.
- <https://doi.org/10.1177/1087054719841129>

- Pliszka, S. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(7), 894–921.  
**doi:10.1097/chi.0b013e318054e724**
- Polanczyk, G., De Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942-948.
- Polanczyk, G. V., Willcutt, E. G., Salum, G. A., Kieling, C., & Rohde, L. A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 434-442.
- Powers, R. L., Marks, D. J., Miller, C. J., Newcorn, J. H., & Halperin, J. M. (2008). Stimulant treatment in children with attention-deficit/hyperactivity disorder moderates adolescent academic outcome. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 18(5), 449-459.
- Rahimi, C., & Shojaei, M. A. (2019). Studying the emotional intelligence and emotion regulation skills in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *International Journal of Applied Behavioral Sciences*, 4(4), 40-49.
- Ramsay, J. R. (2017). The relevance of cognitive distortions in the psychosocial treatment of adult ADHD. *Professional Psychology: Research and Practice*, 48(1), 62–69.  
**https://doi.org/10.1037/pro0000101**
- Ramtekkar, U. P., Reiersen, A. M., Todorov, A. A., & Todd, R. D. (2010). Sex and age differences in attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and diagnoses: implications for DSM-V and ICD-11. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(3), 217-228.
- Ravishankar, V., Chowdappa, S. V., Benegal, V., & Muralidharan, K. (2016). The efficacy of atomoxetine in treating adult attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): A meta-analysis of controlled trials. *Asian Journal of Psychiatry*, 24, 53-58.
- Reitzes, D. C., & Mutran, E. J. (2006). Self and health: Factors that encourage self-esteem and functional health. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(1), S44-S51.
- Richardson, C. G., Kwon, J. Y., & Ratner, P. A. (2013). Self-esteem and the initiation of substance use among adolescents. *Canadian Journal of Public Health*, 104, e60-e63.  
**https://doi.org/10.1007/BF03405656**

- Riediger, M., & Bellingier, J. A. (2022). Emotion regulation across the lifespan. In D. Dukes, A. C. Samson & E. Welle (Eds.), *The Oxford handbook of emotional development* (pp. 92-109). Oxford University Press.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
- Roustit, C., Campoy, E., Chaix, B., & Chauvin, P. (2010). Exploring mediating factors in the association between parental psychological distress and psychosocial maladjustment in adolescence. *European Child & Adolescent Psychiatry, 19*, 597-604.
- Rucklidge, J. J. (2008). Gender differences in ADHD: implications for psychosocial treatments. *Expert Review of Neurotherapeutics, 8*(4), 643-655.
- Rugancı, R. N., & Gençöz, T. (2010). Psychometric properties of a Turkish version of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Clinical Psychology, 66*(4), 442-455.
- Salem, H., Vivas, D., Cao, F., Kazimi, I. F., Teixeira, A. L., & Zeni, C. P. (2018). ADHD is associated with migraine: a systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry, 27*, 267-277.
- Salter-Pedneault, K.S., Roemer L., Tull, M.T., Rucker, L., & Menin, D. S. (2006). Evidence in broad deficits in emotion regulation associated with chronic worry and generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research, 30*, 460-480.
- Savi-Çakar, F. & Karataş, Z. (2012). The self-esteem, perceived social support and hopelessness in adolescents: The structural equation modeling. *Educational Sciences: Theory and Practice, 12*(4), 2406-2412.
- Seki, T. & Dilmaç, B. (2020). Benlik saygısı ve ilişkişel faktörler: Bir meta-analiz çalışması. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi, 18*(2), 853-873.
- Semerci, B. (2018). Erişkin DEHB tedavisinde uyarıcı olmayan (*Non-Stimulan*) ilaç tedavileri (B. Semerci & U. M. Aksoy, Eds.) *Erişkinlerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanı ve tedavi kılavuzu içinde* (s. 263-277). Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Shaw-Zirt, B., Popali-Lehane, L., Chaplin, W., & Bergman, A. (2005). Adjustment, social skills, and self-esteem in college students with symptoms of ADHD. *Journal of Attention Disorders, 8*(3), 109-120. <https://doi.org/10.1177/1087054705277775>
- Skirrow, C., & Asherson, P. (2013). Emotional lability, comorbidity and impairment in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of affective disorders, 147*(1-3), 80-86.

- Skogan, A. H., Zeiner, P., Egeland, J., Urnes, A. G., Reichborn-Kjennerud, T., & Aase, H. (2015). Parent ratings of executive function in young preschool children with symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behavioral and Brain Functions, 11*(1), 1-11.
- Slomkowski, C., Klein, R.G. & Mannuzza, S. Is self-esteem an important outcome in hyperactive children? *Journal of Abnormal Child Psychology, 23*, 303-315.  
**<https://doi.org/10.1007/BF01447559>**
- Spencer, T. J. (2004). ADHD treatment across the life cycle. *Journal of Clinical Psychiatry, 65*, 22-26.
- Sprecher, S., Brooks, J. E., & Avogo, W. (2013). Self-esteem among young adults: Differences and similarities based on gender, race, and cohort (1990–2012). *Sex roles, 69*, 264-275.
- Staller, J., & Faraone, S. V. (2006). Attention-deficit hyperactivity disorder in girls: epidemiology and management. *CNS Drugs, 20*, 107-123.
- Stein, K. F. (1995). Schema model of the self-concept. *Image: The Journal of Nursing Scholarship, 27*(3), 187-193.
- Stevens S., Kumsta R., Kreppner J., Brookes K., Rutter M., & Sonuga-Barke, E. J. S. (2009). Dopamine transporter gene polymorphism moderates the effects of severe deprivation on ADHD symptoms: Developmental continuities in gene-environment interplay. *American Journal of Medical Genetics, 150*, 753–761.
- Storebø, O. J., Storm, M. R. O., Ribeiro, J. P., Skoog, M., Groth, C., Callesen, H. E., ... & Gluud, C. (2023). Methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Cochrane Database of Systematic Reviews, (3)*.
- Sonuga-Barke, E. J., Brandeis, D., Cortese, S., Daley, D., Ferrin, M., Holtmann, M., Stevenson, J., Danckaerts, M., van der Oord, S., Döpfner, M., Dittmann, R. W., Simonoff, E., Zuddas, A., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Coghill, D., Hollis, C., Konofal, E., Lecendreux, M,... European ADHD Guidelines Group. (2013). European ADHD Guidelines Group. Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *American Journal of Psychiatry, 170*(3):275-89.
- Sorjonen, K., Ingre, M., Melin, B., & Nilsson, G. (2023). Unmasking artifactual links: A reanalysis reveals No direct causal relationship between self-esteem and quality of social relations. *Heliyon, 9*(10), e20397.

- Surman, C. B., Biederman, J., Spencer, T., Miller, C. A., McDermott, K. M., & Faraone, S. V. (2013). Understanding deficient emotional self-regulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: A controlled study. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 5, 273-281.
- Swanson, J. M. (2003). Role of executive function in ADHD. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 35-39.
- Şahin, G., & Arı, R. (2016). Okul öncesi çocukların yürütücü işlevleri ve duygu düzenleme becerileri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Uluslararası Eğitim Bilimleri Dergisi*, (6), 1-9.
- Şahin, N. ve Durak, A. (1994), “Kısa Semptom Envanteri (Brief Symptom Inventory- BSI): Türk gençleri için uyarlaması”, *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(31), 44-56.
- Şahin, N. H., Durak-Batıgün, A., & Uğurtaş, S. (2002). Kısa semptom envanteri (KSE): ergenler için kullanımının geçerlik, güvenilirlik ve faktör yapısı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2(13), 125-132.
- Şenol, S. (2008). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. F. Çetin-Çuhadaroğlu (Ed.), *Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı* içinde (s. 293-311). Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları.
- Thapar, A., Langley, K., Fowler, T., Rice, F., Turic, D., Whittinger, N., Aggleton, J., Van der Bree, M., Owen, M., & O’Donovan, M. (2005). Catechol O-methyltransferase gene variant and birth weight predict early-onset antisocial behavior in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 62(11), 1275-1278.
- Thapar, A., & Stergiakouli, E. (2008). An overview on the genetics of ADHD. *Xin Li Xue Bao. Acta Psychologica Sinica*, 40(10), 1088.
- Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E., & Glasziou, P. (2015). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, 135(4), e994–e1001. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-3482>
- Thompson, R. A., & Goodman, M. (2009). Development of emotion regulation: More than meets the eye. In A. M. Kring, & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 38-58). The Guilford Press.

- Thorell, L. B., Tilling, H., & Sjöwall, D. (2020). Emotion dysregulation in adult ADHD: Introducing the Comprehensive Emotion Regulation Inventory (CERI). *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 42(7), 747–758.  
**<https://doi.org/10.1080/13803395.2020.1800595>**
- Totan, T. (2015). Duygu düzenlenme anketi Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 3, 153-161.
- Tuğlu, C., & Öztürk-Şahin, Ö. (2010). Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Nörobiyoloji, Tanı Sorunları ve Klinik Özellikler, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*; 2(1),75-116.
- Tull, M.T., Rodman, S.A. & Roemer, L. (2008). An examination of fear of bodily sensations and bodily hypervigilence as predictors of emotion regulation difficulties among individuals with a recent history of uncued panic attacks. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 750–760.
- Tüğen, L. E. (2018). *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda bağlanma, duygu regülasyonu ve benlik saygısı ilişkisinin araştırılması* [Yayınlanmamış doktora tezi]. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı.
- Twenge, J. M., & Campbell, W. K. (2002). Self-esteem and socioeconomic status: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*, 6(1), 59–71.  
**[https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0601\\_3](https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0601_3)**
- Veselska, Z., Madarasova Geckova, A., Gajdosova, B., Orosova, O., van Dijk, J. P., & Reijneveld, S. A. (2010). Socio-economic differences in self-esteem of adolescents influenced by personality, mental health and social support. *European Journal of Public Health*, 20(6), 647-652. **<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckp210>**
- Vohs, K. D., & Baumeister, R. F. (2004). Understanding self-regulation: An introduction. In R. F. Baumeister & K. D. Vohs (Eds.), *Handbook of self-regulation: research, theory, and applications*. (pp. 1-9). The Guilford Press.
- von Soest, T., Wagner, J., Hansen, T., & Gerstorf, D. (2018). Self-esteem across the second half of life: The role of socioeconomic status, physical health, social relationships, and personality factors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 114(6), 945–958. **<https://doi.org/10.1037/pspp0000123>**
- Wagner, J., Lüdtke, O., Jonkmann, K., & Trautwein, U. (2013). Cherish yourself: Longitudinal patterns and conditions of self-esteem change in the transition to young adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 104(1), 148.

- Waldman, I. D. (2007). Gene-environment interactions reexamined: does mother's marital stability interact with the dopamine receptor D2 gene in the etiology of childhood attention deficit/hyperactivity disorder? *Development and Psychopathology*, *19*, 1117–1128. <https://doi.org/10.1017/S0954579407000570>
- Werner, K., & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. In A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 13–37). The Guilford Press.
- Wender, P. H. (1995). *Attention-deficit hyperactivity disorder in adults*. Oxford University Press.
- Wilens, T. E., Martelon, M., Joshi, G., Bateman, C., Fried, R., Petty, C., & Biederman, J. (2011). Does ADHD predict substance-use disorders? A 10-year follow-up study of young adults with ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *50*(6), 543-553.
- Willcutt, E. G., Doyle, A. E., Nigg, J. T., Faraone, S. V., & Pennington, B. F. (2005). Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Biological Psychiatry*, *57*(11), 1336-1346.
- Willcutt, E. G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Neurotherapeutics*, *9*(3), 490-499.
- Woods, S. P., Lovejoy, D. W., & Ball, J. D. (2002). Neuropsychological characteristics of adults with ADHD: A comprehensive review of initial studies. *The Clinical Neuropsychologist*, *16*(1), 12-34.
- Yiğit, İ., & Güzey-Yiğit, M. (2017). Psychometric properties of turkish version of difficulties in emotion regulation scale-brief form (DERS-16). *Current Psychology*, *38*, 1503-1511.
- Young, Z., Moghaddam, N., & Tickle, A. (2020). The efficacy of cognitive behavioral therapy for adults with ADHD: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Attention Disorders*, *24*(6), 875–888. <https://doi.org/10.1177/1087054716664413>
- Zhang, Y., Mei, S., Li, L., Chai, J., Li, J., & Du, H. (2015). The relationship between impulsivity and internet addiction in Chinese college students: A moderated mediation analysis of meaning in life and self-esteem. *PloS One*, *10*(7), e0131597.

## EKLER

### Ek 1. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)

	Asla	Nadiren	Bazen	Sık	Çok Sık
1. Üzerinde çalıştığınız bir işin/projenin son ayrıntılarını toparlayıp projeyi tamamlamakta sorun yaşar mısınız?					
2. Organizasyon gerektiren bir iş yapmanız zorunlu olduğunda işlerinizi sıraya koymakta ne sıklıkla zorluk yaşarsınız?					
3. Yükümlülüklerinizi ve randevularınızı hatırlamakta ne sıklıkla sorun yaşarsınız?					
4. Çok fazla düşünmeyi ve konsantrasyonu gerektiren bir iş yapmanız gerekiyorsa ne sıklıkla başlamaktan kaçınır ya da geciktirirsiniz?					
5. Uzun bir süre oturmanız gerektiğinde, ne sıklıkla huzursuzlaşıp, kıpırdanır ya da el ve ayaklarınızı kıpırdatırsınız?					
6. Ne sıklıkla kendinizi aşırı aktif ve sanki motor takılmış gibi bir şeyler yapmak zorunda hissedersiniz?					
<b>A BÖLÜMÜ</b>					
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>B BÖLÜMÜ</b>					

## Ek 2.Duygu Dzenleme Anketi

Aşağıdaki maddeleri dikkatle inceleyip sizin için uygun olanı seçiniz.

1: Kesinlikle katılmıyorum 2: Katılmıyorum 3: Pek katılmıyorum 4: Kararsızım 5: Biraz katılıyorum 6: Katılıyorum 7: Kesinlikle katılıyorum

	1	2	3	4	5	6	7
1. Daha olumlu duygular hissetmek istediğimde (keyif veya eğlence gibi) düşünüyorum olduğum şeyi değiştiririm.							
2. Duygularımı kendime saklarım.							
3. Daha olumsuz duygu hissetmek istediğimde (üzüntü ve öfke gibi) düşünüyorum olduğum şeyi değiştiririm.							
4. Olumlu duygular hissettiğimde onları ifade etmemeye özen gösteririm.							
5. Stresli bir durumla karşılaştığımda sakin kalmama yardım edecek biçimde düşünmeye çalışırım.							
6. Duygularımı onları açıklamayarak kontrol ederim.							
7. Daha fazla olumlu duygu hissetmek istediğimde, durum hakkındaki düşünme biçimimi değiştiririm.							
8. Duygularımı içinde bulunduğum durumla ilgili düşünme biçimimi değiştirerek kontrol ederim.							
9. Olumsuz duygular hissediyorsam kesinlikle onları ifade etmem.							
10. Daha az olumsuz duygu hissetmek istediğimde durumla ilgili düşünme biçimimi değiştiririm.							

### Ek 3. Duygu Dzenleme Gclüğü Ölçeği-Kısa Form (DDGÖ-16)

Aşağıdaki ifadelerin size ne sıklıkla uyduğunu, her ifadenin yanında yer alan 5 dereceli ölçek üzerinden değerlendiriniz. Her bir ifadenin yanındaki 5 noktalı ölçekten, size uygunluk yüzdesini de dikkate alarak, yalnızca bir tek rakamı işaretleyiniz.

Hemen hemen hiç (%0-%10)

Bazen (%11-%35)

Yaklaşık yarı yarıya (%36-%65)

Çoğu zaman (%66-%90)

Hemen hemen her zaman (%91-%100)

	Hemen hemen hiç	Bazen	Yaklaşık yarı yarıya	Çoğu zaman	Hemen hemen her zaman
1. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.					
2. Ne hissettiğim konusunda karmaşıa yaşarım.					
3. Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım.					
4. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıkarım.					
5. Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağına inanırım.					
6. Kendimi kötü hissetmenin yoğun depresif duyguyla sonuçlanacağına inanırım.					
7. Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım.					
8. Kendimi kötü hissederken kontrolden çıktığım korkusu yaşarım.					
9. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.					
10. Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusuna kapılırım.					
11. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.					
12. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapabileceğim hiçbir şey olmadığına inanırım.					
13. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum.					
14. Kendimi kötü hissettiğimde kendimle ilgili olarak çok fazla endişelenmeye başlarım.					
15. Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmekte zorlanırım.					
16. Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur.					

#### **Ek 4.Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği**

Sizin İçin Uygun Olanı Seçiniz

**1) Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.**

a) ok doğru b) Doğru c) Yanlış d) ok yanlış

**2) Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.**

a) ok doğru b) Doğru c) Yanlış d) ok yanlış

**3) Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.**

a) ok doğru b) Doğru c) Yanlış d) ok yanlış

**4) Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.**

a) ok doğru b) Doğru c) Yanlış d) ok yanlış

**5) Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.**

a) ok doğru b) Doğru c) Yanlış d) ok yanlış

**6) Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.**

a) ok doğru b) Doğru c) Yanlış d) ok yanlış

**7) Genel olarak kendimden memnunum.**

a) ok doğru b) Doğru c) Yanlış d) ok yanlış

**8) Kendime karşı daha fazla sayđı duyabilmeyi isterdim.**

a) ok doğru b) Doğru c) Yanlış d) ok yanlış

**9) Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığını düşünüyorum.**

a) ok doğru b) Doğru c) Yanlış d) ok yanlış

**10) Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığını düşünüyorum.**

a) ok doğru b) Doğru c) Yanlış d) ok yanlış

## Ek 5.Kısa Semptom Envanteri (KSE)

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyunuz. Daha sonra sizde o belirtinin **BUGÜN DÂHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAROLDUĞUNU** yandaki bölmede uygun olan yerde işaretleyiniz. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösteriniz. Cevaplarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendiriniz.

0.Hiç yok 1.Biraz var 2.Orta derecede var 3.Epey var 4.Çok fazla var

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

28. Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak					
29. Nefes darlığı, nefessiz kalmak					
30. Sıcak-soğuk basmaları					
31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak					
32. Kafanızın “bomboş” kalması					
33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar					
34. Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği					
35. Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları					
36. Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük/zorlanmak					
37. Bedeninizin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi					
38. Kendini gergin ve tedirgin hissetmek					
39. Ölme ve ölüm üzerine düşünceler					
40. Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği					
41. Bir şeyleri kırma, dökme isteği					
42. Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak					
43. Kalabalıklarda rahatsızlık duymak					
44. Bir başka insana hiç yakınlık duymamak					
45. Dehşet ve panik nöbetleri					
46. Sık sık tartışmaya girmek					
47. Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirli hissetmek					
48. Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek					
49. Yerinde duramayacak kadar kendini tedirgin hissetmek					
50. Kendini değersiz görmek					
51. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu					
52. Suçluluk duyguları					
53. Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri					

## Ek 6.Sosyo-Demografik Bilgi Formu

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz:  
 Kadın       Erkek
3. Eğitim almakta olduğunuz bölüm/program:
4. Eğitim düzeyiniz (devam etmekte olduğunuz):  
 Önlisans     Lisans       Yüksek Lisans     Doktora
5. Yaşadığınız yer:  Yurtta kalıyorum  
 Ailemle evde yaşıyorum  
 Ev arkadaş(lar)ımla evde yaşıyorum.  
 Tek başıma evde yaşıyorum.  
 Diğer .....
6. Gelir düzeyinizi nasıl tanımlarsınız?  
 Düşük  
 Orta Düşük  
 Orta  
 Orta Yüksek  
 Yüksek
7. Herhangi bir bedensel rahatsızlığınız var mı?  
 Evet (Bu seçeneği işaretlediyseniz lütfen sonraki soruyu cevaplayınız)  
 Hayır
8. Lütfen bedensel rahatsızlığınızı belirtiniz.
9. Şimdiye kadar herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı aldınız mı?  
 Evet (Bu seçeneği işaretlediyseniz lütfen sonraki iki soruyu cevaplayınız)  
 Hayır
10. Lütfen tanı aldığınız ruhsal bozukluğu belirtiniz.

11. Aldığınız ruhsal bozukluk tanısına yönelik ilaç kullanıyor musunuz?

Evet

Hayır

12. Aile üyeleriniz arasında ruhsal bozukluk tanısı alan biri veya birileri var mı?

Evet (Bu seçeneği işaretlediyseniz lütfen sonraki soruyu cevaplayınız)

Hayır

13. Lütfen yukarıdaki soruda bahsi geçen (bir veya daha fazla) ruhsal bozukluk tanısını belirtiniz.

14. Çocukluk çağınızda maruz kaldığınız olumsuz bir yaşam deneyiminiz var mı?

Evet

Hayır

15. Yaşam öykünüzde kendinize veya çevrenize zarar verme davranışınız bulunuyor mu?

Evet/kendime

Evet/çevreme

Evet/hem kendime hem çevreme

Hayır

16. Madde (alkol, sigara, uyuşturucu vb.) kullanıyor musunuz?

Evet (Bu seçeneği işaretlediyseniz lütfen sonraki soruyu cevaplayınız)

Hayır

17. Lütfen kullandığınız maddenin türünü belirtiniz

## Ek 7.Gönüllü Katılım Formu

Bu çalışma, Klinik Psikoloji yüksek lisans öğrencisi Safanur TÜRKYILMAZ tarafından Doç. Dr. Sedat BATMAZ danışmanlığında yürütülen bir tez çalışmasıdır. Araştırma, genç yetişkinlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu belirtileri ile duygu düzenleme ve benlik saygısı arasındaki ilişkiyi inceleme amacını taşımaktadır.

- Bu çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmaktadır.
- Belirtilen amaç doğrultusunda, anket çalışması yapılarak sizden veri toplanacaktır.
- İsmınızı yazmak ya da kimliğinizi açığa çıkaracak bir bilgi vermek zorunda değilsiniz/araştırmada katılımcıların isimleri gizli tutulacaktır.
- Araştırma kapsamında toplanan veriler, sadece bilimsel amaçlar doğrultusunda kullanılacak, araştırmanın amacı dışında ya da bir başka araştırmada kullanılmayacak ve gerekmesi halinde, sizin (yazılı) izniniz olmadan başkalarıyla paylaşılmayacaktır.
- İstemeniz halinde sizden toplanan verileri inceleme hakkınız bulunmaktadır.
- Sizden toplanan veriler gizlilik yöntemi ile korunacak ve araştırma bitiminde arşivlenecek veya imha edilecektir.
- Veri toplama sürecinde size rahatsızlık verebilecek herhangi bir soru/talep olmayacaktır. Yine de katılımınız sırasında herhangi bir sebepten rahatsızlık hissederseniz çalışmadan istediğiniz zamanda ayrılabilirsiniz.

Bu durumda sizden toplanan veriler çalışmadan çıkarılacak ve imha edilecektir.

Yaklaşık 15 dakika sürmesi beklenen bu çalışma hakkındaki sorularınızı ve çalışmanın sonuçları hakkında bilgi alma talebinizi Safanur TÜRKYILMAZ'a (safanur.turkyilmaz@gmail.com) yöneltebilirsiniz. Bu çalışmaya katılmak üzere ayırdığınız zaman için teşekkür ederiz.

## Ek 8.Etik Onay Belgesi

Karar: 41242

KARAR:(ISSUE NUMBER): /



T.C.  
ANKARA SOSYAL BİLİMLER ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ARAŞTIRMALARI  
VE  
BİLİMSEL YAYIN ETİK KURULU  
(SOCIAL SCIENCES UNIVERSITY OF ANKARA  
INSTITUTIONAL ETHICS COMMITTEE OF SOCIAL SCIENCES AND  
HUMANITIES RESEARCH AND PUBLICATION)

**ETİK ONAY BELGESİ**  
(CERTIFICATE OF ETHICS APPROVAL)

Araştırma Yöntemi (Research Method)	Anket Çalışması
Araştırmanın Adı (Study Title)	"Genç yetişkinlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu belirtilerinin Duygu Düzenleme ve Benlik Saygısı ile ilişkisi" başlıklı Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Tezi
Sorumlu Araştırmacının Adı Soyadı (Principal Researcher Name Surname)	Safanur TÜRKYILMAZ
Karar (Committee Decision)	UYGUNDUR-APPROVED

**e-İmzalıdır**  
Prof. Dr. M. Hakan TÜRKÇAPAR  
Başkan (Chair)

**e-İmzalıdır**  
Prof. Dr. Asli AKAY  
Üye(Member)

**e-İmzalıdır**  
Prof. Dr. İsmail ÇAKIR  
Üye(Member)

**e-İmzalıdır**  
Prof. Dr. Mustafa ÇEVİK  
Üye(Member)

**e-İmzalıdır**  
Prof. Dr. Sıray YAVUZ  
Üye(Member)

**e-İmzalıdır**  
Prof. Dr. Ejder OKUMUŞ  
Üye(Member)

**e-İmzalıdır**  
Prof. Dr. Mehmet Emin BİLGE  
Üye(Member)

Belge Tekip Adresi : <https://belge.gov.tr/6496C74415A6D760D19577AZ&id=41242>

Bu belge 6070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.