



T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN
DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU VE
DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜKLERİ AÇISINDAN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DR. AYŞE AKAN

TEZ DANIŞMANI

DOÇ. DR. ENGİN BURAK SELÇUK

MALATYA 2022



T.C.

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN
DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU VE
DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜKLERİ AÇISINDAN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Ayşe AKAN

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Engin Burak SELÇUK

MALATYA-2022



T.C.

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN
DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU VE
DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜKLERİ AÇISINDAN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Ayşe AKAN

ORCID ID: 0000-0003-1576-3281

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Engin Burak SELÇUK

MALATYA-2022

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	iv
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
KISALTMALAR	ix
TABLolar LİSTESİ	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	3
2.1.1. Tanım	3
2.1.2. Epidemiyoloji	3
2.1.3. Etyoloji	4
2.1.4. DEHB Tanı Kriterleri	7
2.1.5. Eş Tanı	8
2.1.6. DEHB Klinik Özellikleri	8
2.1.7. Erişkin DEHB' nin Alternatif Modelleri	10
2.2. Duygu Düzenleme Güçlükleri	10
2.2.1. Duygu Düzenleme	10
2.2.2. Duygu Düzenlemenin Gelişimi	12
2.2.3. Duygu Düzenleme Güçlüğü Tanımı	13
2.2.4. DEHB ve Duygu Düzenleme Güçlüğü	14
3. MATERYAL – METOD	17
3.1. Çalışma Örneklemi	17
3.2. Uygulanan Psikiyatrik Değerlendirme Ölçekleri	17
3.2.1. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (Adult ADHD Self-Report Scale, ASRS)	17
3.2.2. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (Difficulties in Emotion Regulation Scale, DERS)	18
3.2.3. Sosyodemografik Veri Formu	18
3.3. İstatistiksel Analiz	18

4. BULGULAR.....	20
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri.....	20
4.2. Grupların Ölçek Puanları	28
5. TARTIŞMA.....	32
6. SONUÇ	41
EKLER	57
Ek 1. Özgeçmiş	57
Ek 2. Etik Kurul Onayı.....	58
Ek 3. Erişkin DEHB Kendi Bildirim Ölçeği.....	59
Ek 4. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği.....	61
Ek 5. Sosyodemografik Veri Formu	65

TEŞEKKÜR

İhtisasım boyunca eğitimime büyük katkısı olan, bilgi ve tecrübelerinden istifade ettiğim, öğretmenlik dışında her türlü sorunumda yardım ve desteklerini esirgemeyen tez danışmanım Doç. Dr. Engin Burak SELÇUK hocama,

Bu süreçte üzerimde emeği olan bilgi ve birikimlerinden yararlandığım Doç. Dr. Burcu KAYHAN TETİK ve Doç. Dr. Mehmet KAYHAN hocalarıma,

Birlikte güzel anılar biriktirdiğim sevgili mesai arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca her zaman yanımda olan, maddi manevi desteğini esirgemeyen kıymetli anneme, babama ve kardeşlerime,

Yaşadığım her güzellikte yanımda olduğu gibi her zorlukta da desteğini esirgemeyen, varlığıyla bana güç katan kıymetli eşim Mustafa'ya ve gözümüzün nuru kızımız Dilruba'ya, teşekkür ederim.

Dr. Ayşe AKAN Nisan - 2022, Malatya

ÖZET

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Duygu Düzenleme Güçlükleri Açısından Değerlendirilmesi

Amaç: Bu araştırmada, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve duygu düzenleme güçlükleri açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın hipotezi duygu düzenleme güçlüklerinin, yüksek olasılıklı DEHB olan öğrencilerde, DEHB olmayan öğrencilere göre daha yüksek bulunacağı şeklindedir.

Materyal ve Metod: Araştırma, 20.10.2021-20.11.2021 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nde yapıldı. Tıp fakültesi öğrencilerine sosyodemografik veri formu, Erişkin DEHB Kendi Bildirim Ölçeği (Adult ADHD Self-Report Scale, ASRS) ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (Difficulties in Emotion Regulation Scale, DERS) online olarak dağıtıldı. Katılımcılar ASRS kesme puanına göre yüksek olasılıklı DEHB (AGYOD) grubu, olası DEHB (AGOD) grubu ve DEHB olmayan (AGDO) grup şeklinde gruplandırıldı. Ölçek puanları, klinik ve sosyodemografik özellikler gruplar arasında karşılaştırıldı.

Bulgular: AGYOD grubunda 76, AGOD grubunda 239, AGDO grubunda 237 katılımcı olduğu tespit edildi. Gruplar yaş, cinsiyet, fiziksel hastalık öyküsü açısından birbiri ile benzerdi. DERS toplam puanı AGYOD grubunda AGOD grubuna göre ($p<0.001$), AGOD grubunda AGDO grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek saptandı ($p<0.001$).

Sonuç: Duygu düzenleme güçlükleri erişkin DEHB' de çekirdek belirtiler kadar önemlidir. DEHB ve erişkindeki klinik yansımalarına yönelik geniş kapsamlı daha ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Erişkin, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, duygu düzenleme güçlükleri

ABSTRACT

Evaluation of Inonu University Medical Faculty Students in terms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Emotion Regulation Difficulties

Objective: In this study, it was aimed to evaluate the Inonu University Medical Faculty students in terms of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and emotion regulation difficulties. The hypothesis of the study is that the emotion regulation difficulties will be found higher in students with highly probable ADHD compared to students without ADHD.

Material and Method: The study was conducted at Inonu University Turgut Ozal Medical Center between 20.10.2021 and 20.11.2021. Sociodemographic data form, Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) and Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) were distributed online to the medical faculty students. Participants were grouped as highly probable ADHD (HP-ADHD), probable ADHD (P-ADHD), and without ADHD (WO-ADHD) groups according to the ASRS cut-off score. Scale scores, clinical and sociodemographic features were compared between groups.

Results: It was determined that there were 76 participants in the HP-ADHD group, 239 participants in the P-ADHD group, and 237 participants in the WO-ADHD group. The groups were similar to each other in terms of age, gender, and history of physical disease. DERS total score was found to be significantly higher in the HP-ADHD group than in the P-ADHD group ($p<0.001$), and significantly higher in the P-ADHD group than in the WO-ADHD group ($p<0.001$).

Conclusion: Emotion regulation difficulties are as important as core symptoms in adult ADHD. Further comprehensive studies are needed on ADHD and its clinical signs in adults.

Keywords: Adult, attention deficit hyperactivity disorder, emotion regulation difficulties

KISALTMALAR

AGDO	: ASRS' ye göre DEHB olmayan
AGOD	: ASRS' ye göre olası DEHB
AGYOD	: ASRS' ye göre yüksek olasılıklı DEHB
AD	: Antidepresan
ASRS	: Erişkin DEHB Kendi Bildirim Ölçeği
DAT1	: Dopamin taşıyıcısını düzenleyen gen
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DERS	: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği
DSM	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
HP-ADHD	: Highly probable ADHD
ICD	: Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması
MF	: Metilfenidat
MRI	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
OKB	: Obsesif kompulsif bozukluk
PET	: Pozitron emisyon tomografi
PFK	: Prefrontal korteks
P-ADHD	: Probable ADHD
SNAP-25	: Sinaptosomal ilişkili protein 25
SPECT	: Tek foton emisyon tomografisi
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
WRAADDs	: Wender Reimherr Adult Attention Deficit Disorder Scale
WO-ADHD	: Without ADHD

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 2.1: DSM-5' e göre DEHB Tanı Ölçütleri	7
Tablo 4.1. Grupların sosyodemografik özellikleri	22
Tablo 4.2: Grupların klinik özellikleri	27
Tablo 4.3: Grupların yaşları ve ölçek puanları	31



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) okul öncesi ve okul çağı çocukları ile ergenleri ve erişkin bireyleri etkileyebilen, sürdürülebilir dikkatte azalma, dürtüsellik veya hareketlilikte artış ile karakterize nöropsikiyatrik bir bozukluktur. Epidemiyolojik araştırmalar DEHB' nin çocuk ve ergenlerin yaklaşık % 5' inde, erişkinlerin ise yaklaşık % 2.5' unda görüldüğünü göstermektedir (1). DEHB' nun çocukluk döneminden başlayıp yetişkinlikte de süregiden belirtileri bireylerin eğitim, yaşam kalitesi, çalışma ve sosyal hayatını olumsuz etkiler. Araştırmalarda bozukluğun belirtilerinin tamamının ya da bir kısmının % 50 oranında erişkinlikte de devam edebileceği bildirilmektedir (2, 3). Erişkinlerde görülen belirtiler ve problem yaşanan alanlar çocuklara göre farklılık gösterebilmektedir. Dikkat eksikliği; dikkatin kolay çelinebilirliği, odaklanmada güçlük, unutkanlık, dağınıklık, dikkatsizce hatalar yapma ve organize olmada sorunlar şeklinde görülebilen, aşırı hareketlilik huzursuzluk, uzun süre sabit bir yerde oturamama şeklinde kliniğe yansıyabilir. Dürtüsellik ise sabırsızlık, acelecilik, plan yapma ve uygulama alanında güçlükler ile yürütücü işlevlerde sorunlar olarak gözlenebilmektedir (3). Yine dürtüsel özelliklerin DEHB' li erişkinlerde madde bağımlılığı, tehlikeli araç kullanımı gibi riskli davranışlarda bulunma olasılığını artırdığı bilinmektedir (4). DEHB' ye birçok psikiyatrik hastalık eşlik edebilir. Erişkin DEHB' li kadınların % 34' ünde, erkeklerin ise % 50' sinde en az bir psikiyatrik bozukluğun bulunduğu gözlenmektedir. Duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, antisosyal kişilik bozukluğu ve madde kullanım bozuklukları DEHB' ye sıklıkla eşlik ettiği bilinen komorbiditeler arasında yer alır. Madde kullanım bozuklukları ve antisosyal kişilik bozukluğu için DEHB' li erkeklerin kadınlara göre daha yüksek risk altında olduğu bilinmektedir (5).

Yapılan çalışmalar, DEHB' li erişkinlerin hastalığın çekirdek belirtileri kadar yüksek sıklıkta duygu düzenlemede güçlük yaşadığını belirtmekte, bu durumun sosyal yaşamda önemli problemlere yol açtığını ifade etmektedir (6). Duygu düzenleme, bireyin hedeflerine ulaşabilmesi için duygusal yanıtlarını gözlemleyip değiştirebilmesi amacıyla kullandığı dışsal ve içsel süreçleri ifade etmektedir (7). Başka bir deyişle duygu düzenleme, bireyin hangi duyguya sahip olduğu, bu duyguyu nasıl tecrübe ettiği ve nasıl dışa vurduğu üzerine etkili süreçler olarak açıklanabilir (8). Duygulara hızlı ve kontrolü zayıf değişimlerin yaşanması, sabırsızlık, sık ve kolayca rahatsızlık hissetme, küçük

sebeplerle hemen öfkelenebilme duygu düzenleme güçlüklerine örnek olarak verilebilir (6, 9). Etkin şekilde gerçekleşen duygu düzenleme, endişe uyandırabilen durumlara verilen duygusal tepkileri azaltabilirken, duygu düzenleme alanında yaşanan güçlükler, duygudurum ve kaygı bozukluklarının gelişimine sebep olabilir (10).

Gözden kaçmış DEHB olgularının aile hekimine sıklıkla dikkatsizlik ve konsantre olmada güçlük yakınmaları ile başvurduğu bilinse de(11) görüldüğü üzere DEHB; erişkinlikte çocukluk dönemine göre çok daha çeşitli klinik görünümle ortaya çıkabilir (12). Duygu düzenleme güçlükleri ve yetişkinlikte kısmen evrilmiş DEHB' nin çekirdek belirtileri nedeniyle bireyler günlük yaşam aktivitelerinde sorunlar yaşayabilir. Tedavi olmamış DEHB vakalarında madde kullanım bozukluğu, antisosyal kişilik özellikleri, impulsif riskli davranışların daha yüksek görülebileceği göz önüne alındığında(13), aile hekiminin erişkinde DEHB' nin farkında olup şüpheli olguları ruh sağlığı uzmanına yönlendirmesinin; bireysel ve toplumsal sağlık açısından ne kadar önem arz edeceği aşikardır.

Bu araştırmada, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi' nde okuyan öğrencilerin DEHB belirtileri ve duygu düzenleme güçlükleri açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın hipotezi yüksek olasılıklı DEHB olan öğrencilerin, olmayan öğrencilere göre duygu düzenleme güçlüklerinin daha yüksek olacağı şeklindedir. Araştırmanın erişkinde DEHB ve klinik yansımalarına yönelik ileride yapılacak çalışmalara ışık tutacağı, bu hususta literatüre katkı sağlayacağı kanaatindeyiz.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

2.1.1. Tanım

DEHB; sürdürülebilir dikkatte azalma, hareketlilikte artış ve impulsivite ile karakterize olan, çocukluk çağında başlayıp erişkinlikte de devam edebilen nörogelişimsel bir bozukluktur. Etiyolojisinde genetik, nöronal ve çevresel etkenlerin rol oynadığı bilinmektedir (1, 14, 15). Dikkat süresinde kısılma, engellemeye yönelik denetim eksikliğine bağlı ortaya çıkan impulsivite nedeniyle akademik, kognitif, emosyonel, sosyal ve davranışsal işlevsellik alanlarında bozulmalar görülmektedir (1).

2.1.2. Epidemiyoloji

DEHB' nin yaygınlığı, epidemiyolojik çalışmalarda kullanılan yöntemler ve popülasyon seçimindeki farklılıklar nedeniyle çeşitlilik göstermektedir. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM) - 4' e göre tanımlanmış DEHB' nin dünya çapındaki prevalansının % 5.3 olduğu, bu nedenle çocuk ve ergenlik döneminde en sık görülen ruhsal hastalıklardan biri olduğu bildirilmiştir. Yine DSM-4 kriterlerine göre erişkinlerin % 2.5' inde DEHB görüldüğü rapor edilmiştir (16). Amerika Birleşik Devletleri' nde, 18-44 yaş arası 3144 kişi ile yapılan bir araştırmada DEHB yaygınlığı % 4.4 olarak bulunmuştur (17). Fayyad ve ark.' nın yaptığı 10 ülkeyi kapsayan 18-44 yaş aralığındaki 11422 kişinin dahil edildiği araştırmada DEHB yaygınlığının % 3.4 olduğu bildirilmiş, gelişmiş ülkelerde DEHB sıklığının daha yüksek çıkabileceği (% 4.2) vurgulanmıştır (18). Bir metaanalizde erişkinde yaşam boyu DEHB yaygınlığının % 4.4 olduğu tespit edilmiştir (19).

Sivas' ta yapılan erişkin popülasyonda DEHB yaygınlığının araştırıldığı bir çalışmada, 18-44 yaş aralığındaki 901 kişi arasında DEHB prevalansı % 2.7 olarak bulunmuştur (20). İstanbul' da yapılmış, erişkinlerde psikiyatri polikliniğine ilk kez başvuran 850 hastanın yer aldığı bir çalışmada DEHB sıklığı % 1.6 şeklinde tespit edilmiştir (21). Yine ülkemizde yapılmış bipolar affektif bozukluğu olan bireylerde DEHB yaygınlığının değerlendirildiği çalışmalarda % 15.9-16.3 oranlarında erişkin DEHB rapor edilmiştir (22, 23).

DEHB sıklığı, çocuklarda yapılan tarama çalışmalarında erkek/kız oranı 3:1 iken, kliniğe başvuranlarda ise bu oran 9:1 olarak bulunmuştur. Erişkinde ise erkek/kadın oranı 3/2 şeklinde bildirilmiştir (5). DEHB tanılı çocuklarda yapılan bir araştırmada; erkeklerde aşırı hareketliliğin önde olduğu tipin, kızlarda ise dikkat eksikliğinin önde olduğu tipin daha sık görüldüğü sonucuna varılmıştır. DEHB' nin bileşik tipi genellikle erişkin yaşamda da sürer ve her iki cinsiyet için de en sık görülen alt tiptir (24). Çocukluk çağında başlayan DEHB' nin ergenlik döneminde % 60-85, erişkin dönemde ise % 40-60 oranında devam ettiği bildirilmiştir (25).

2.1.3. Etiyoloji

DEHB' de etiyojiiyi aydınlatmaya yönelik çalışmalar genetik, nörofizyolojik, nörokimyasal, nöroanatomik, psikososyal ve çevresel faktörlerin önemine işaret etmiştir (26).

Genetik Etkenler

DEHB, genetik geçişi yüksek olan ruhsal hastalıklardan biridir. Bu konuyla ilgili yapılmış aile çalışmalarında ebeveynlerinde DEHB olan çocukların, hastalığa yakalanma riskinin 8 kat fazla olduğu öne sürülmüştür (27, 28). DEHB tanısı almış çocukların ebeveynlerinde DEHB riskinin 2-8 kat artmış olduğu gösterilmiştir (29). Ülkemizde Güçlü ve Erkiran' ın yaptığı araştırmada DEHB' li çocukların ebeveynlerinde hastalık sıklığı % 6.8 olarak saptanmıştır (30). İkiz çalışmalarının verilerinin incelendiği bir araştırmada dizigot ikizlerde % 30-40, monozigot ikizlerde % 50-84 eş hastalanma olduğu rapor edilmiştir (31).

DEHB' nin genetik etiyojisine yönelik yapılan çalışmalarda dopaminerjik, nöradrenerjik, serotonerjik ve glutamaterjik sistemle ilgili genler üzerinde yoğunlaşmıştır. Dopamin reseptör genleri (DRD5, DRD4), dopamin taşıyıcısını düzenleyen gen (DAT1), sinaptosomal ilişkili protein 25 (SNAP-25) genleri etiyojide en çok çalışılmış ve olumlu bulguların elde edilmiş olduğu genlerdir (32). 5-9,15,16 ve 17. kromozomun bazı bölgelerinin DEHB' ye yatkınlık oluşturabileceği öne sürülmüştür (33). DEHB hastalarındaki genetik araştırmalarda APOL4, A2BP1, CNTNAP2, CHL1, CHN2, CTNND2, CPLX2, GRM7, GRM5, DPP6, PARK2, NKA IN2, RTN4, TACR3, SEPP1 ve SER PI NI1 genlerinde bazı ender kopya sayısı değişiklikleri tespit edilmiştir (34).

Nörokimyasal Etkenler

DEHB etyopatogenezini aydınlatmaya yönelik çalışmalardan elde edilen veriler daha çok dopaminerjik ve nöradrenarjik sistemle ilgili kanıtlar sunmuştur. DEHB' de prefrontal korteks (PFK), kaudat çekirdek ve serebellumda fonksiyon bozukluğu bildirilmiş, bu alanlarda hem hacim hem de aktivite azalması olduğu gösterilmiştir (35, 36). Bu bölgedeki nöronal ağlar dikkat, duygu, düşünce davranış ve hareketlerin düzenlenmesinde görev alır (36). Dopamin ve nöradrenalin, çok sayıda reseptör vasıtasıyla bu alanları birbirine bağlar (37, 38). Araştırmacılar DEHB' de DA reseptör yoğunluğunda düşüklük olduğunu göstermiştir (39, 40).

Nöradrenerjik sistemin rolünü araştıran çalışmalarda, adrenalin düzeyindeki dengesizliğin, lokus sereleusta nöronların uygun inhibisyonunu bozduğu, bu sebeple dikkat, uyku ve bazı bilişsel fonksiyonların olumsuz etkilendiği bildirilmiştir (41, 42).

Yapılan çalışmalarda dopaminin dikkatle ilişkili belirtilerden, nörandrenalinin ise dürtüsellik, davranış kontrolü ve hiperaktiviteyle ilgili belirtilerden sorumlu olduğu rapor edilmiştir (43). Dopaminerjik ve nöradrenerjik aktivitesi olan ilaçların, bu nörotransmitterlerin geri alımını bloke ederek DEHB belirtilerini azalttığı gösterilmiştir (14).

Nörogörüntüleme

Prefrontal korteksin dikkat, düşünce, duygu ve davranışların düzenlenmesi, hedeflerin planlanması ve dürtü kontrolü gibi görevleri vardır. DEHB' de yapılan görüntüleme çalışmalarında prefrontal korteksin sıklıkla daha az fonksiyon gösterdiği belirtilmiştir. Yine prefrontal korteks hacimlerinin incelendiği çok sayıda çalışmada, bu alanın en az bir bölümünün DEHB' li kişilerde, olmayan kişilere göre daha küçük olduğu gösterilmiştir (44). Barkley, soyutlama ve inhibisyon için sağ prefrontal alan, davranış inhibisyonu için prefrontal alan, çalışan hafıza için dorsolateral prefrontal alan üzerinde durmuş, bu bölgelerin DEHB' de nöroanatomik temeli oluşturduğunu bildirmiştir (45). Fonksiyonel MRI çalışmalarında, her iki cinsiyette tüm beyin hacminde, kaudatta, anterior singulat, korpus kallosum, ve serebellar hacimlerde azalma olduğu gösterilmiş, DEHB' li kızlarda, erkeklere göre beyinde daha yüksek oranda metabolik anormallik saptanmıştır. Pozitron emisyon tomografi (PET) çalışmalarında, DEHB' li erişkinlerde prefrontal korteks metabolizmasının azaldığı, kızlar ve ergenlerdeyse tüm metabolizmanın azaldığı rapor edilmiştir. Uyarıcılarla yapılan tedaviyle de beyin yapısında belirgin bir farklılık olmadığı öne sürülmüştür. Erişkinlerde tek foton emisyon

tomografisi (SPECT) ile yapılmış çalışmalarda dopamin taşıyıcı proteine bağlanmada artış gözlenmiştir (46).

Nörofizyoloji

Yapılan EEG çalışmalarında DEHB' li bireyler ve kontroller arasında bazı farklılıklar olduğu gösterilmiştir. Stres verilerek yapılan EEG çekimlerinde aşırı beta aktivitesinde artış ve prefrontal yavaş dalga aktivitesinde artış saptanmıştır. Bu sonuç, beynin matürasyonel gecikmesi şeklinde yorumlanmıştır. DEHB' li çocuklarda beyin elektrik aktivitesiyle ilgili araştırmalarda görüntüleme çalışmalarını destekler nitelikte frontal bölgede azalmış aktivite ve artmış latans rapor edilmiştir (47). Nörofizyolojik çalışma sonuçları DEHB' de spesifik bir EEG bozukluğu olduğundan ziyade genel olarak santral sisteminde maturasyonel bir gecikme olduğunu düşündürmüştür (24).

Biyokimyasal Etkenler

Eser elementler ve serbest yağ asitlerinin DEHB etyolojisinde rolü araştırılmış, ancak çalışma sonuçları farklılık göstermiştir. Santral sinir sisteminin maturasyonunda eser elementler önemli rol oynar. Kalsiyum, magnezyum, bakır, demir, çinko ve kurşunun idrar, serum ve saç düzeyleri DEHB' li çocuklarda ölçülmüş, kurşun ve bakır haricinde genellikle düşük sonuçlar elde edilmiştir (48). Bazı araştırmalarda DEHB etyolojisinde çinko eksikliğinin rolünün olabileceği ve çinko replasmanının gerekliliği vurgulanırken, bazılarında ise DEHB ve çinko arasında bir ilişki bulunmamıştır (49-51). DEHB' de serum serbest yağ asidi düzeylerinin düşük olduğu bildirilmiş, esansiyel yağ asidi replasmanı ile semptomlarda ılımlı iyileşme olduğu gösterilmiştir (46).

Psikososyal ve Çevresel Etkenler

DEHB etyolojisinde, temel olarak biyolojik nedenlerin rol oynadığı bilinmekte, psikososyal nedenlerin daha çok altta yatan biyolojik yatkınlığı artırdığından söz edilmektedir. Başka bir deyişle psikososyal faktörler, bu nörogelişimsel bozukluğun kalıcılığını, seyrini ve komorbid hastalıkların gelişimini etkileyebilir (52). Çok sayıda çalışma, anne baba çocuk ilişkisindeki bozuklukların DEHB ile yakın ilişkili davranım bozukluğu ve karşıt olma karşıt gelme bozukluğu etyolojisinde rolü olduğunu göstermiştir. Hamilelik sırasında stresli yaşam olayları, toksin maruziyeti, düşük doğum ağırlığı, bebekte gelişme geriliği ve prematürite DEHB ile ilişkili bulunmuştur. Bazı araştırmalarda gebelikte sigara ve alkol kullanımı ile DEHB arasında ilişki olabileceği belirtilmiştir (24).

2.1.4. DEHB Tanı Kriterleri

DSM-5' e göre DEHB tanı ölçütleri Tablo 2.1' de verilmiştir (53).

Tablo 2.1: DSM-5' e göre DEHB Tanı Ölçütleri

A- Aşağıdakilerden (1) ve/ya da (2) ile belirli, işlevselliği ya da gelişimi bozan, süregiden bir dikkatsizlik ve /ya da aşırı hareketlilik–dürtüsellik örüntüsü: 1. Gelişimsel düzeye uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı ya da daha çok belirti en az altı ay sürmektedir. Not: Belirtiler, yalnızca, karşıt olmanın, karşı gelmenin, düşmancıl tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışı vurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekir. a. Çoğu kez, ayrıntılara özen göstermez ya da okul çalışmalarında, işte ya da etkinlikler sırasında yanlışlar yapar. b. Çoğu kez, iş yaparken ya da oyun oynarken dikkatini sürdürmekte güçlük çeker. c. Çoğu kez, doğrudan kendisine doğru konuşulurken, dinlemiyor gibi görünür. d. Çoğu kez, verilen yönergeleri izlemez ve okulda verilen görevleri, sıradan günlük işleri ya da sorumlulukları tamamlayamaz. e. Çoğu kez, işleri ve etkinlikleri düzenlemekte güçlük çeker. f. Çoğu kez, sürekli zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır, bu tür işleri sevmez ya da bu tür işlere girmek istemez. g. Çoğu kez, işi ya da etkinlikleri için gerekli nesneleri kaybeder. h. Çoğu kez, dış uyaranlarla dikkati kolaylıkla dağılır. i. Çoğu kez, günlük etkinliklerde unutkanır. 2. Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik: Gelişimsel düzeye uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı ya da daha çok belirti en az altı aydır sürmektedir. Not: Belirtiler, yalnızca, karşıt olmanın, karşı gelmenin, düşmancıl tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışı vurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekir. a. Çoğu kez, kıpırdanır ya da ayaklarını vurur ya da oturduğu yerde kıvrınır. b. Çoğu kez, oturması beklendiği durumlarda oturduğu yerden kalkar. c. Çoğu kez, uygunsuz ortamlarda, ortalıkta koşturur durur ya da bir yerlere tırmanır. (Not: Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, kendini huzursuz hissetmekle sınırlı olabilir.) d. Çoğu kez, boş zaman etkinliklerine sessiz bir biçimde katılamaz ya da sessiz bir biçimde oynayamaz. e. Çoğu kez, “ her an hareket halinde” dir, “motor takılmış ” gibi davranır. f. Çoğu kez, aşırı konuşur. g. Çoğu kez, sorulan soru tamamlanmadan yanıtını yapıştırır. h. Çoğu kez, sırasını bekleyemez. i. Çoğu kez, başkalarının sözünü keser ya da araya girer. B- On iki yaşından önce birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik–dürtüsellik belirtisi olmuştur. C- Birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik–dürtüsellik belirtisi iki ya da daha çok ortamda vardır. D- Bu belirtilerin, toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevselliği bozduğuna ya da işlevselliğin niteliğini düşürdüğüne ilişkin açık kanıtlar vardır. E- Bu belirtiler, yalnızca, şizofreni ya da psikozla giden bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz. Olup olmadığını belirtiniz: 314.01(F90.2) Bileşik görünüm: Son altı ay içinde, hem A1 (dikkatsizlik), hem de A2 (aşırı hareketlilik/dürtüsellik) tanı ölçütleri karşılanmıştır. 314.00(F90.0) Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde, A1 (dikkatsizlik) tanı ölçütü karşılanmış, ancak A2 (aşırı hareketlilik/dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmamıştır. 314.01(F90.1) Aşırı hareketliliğin/dürtüsellüğün baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde, A2 (aşırı hareketlilik/dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmış, ancak A1 (dikkatsizlik) tanı ölçütü karşılanmamıştır. Varsa belirtiniz: Tam olmayan yatışma gösteren: Daha önceden bütün tanı ölçütleri karşılanmış olmakla birlikte, son altı içinde bütün tanı ölçütlerinden daha azı karşılanmıştır. Ve belirtiler bugün için de toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevsellikte bozulmaya neden olmaktadır. O sıradaki ağırlığını belirtiniz: Ağır olmayan: Tanı koymak için gerekli belirtilerden, varsa bile, biraz daha çoğu vardır ve belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği çok az bozmaktan öteye gitmemiştir. Orta derecede: Belirtiler ya da işlevsellikteki bozulma “ağır olmayan” la “ağır” arasında orta bir yerdedir. Ağır: Tanı koymak için gerekli belirtilerden çok daha çoğu ya da birkaç, özellikle ağır belirti vardır ya da belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği ileri derecede bozmuştur.
--

2.1.5. Eş Tanı

DEHB tanılı çocuk ve erişkinlerde psikiyatrik eştanıların yüksek oranda görüldüğü bildirilmiştir. Araştırmacılar DEHB tanılı çocuklarda eş tanıların gelişmesinde duygu düzenleme becerileri ve yetiştirme tarzının önemli rolünün olduğunu belirtmiştir (54-56). DEHB' li çocuklarda yıkıcı davranım bozukluklarının 11 kat fazla olduğu görülmüş, çocuklarda DEHB' ye % 30-50 oranında davranım bozukluğu ve karşıt olma karşıt gelme bozukluğunun eşlik ettiği rapor edilmiştir (57, 58).

Erişkinde yapılan çalışma sonuçlarına göre, DEHB' de eş tanı görülme oranı % 65-89 arasındadır. Yaşam boyu anksiyete bozukluğu % 47, duygudurum bozukluğu % 38, madde kullanım bozukluğu eş tanıları % 15 olarak bulunmuştur (17). Biederman ve ark.' nin yaptığı çalışmada DEHB tanılı kadın ve erkeklerde sırasıyla yaşam boyu yaygın anksiyete bozukluğu %34 ve %28, panik bozukluğu %15 ve %6, agorafobi %9 ve %9, sosyal anksiyete bozukluğu %23 ve %11, major depresyon %23 ve %21, bipolar bozukluk tip I veya II %10 ve %10, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) %7 ve %3, madde kötüye kullanımı %26 ve %44, madde bağımlılığı %12 ve %27, alkol kötüye kullanımı %13 ve %24, alkol bağımlılığı %24 ve %39 oranlarında saptanmıştır (5). Yine farklı çalışmalarda da erişkin DEHB' ye en sık eşlik eden ruhsal bozuklukların duygudurum ve anksiyete bozuklukları, alkol-madde kullanım bozuklukları ve kişilik bozuklukları olduğu gösterilmiştir (46, 59, 60).

2.1.6. DEHB Klinik Özellikleri

DEHB' nin büyük oranda çocukluk çağında başladığı, DEHB' li çocukların % 60' ında belirtilerin erişkin dönemde de devam ettiği bildirilmiştir (61). Literatürde önceki çalışmaların verileri ışığında, DEHB tanı ölçütlerindeki dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik olarak belirlenmiş 3 ana belirtinin, erişkin DEHB psikopatolojisini tam olarak tanımlamadığı yönünde tartışmalar bulunmaktadır (62). Çekirdek belirtilerden dikkat eksikliğinin dikkatin kolay çelinebilirliği, odaklanmada güçlük, unutkanlık, dağınıklık, dikkatsizce hatalar yapma ve organize olmada sorunlar şeklinde görülebildiği, aşırı hareketliliğin huzursuzluk, uzun süre sabit bir yerde oturamama şeklinde kliniğe yansıyabildiği, dürtüsellik ise sabırsızlık, acelecilik, plan yapma ve uygulama alanında güçlükler ile yürütücü işlevlerde sorunlar olarak gözlenebildiği rapor edilmiştir (3). Bozukluğun belirtilerinin ve alt tiplerinin yaşla birlikte değişkenlik gösterdiği vurgulanmıştır (63). DEHB' li çocuk ve ergenlerde yapılan boylamsal çalışmalar, DSM' de tanımlanan klinik sendromu tanımlama oranının yaşla birlikte azaldığını göstermiştir

(63). Buna göre dikkat sorunlarının yaşam boyu devam ettiği, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerinde ise kısmen iyileşme olduğu bildirilmiştir (63, 64).

Yapılan çalışmaların ortak sonucu, çocuklukta DEHB için karakteristik olan özelliklerin, erişkinlikte aynı duyarlılıkta olmadığı yönündedir. Barkley ve ark., DEHB' li erişkinlerdeki en önemli belirtilerin organizasyon eksikliği, iş yerinde yaşanan güçlükler ve sık iş değişikliği, benlik saygısında azalma, becerilerini göstermede yetersizlik, unutkanlık ve odaklanma eksikliği olduğunu bildirmiştir (65). Wender ve ark., yetişkinde DEHB' yi tanımlayan özelliklerin hareketlilik, dikkatsizlik, duygudurumda değişkenlik, alınganlık, kızgınlık, stresle baş edememe, organize olamama ve dürtüsellik olduğunu belirtmiştir (66). Bozukluğun erişkinlikte nasıl bir klinik tablo sergileyeceği hususunda hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerinin şiddeti, biyolojik gelişim, hastalığın süresi, zeka seviyesi, ailesel özellikler ve sosyal çevrenin önemli olduğu düşünülmüştür (13).

DEHB' li erişkin olguların teşhisinde, %10-30' unda görülebilen antisosyal özellikler ve ek tanımlar nedeniyle zorluk yaşanabilmektedir (65). Weiss ve Hechtman, erişkin DEHB' li olguların % 11' inin klinik belirtisinin olmadığı, % 79' unun kişisel sorunlar, % 75' inin ise kişiler arası ilişki sorunları nedeniyle psikiyatriste başvurduğunu, bu olguların % 5' inin intihar veya kaza sebebiyle öldüğünü belirtmiştir (67). Yine buna benzer şekilde literatürdeki önceki çalışmalar DEHB hikâyesi olan erişkin olguların %10-20' sinin minimal problemlerinin olduğunu, %60' ının DEHB semptomları nedeniyle sosyal, akademik, duygusal güçlükler yaşadığını, %10-30' unda ise DEHB zorluklarının ötesinde antisosyal davranış problemlerinin ve eştanıların görüldüğünü vurgulamıştır (68-71). Çok sayıda çalışmada erişkinde DEHB' nin, daha düşük akademik başarı, düşük sosyoekonomik statü, yüksek iş değiştirme oranları ve işsizlik, trafik kazaları, hapis cezası, kişiler arası sorunlar (ortaklıkta çatışma, ilişki problemi boşanma vb), daha yüksek oranda madde kötüye kullanımı, antisosyal bozukluklar ve davranışlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir (60, 72-75). Dürtüsel özelliklerin DEHB' li erişkinlerde madde bağımlılığı, tehlikeli araç kullanımı gibi riskli davranışlarda bulunma olasılığını artırdığına dikkat çekilmiş (4), madde kullanım bozuklukları ve antisosyal kişilik bozukluğu için DEHB' li erkeklerin kadınlara göre daha yüksek risk altında olduğu belirtilmiştir (5).

Araştırmacılar, erişkin DEHB' de psikopatolojiyi tanımlarken duygu düzenlemede güçlük konusuna odaklanmış, erişkin DEHB' de duygu düzenleme güçlüklerinin önemli rol oynadığını bildirmiştir. Bu sonuca DEHB' nin nöropsikolojik modellerinden, nöropsikolojik ve beyin görüntüleme çalışmalarından ayrıca erişkin

DEHB' li hastalarla yapılan kesitsel izlem ve tedavi çalışmalarından elde edilen veriler ışığında ulaşılmıştır. Bazı araştırmacılar DEHB' nin DSM ve Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması-10 (ICD-10)' da tanımlanan çekirdek belirtileri dışında farklı belirtileri de içeren alternatif DEHB modelleri oluşturmuştur (6).

2.1.7. Erişkin DEHB' nin Alternatif Modelleri

Erişkin DEHB' li olguların duygudurum değışkenliği, huzursuzluk ve irritabilite gibi öznel deneyimleri dikkate alınarak erişkin DEHB belirtilerine farklı tanımlamalar getiren çeşitli DEHB modelleri geliştirilmiştir (6). Yaygın olarak kabul görmüş Utah modelini yeniden düzenleyen Wender' in yanında (76), Brown (77), Conners (78) ve Barkley (79) gibi araştırmacılar da farklı modeller oluşturmuştur. Buradaki tanımlamalar birbirine oldukça benzer olmakla birlikte, bilişsel sorunların DEHB' de önemli rol oynadığını belirtmeleri hepsinin ortak noktasıdır. Bilişsel sorunlar, çekirdek belirtiler içinde tanımlanan dikkat eksikliğine karşılık gelmektedir (6). Bu alternatif modeller incelendiğinde dikkat çeken önemli diğeri bir nokta, hepsinin de DSM ve ICD-10' da çekirdek belirti kümesi içinde sayılmayan emosyonel belirtileri ihtiva etmesidir (6).

Wender' in emosyonel belirtiler ve duygu düzenlemede güçlük tanımlamaları arasında, afektif labilite, emosyonel aşırı tepkisellik/stres intoleransı (emotional overreactivity/stress intolerance) ve öfke denetimi (temper control) yer almaktadır. Afektif labilite; normal duygudurumdan depresyon ve neşelilik durumuna hızlı ve ani şekilde geçişlerin olması, emosyonel aşırı tepkisellik; tipik yaşam stresleriyle baş etmede güçlük, bunalma ve zorlanma hissi olarak tanımlanmıştır. Öfke denetimi ise irritabilite ve kısa süreli öfke patlamalarıyla ilgili kullanılmıştır (76). Brown' in modelinde belirti kümesi içinde duygulanım karışıklığı (affective interference) yer almıştır (77). Conners, belirti kümesi içerisinde emosyonel unsurlar olarak sayılabilecek kendilik kavramında sorunlar ve dürtüsellik/emosyonel labiliteyi tanımlamıştır (78). Barkley ise duygu ve motivasyonun düzenlenmesi şeklinde tanımlanabilen emosyonel regülasyondan bahsetmiştir (79).

2.2. Duygu Düzenleme Güçlükleri

2.2.1. Duygu Düzenleme

Duygu düzenleme, kişinin bir hedefe ulaşabilmesi için duygusal tepkilerini izleyebilme, değerlendirebilme, denetleyip değıştirebilme kabiliyeti olarak tanımlanabilir (80). Başka bir deyişle duygu düzenleme, bireyin hangi duyguya sahip olduğunu, bu

duyguyu nasıl tecrübe ettiği ve nasıl dışa vurduğu üzerine etkili süreçler olarak açıklanabilir (8). Duygu düzenleme süreci, ‘duygusal işaretlerin okunması/anlanması’, ‘duygusal işaretlerin olumlu/olumsuz şeklinde kategorize edilmesi’ ve ‘davranışsal yanıt’ şeklinde 3 bileşenden oluşmaktadır (81).

Duygu düzenleme sürecinin ilk aşamasında çevreden gelen duyusal uyaranlar, görsel sistem tarafından algılanır. Bu veriler oksipital korteks, fusiform girus ve superior temporal girusu içeren algısal devrelerde işlenir. Erken algısal değerlendirme, dış uyaranın olumlu veya olumsuz olduğunu ve bireyin nasıl bir çevresel değişikliği istediğini hesaplamasında yardımcı olur. Birey işlenen uyarıya değer biçer ve duygusal cevabı geneller. Duygu düzenleme sürecinin ikinci aşamasında bellek, öğrenme ve ödül süreçleriyle ilişkili bir duygusal kategorizasyon yapılır. Algısal değerlendirmelerle önceden depolanmış bağlantılar ve davranışların anlamını açıklayan anılar devreye girer. Bu kapsamda birey belli duygu ile bağlantılı bazı ipuçlarını belli dışavurumlarla ilişkilendirir. Bu durum belli olaylar karşısında diğer bireylerin duygularını tahmin etme becerisine katkıda bulunur (8, 81). Davranışsal yanıtın oluşturulması, duygu düzenleme sürecindeki son aşamayı oluşturur. Bu aşamada yürütücü işlevler baskılayıcı kontrol mekanizması gibi rol alır. Kişinin davranışsal yanıtları, çocukluk ve ergenlikte zamanla değişir. Artan bir esneklik ile, beklenmedik çevresel uyaranların değişimine uyum sağlanabilir (81, 82). Cole ve ark., duygu düzenlemedeki bozuklukların, yetersiz düzenleme ve aşırı düzenleme şeklinde olabileceğini belirtmiş, yetersiz düzenlemenin dürtü denetiminde zayıflık, eyleme dökme ve agresif davranış gibi dışsal sorunlarla ilişkili olduğunu, aşırı düzenlemenin ise anksiyete ve depresyon gibi içsel problemlerle ilişkili olduğunu bildirmiştir. Çok sayıda psikopatolojinin gelişiminde duygu düzenlemedeki bozuklukların önemli rolü olduğuna işaret etmiştir (80).

Gross, yeniden değerlendirme ve bastırmanın duygu düzenlemede kullanılan iki önemli strateji olduğuna vurgu yapmıştır. Yeniden değerlendirme, bir durumun duygusal yükünün azaltılması için durumu yapılandıran yolun değiştirilmesidir. Böylelikle birey daha fazla duygusal yaşantı tecrübe etmekte ve olayların olumlu yönlerini ele almaktadır. Sonuçta bireyde olumsuz duyguların etkisi azalırken, olumlu duygularda artış sağlanabilmektedir. Sonraki aşamada ise bastırma gelir. Bastırma ile duyguların dışavurumu engellenmekte, bireyin içsel süreçleriyle, dışsal tutumunda duygusal dengesizlik ortaya çıkmaktadır. Bu durum bireyde kendine güvende azalmaya, olumsuz duyguların gelişimine ve depresif belirtilere sebep olabilir (83). Bilimsel çalışmalardan

elde edilen veriler, yeniden değerlendirmenin bastırma stratejisine göre daha olumlu neticelerle ilişkili olduğunu düşündürmektedir (84).

2.2.2. Duygu Düzenlemenin Gelişimi

Ebeveynler, çocuklarının üzüntülerine ve duygularını gizlemelerine uygun seviyede duyarlılık göstererek duygu düzenleme kabiliyetlerinin gelişimde önemli rol oynarlar (80). İhtiyaçlarını henüz karşılayamayan yeni doğmuş bebek ağladığında, bakımverenini onu yatıştırmaya ve ihtiyaçlarını gidermeye yönlendirmektedir (85). Bebeğin gülümseme gibi davranışlarda bulunması da bakımvereni için pekiştireç görevi görür. Bebekler ve bakımverenleri ile yapılan araştırmalarda, bakımverendeki yanıtızlığın duygu düzenleme güçlüklerine sebep olduğu gösterilmiştir (81).

Erken ocukluk, duygu düzenleme becerilerinin gelişimi açısından önemli bir dönemdir. Ebeveynlerinden ceza gören, duyguları önemsenmeyen çocukların duygularını düzenlemede sıklıkla zorlandığı bildirilmiştir (81).

Geç ocukluk ve erken ergenlik dönemlerinde, kişi etkileşimde bulunacağı arkadaşlarını, yapacağı etkinlikleri, gideceği okulu seçerek çevresini şekillendirme şansına erişir. Ergenler bunları yaparken seçtikleri duygu düzenleme metotlarıyla kendilik algılarının gelişmesini sağlar (86). Strese maruziyetin ergenlik döneminde arttığı bilinmektedir (81). Ergenlerde olumsuz yaşam olayları ve duygu düzenleme stratejilerinin incelendiği bir çalışmada olumsuz yaşam olayları karşısında olumlu yeniden odaklanma ve olumlu yeniden değerlendirme gibi uyumsal stratejileri kullananlarda, anksiyete ve depresyon belirtilerinin daha az görüldüğü rapor edilmiştir (87).

Yetişkinlikte yaşlanmayla birlikte duygu düzenleme becerileri gelişmeye devam eder. Yapılan çalışmalarda genç erişkinlere kıyasla, ileri yaştaki erişkinlerin daha az olumsuz duygu tecrübe ettikleri, duygu dışa vurumlarının daha az olduğu, aynı zamanda duygularını kontrol etme konusunda daha başarılı oldukları rapor edilmiştir. Yaşlanmayla birlikte duygu düzenleme becerilerinin değişiyor olması bu sonuçlar için bir açıklama olabilir (88-91). Genç erişkinlere göre yaşça büyük erişkinlerin, bastırmaya nazaran yeniden değerlendirmeyi daha sık kullandıkları gösterilmiştir (84).

2.2.3. Duygu Düzenleme G  l   Tanimı

Duygu düzenleme g  l  , bireyin tetikleyici bir uyarana maruz kaldığında, duygusal yanıtını düzenleme ve kontrol etmesinde yetersizlik olarak açıklanmaktadır. Gross duygu düzenleme g  l  n ; duygu düzenleme stratejilerinin herhangi bir aşamasında aksama sonucu bireyin istediği amaca ulaşamaması şeklinde tanımlamıştır (8). Linehan duygu düzenleme g  l   için ilgili olaylara karşı duygusal olarak yüksek duyarlılık, duygulara karşı tepkisellikte artış, duygusal anlamda nötr duruma yavaş geri dönüş şeklinde bir tanımlama yapmıştır. Ayrıca duygu düzenleme stratejilerinin yeterince kullanılmaması ve uyumsuz kullanılmasının da duygu düzenleme g  l   kavramının bir parçası olduğunu öne sürmüştür (92).

Gratz ve Roemer, davranışları istenen amaçlar doğrultusunda kontrol edebilmek için esnekliğin gerekli olduğunu öne sürmüşlerdir. Etkili duygu düzenleme için duyguların farkında olma ve duyguları anlama, duyguları kabul etme, dürtüleri ve davranışları amaca uygun olarak kontrol etme ve duruma uygun stratejiler kullanmanın gerekliliğinden bahsetmiştir. Geliştirdikleri bu tanımlamada duygu düzenleme g  l  n n farklı boyutlarını ihtiva eden 6 alt faktör belirlemişlerdir. Bu faktörler:

- Farkındalık (duygusal tepkilere ilişkin farkındalığın olmaması)
- Açıklık (duygusal tepkilerin anla ılmaması)
- Kabul etmeme (duygusal tepkilerin kabul edilmemesi)
- Stratejiler (etkili olarak algılanan duygu düzenleme stratejilerine sınırlı erişim)
- Dürtü (olumsuz duygular deneyimlerken dürtülerin kontrolünde güçlük yaşama)
- Amaçlar (olumsuz duygular deneyimlerken amaç odaklı davranışlarda bulunmada güçlük yaşama)

olarak belirlenmiştir. Aynı zamanda bu maddeler geliştirdikleri duygu düzenleme g  l    l  indeki alt faktörleri oluşturmuştur (93).

Literatürdeki  alı ma sonuçlarına göre duygu düzenleme güçlüklerinin, DEHB, duygudurum ve anksiyete bozuklukları, borderline kişilik bozukluğu, alkol madde kullanım bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, yeme bozukluğu gibi çok sayıda ruhsal hastalıkla ilişkili olduğu rapor edilmiştir (6, 94). Duygu düzenlemede güçlükleri, çok sayıda psikopatolojinin altta yatan nedenlerinden biri olarak g r ld   için tedavide de önemli rol oynayabileceği düşünülmektedir (95).

2.2.4. DEHB ve Duygu Düzenleme G  l   

DEHB' li olgularda yapılan çalışmalarda bireylerin yaşıadı ı duygu düzenleme g      leri 'emosyonel direg lasyon' kavramı ile tanımlanmıştır. Emosyonel disregülasyon terimi ile genel olarak affektif instabilite, uçucu duygudurum, emosyonel değişkenlik, irritabilite,    e patlamaları, emosyonel dürtüsellik, d    k öz duygusal düzenleme ve d    k frustrasyon toleransı gibi kavramlar belirtilmektedir (96). DEHB tarihçesine bakıldığında aslında çok daha eski dönemlerden beri DEHB' li bireylerde emosyonel disreg lasyondan bahsedilmektedir (97). George Still, DEHB' nin bilimsel tarihinin başlangıcı olarak bilinen 1902 yılında, hiperaktivite, aşırı dikkatsizlik ve günümüzde yoğun emosyonellik şeklinde belirtilen    elilik/hiddetlilik gösteren çocukları tanımlamıştır. Kramer ve Pollnow, 1932' de 'çocukluktaki Hiperkinetik Hastalık  zerine' adlı yazılarında artmış heyecanlılık ve stabil olmayan duygudurum belirtilerinin hiperaktivite ve dikkatsizlik gibi çekirdek bir bileşen olduğunu bildirmişlerdir. 1957' de Laufer, 'Hiperkinetik Dürtü Bozukluğu' tanımlamasında dikkatsizlik, dürtüsellik ve hiperaktivite belirtileri olan çocukların sıklıkla irritabl ve patlayıcı olduğunu vurgulamıştır (96).

DEHB' si olan çocukların yaklaşık % 25-45' inin, erişkinlerin ise yaklaşık % 34-70' inin komorbiditeden bağımsız duygu düzenlemede g    k yaşıadı ı  ne sürülmüştür. Duygu düzenleme g      lerinin, duygusal uyararı fark edip, uyarana dikkati vermede görülen eksiklik nedeniyle olduğu, bunun da striato-amigdalomedial prefrontal kortikal a ın i leyi indeki bozukluktan kaynaklandığı d    nm  , duygu düzenleme g      lerinin yaşam boyu devam ettiği ve i levselli i belirgin etkilediği bildirilmiştir. Bazı araştırmacılar, DEHB' de duygusal d rt sellik in merkezi bir rolünün olduğunu d    nm  , dürtüsel duyguları ise; d    k frustrasyon toleransı, sabırsızlık, kolay    elenme, irritabilite ve duygusal açıdan kolay uyarılabilirlik olarak tanımlamıştır (98). DEHB' nin emosyonel belirtileri için kullanılan diğer bir kavram ise emosyonel labilitedir. Emosyonel labilite sık, yoğun, tutarsız ve hızlı şekilde görülen duygu de i imlerini ifade etmektedir (96).

Klinik  al şmalarda DEHB' li eri kinlerdeki psikopatolojik görünüm ve i levsellikteki azalmanın yalnızca DEHB' nin klasik belirtileriyle (dikkat eksikliği, dürtüsellik, hiperaktivite) a ıklanamadı ı belirtilmiş, DEHB' li erişkinlerin birçoğunun duygudurum bozukluklarında g r lendenden daha sık bir şekilde duygudurum de i kenli i yaşıadı ını vurgulamıştır. Bu bireylerin stresle başa etmede zorluklar yaşıadı ı, sık ve

abuk sinirlendiği basit Şeylere fazlaca kızıdĐı, çoğunlukla sabırsız ve kolaylıkla ketlenebilir olduğu, ayrıca duygusal aşırı tepkiselliklerinin yüksek olduğu rapor edilmiştir. Duygu düzenleme güçlüklerinin bir sonucu olarak DEHB' li erişkinlerin kişiler arası ilişki sorunlarını sıkça yaşadığı ve hekime başvuru nedenleri arasında kişiler arası ilişki sorunlarının önemli payının olduğu bildirilmiştir (6).

Kesitsel alışmalar, DEHB' li erişkinlerde yüksek oranda duygu düzenleme güçlüklerinin olduğunu göstermiştir. Reimherr ve ark., erişkin DEHB' li bireylerden oluşan bir örneklemede, hastaların % 72' sinde duygu düzenleme glĞu saptamıştır (99). Bu araştırmada emosyonel belirtiler, Utah ölçütlerine göre erişkinler bireyler için geliştirilen, 28 maddelik yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme olan WRAADDS (Wender Reimherr Adult Attention Deficit Disorder Scale) ile değerlendirilmiştir. Bu lek duygu düzenleme güçlükleriyle ilgili öfke denetimi, afektif labilite ve emosyonel aşırı tepkisellik/stres intoleransı şeklinde 3 alt ölçek içermektedir (76). Başka bir çalışmada, 479 erişkin DEHB olgusundan oluşan bir örneklemede, DEHB belirtileri WRAADDS ile değerlendirmiş, en sık 19 belirtiden sekizinin emosyonel belirtiler olduğu gösterilmiştir (100). Surman ve ark.' nin yaptığı, 50 erişkin DEHB' li olgunun yer aldığı araştırmada, olguların % 54' nn belirgin yetersiz duygusal öz düzenleme belirtilerinin olduğu bildirilmiştir (101).

Duygu düzenlemede güçlük belirtilerinin, DEHB' li erişkinlerde DEHB belirtilerinin yanında yaşam aktivitelerinde görülebilecek sorunlar ve komorbid hastalıkların (anksiyete, somatik yakınmalar uyku sorunları, karşıt olma karşı gelme belirtileri) ciddiyeti için artmış risk oluşturduğu gösterilmiştir (99). Yine DEHB' li hastalarda yapılan başka bir çalışmada, sosyal işlevsellik alanlarının bazıları için emosyonel belirtilerin tek başına önemli rol oynadığı bildirilmiştir (74). DEHB' li erişkinlerde duygu düzenleme güçlükleri üzerine yapılmış olan araştırmalarda, duygu düzenleme glĞu belirtilerinde de klasik DEHB belirtileri gibi tedaviyle iyileşmeler olduğu gösterilmiştir (99).

DEHB ve semptomatolojisi üzerine yapılmış çoğu çalışmanın ortak sonucu DEHB' de duygu düzenleme güçlükleri ile ilgili sorunlar olduğu, bu sorunların akran ilişkilerini ve toplumsal ilişkileri bozduğu, ayrıca riskli davranışların artmasına neden olduğu yönündedir (102). Takip çalışmalarında tedavi edilmemiş DEHB' li olguların erişkin dönemde alkol-madde bağımlılığı, suça yönelme, kendine zarar verme ve trafik kazaları gibi riskli davranışlar gösterdiği gözlenmiştir (103).

Bu araştırmada İnönü Üniversitesi Tıp Fakóltesi öğrencilerinin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve duygu düzenleme güçlükleri açısından değerlendirilmesi hedeflenmiştir. Araştırmanın temel hipotezi, erişkin DEHB kendi bildirim ölçeğine (ASRS) göre yüksek olasılıklı DEHB olan öğrencilerin, olmayanlara göre duygu düzenleme güçlüklerinin daha yüksek olacağı şeklindedir. Araştırmamızın, erişkinde DEHB’ nin klinik görünümünün ve oluşturabileceği sorunların incelenmesi açısından literatüre katkı sağlayacağı, bu hususta yapılacak daha ileri çalışmalara ışıık tutacağı kanaatindeyiz.



3. MATERYAL – METOD

3.1. Çalışma Örnekleme

Araştırma, 20.10.2021-20.11.2021 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nde yapılmıştır. Araştırma için gerekli izin İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (19.10.2021 tarih 2021/2540 numara) Yapılan power analizinde etki büyüklüğü (effect size); 0.6, tip 1 hata α :0.05, etki gücü $1-\beta$ 0.95 alındığında; duygu düzenleme güçlüğü ölçeği (Difficulties in Emotion Regulation Scale, DERS) toplam puanında; ASRS ölçeğine göre yüksek olasılıklı DEHB grubu ve DEHB olmayan grup arasındaki farkın 9 puan olması için en az 122 (n: 61/61) denegin araştırmaya alınması gerektiği hesaplanmıştır. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde okuyan öğrenciler üzerinde yapılan araştırma için gerekli sosyodemografik veri formu ve ölçekler Google anket sistemi ile hazırlanarak online olarak dağıtıldı. Araştırmaya dahil edilme kriterleri İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğrenci olma ve araştırmaya katılım için gönüllü olma olarak belirlendi. Dışlanma kriterleri ise araştırmadaki ölçekleri doldurmak için gerekli bilişsel kapasiteyi etkileyebilecek psikiyatrik hastalığı olma (şizofreni, şizoaffektif bozukluk vb) olarak belirlendi. Kartopu örnekleme sistemi ile yapılan araştırmaya 552 katılımcı dahil edildi. Sosyodemografik veri formu, ASRS ve DERS uygulandı. Çalışma örnekleme, katılımcıların ASRS toplam puanına göre gruplandırıldı. Buna göre gruplar ASRS toplam puanı 24 ve üzerindeki ASRS'ye göre yüksek olasılıklı DEHB (AGYOD) grubu, 17-23 arasında olanlar olası DEHB (AGOD) grubu, 16 ve altındakiler DEHB olmayan (AGDO) grup şeklinde isimlendirildi. AGYOD grubunda 76, AGOD grubunda 239, AGDO grubunda 237 katılımcı mevcuttu. Tüm katılımcılardan online olarak yazılı onam alındı.

3.2. Uygulanan Psikiyatrik Değerlendirme Ölçekleri

3.2.1. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (Adult ADHD Self-Report Scale, ASRS)

Dünya Sağlık Örgütü ile birlikte Kessler ve ark. tarafından yetişkinlerde DEHB taraması için geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir (104). Bu ölçek, DSM-4 tanı ölçütleri ile ilişkilidir. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik şeklinde her biri 9 maddeden oluşan 2 alt ölçekten oluşur. Maddeler, her bir semptomun son 6 ayda ne sıklıkta ortaya

çıkıldığını belirler. 0-4 (asla, nadiren, bazen, sık, çok sık) arasında puanlanan likert tipi bir ölçektir. Ölçek toplam puanı ≥ 24 olanlar yüksek olası DEHB, 17-23 arası olanlar olası DEHB ve 0-16 arası olanlar DEHB yok şeklinde kabul edilir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması 2009 yılında Doğan ve ark. tarafından yapılmıştır (105).

3.2.2. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (Difficulties in Emotion Regulation Scale, DERS)

Gratz ve Roemer tarafından duygu düzenlemedeki güçlüklerin değerlendirilmesi için geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir (93). Duygusal tepkilere ilişkin farkındalığın olmaması (farkındalık), duygusal tepkilerin anlaşılmaması (açıklık), duygusal tepkilerin kabul edilmemesi (kabul etmeme), etkili olarak algılanan duygu düzenleme stratejilerine sınırlı erişim (stratejiler), olumsuz duygular deneyimlerken dürtülerin kontrolünde güçlük yaşama (dürtü), olumsuz duygular deneyimlerken amaç odaklı davranışlarda bulunmada güçlük yaşama (amaçlar) şeklinde 6 alt boyuttan oluşur. 1-5 (hemen hemen hiç, bazen, yarı yarıya, çoğu zaman, hemen hemen her zaman) arasında puanlanan, 36 maddeden oluşan likert tipi bir ölçektir. Ölçek için kesme puanı olmayıp, her bir alt boyut ve toplam puandaki artış deneyimlenen duygu düzenleme güçlüğündeki artışa işaret eder. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Rugancı ve Gençöz tarafından yapılmıştır (106).

3.2.3. Sosyodemografik Veri Formu

Önceki araştırmalardan edinilen bilgiler ışığında hazırlanmış sosyodemografik veri formu ile katılımcıların sosyodemografik verileri elde edildi. Katılımcıların yaş, cinsiyet, okuduğu sınıf, sınıf tekrarı öyküsü, psikiyatrik ve fiziksel hastalık öyküsü, alkol-madde kullanımı, adli olay öyküsü gibi verileri kaydedildi.

3.3. İstatistiksel Analiz

Çalışmada analiz edilen değişkenlerden nicel (sayısal) olanlar ortanca (min.-maks.) şeklinde, nitel olanlar ise sayı ve yüzde şeklinde özetlendi. Nicel değişkenler için normal dağılım kontrolü Shapiro-Wilk testi ile gerçekleştirildi. Nicel değişkenler açısından gruplar arasında anlamlı farklılık olup olmadığı Kruskal-Wallis H varyans analizi ile incelendi. Bu analiz sonrası çoklu karşılaştırma testleri (post hoc) Conover testi ile gerçekleştirildi. Nitel değişkenler açısından gruplar arasında anlamlı farklılık olup olmadığı Pearson ki-kare testi ile incelendi. Bu analiz sonrası çoklu karşılaştırma testleri (post hoc) Bonferroni düzeltmeli iki oran arasındaki farkın önemlilik testi ile gerçekleştirildi. $p \leq 0.05$ istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edildi. Analizlerde

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Anabilim Dalı tarafından geliştirilen Kruskal-Wallis yazılımı (<http://biostatapps.inonu.edu.tr/kruskalwallis/>) ve IBM SPSS Statistics 26 paket programı kullanıldı.



4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

Yaş

Üç gruptan oluşan bu araştırmada AGYOD grubunda 76, AGOD grubunda 239, AGDO grubunda 76 kişi olduğu tespit edildi. AGYOD grubunda olan olguların yaşları 21 (18-27), AGOD grubunda olanların 20 (17-26), AGDO grubunda olanların ise 20 (17-28) idi. Gruplar, yaşları açısından karşılaştırıldığında birbiri ile benzerdi ($p=0.263$).

Cinsiyet

Gruplar cinsiyet dağılımları açısından incelendiğinde AGYOD grubundaki 76 olgunun 52'si (%68.4) kadın, 24'ü (%31.6) erkek, AGOD grubundaki 239 olgunun 147'si kadın (%61.5), 92'si (%38.5) erkek, AGDO grubundaki 237 olgunun 136'sı (%57.4) kadın, 101'i (%42.6) erkekti. Her üç grup cinsiyet dağılımları açısından mukayese edildiğinde aralarında anlamlı farklılık görülmedi ($p=0.217$).

Sınıf

Gruplar sınıf dağılımları değerlendirildiğinde, AGYOD grubunda 15 (%19.7) olgu birinci sınıfta, 20 (%26.3) olgu ikinci sınıfta, 17 (%22.4) olgu üçüncü sınıfta, 11 (%14.5) olgu dördüncü sınıfta, 11 (%14.5) olgu beşinci sınıfta, 2 (%2.6) olgu altıncı sınıfta idi. AGOD grubunda 71 (%29.7) olgu birinci sınıfta, 58 (%24.3) olgu ikinci sınıfta, 32 (%13.4) olgu üçüncü sınıfta, 39 (%16.3) olgu dördüncü sınıfta, 23 (%9.6) olgu beşinci sınıfta, 16 (%6.7) olgu altıncı sınıfta idi. AGDO grubunda 85 (%35.9) olgu birinci sınıfta, 46 (%19.4) olgu ikinci sınıfta, 37 (%15.6) olgu üçüncü sınıfta, 26 (%11.0) olgu dördüncü sınıfta, 30 (%12.7) olgu beşinci sınıfta, 13 (%5.5) olgu altıncı sınıfta idi. Gruplar sınıf dağılımları açısından mukayese edildiğinde aralarında anlamlı farklılık görülmedi ($p=0.110$).

Kalınan Yer

Gruplardaki olgular kaldıkları yerleri açısından incelendiğinde, AGYOD grubunda 30 (%39.5) olgunun yurttan, 11 (%14.5) olgunun öğrenci evinde, 35 (%46.1) olgunun ailesi ile, AGOD grubunda 116 (%48.5) olgunun yurttan, 29 (%12.1) olgunun öğrenci evinde, 94 (%39.3) olgunun ailesi ile, AGDO grubunda 88 (%37.1) olgunun yurttan, 33 (%13.9) öğrenci evinde, 116 (%48.9) olgunun ailesi ile kaldığı görüldü. Gruplardaki olgular kaldıkları yerler açısından kıyaslandığında aralarında anlamlı farklılık bulunmadı ($p=0.149$).

Gelir Düzeyi

Gruplardaki olgular ailelerinin gelir düzeyleri açısından değerlendirildiğinde, AGYOD grubunda 20 (%26.3) olgunun gelir düzeyi 4000 TL' nin altında, 33 (%43.4) olgunun 4000-8000 TL arası, 23 (%30.3) olgunun 8000 TL' nin üstünde, AGOD grubunda 72 (%30.1) olgunun gelir düzeyi 4000 TL' nin altında, 113 (%47.3) olgunun 4000-8000 TL arası, 54 (%22.6) olgunun 8000 TL' nin üstünde, AGDO grubunda 79 (%33.3) olgunun gelir düzeyi 4000 TL' nin altında, 91 (%38.4) olgunun 4000-8000 TL arası, 67 (%28.3) olgunun 8000 TL' nin üstünde idi. Her üç gruptaki olgular ailelerinin gelir düzeyleri açısından mukayese edildiğinde birbiri ile benzerdi ($p=0.261$).

Alınan Burs

Gruplardaki olgular alınan burs miktarları açısından değerlendirildiğinde, AGYOD grubunda 5 (%6.6) olgu 1000 TL' nin üstünde, 42 (%55.3) olgu 500-1000 TL arası, 2 (%2.6) olgu 500 TL' nin altında burs almakta idi. 27 (%35.5) olgu ise herhangi bir burs almıyordu. AGOD grubunda 5 (%2.1) olgu 1000 TL' nin üstünde, 115 (%48.1) olgu 500-1000 TL arası, 10 (%4.2) olgu 500 TL' nin altında burs almakta idi. 109 (%45.6) olgu ise herhangi bir burs almıyordu. AGDO grubunda 13 (%5.5) olgu 1000 TL' nin üstünde, 88 (%37.1) olgu 500-1000 TL arası, 18 (%7.6) olgu 500 TL' nin altında burs almakta idi. 118 (%49.8) olgu ise herhangi bir burs almıyordu. Grupların sosyodemografik özellikleri Tablo 2' de verilmiştir.

Tablo 4.1. Grupların sosyodemografik özellikleri

							Pearson Ki-Kare	
			Gruplar			Toplam	Test İstatistiği	p
			AGYOD	AGOD	AGDO			
Cinsiyet	Kadın	Sayı	52	147	136	335	3.057	0.217
		%	68.4%	61.5%	57.4%	60.7%		
	Erkek	Sayı	24	92	101	217		
		%	31.6%	38.5%	42.6%	39.3%		
Kalınan yer	Yurt	Sayı	30	116	88	234	6.754	0.149
		%	39.5%	48.5%	37.1%	42.4%		
	Öğrenci evi	Sayı	11	29	33	73		
		%	14.5%	12.1%	13.9%	13.2%		
	Aile ile	Sayı	35	94	116	245		
		%	46.1%	39.3%	48.9%	44.4%		
Gelir düzeyi	<4000 TL	Sayı	20	72	79	171	5.265	0.261
		%	26.3%	30.1%	33.3%	31.0%		
	4000-8000 TL	Sayı	33	113	91	237		
		%	43.4%	47.3%	38.4%	42.9%		
	>8000 TL	Sayı	23	54	67	144		
		%	30.3%	22.6%	28.3%	26.1%		
Burs	Yok	Sayı	27	109	118	254	-	-
		%	35.5%	45.6%	49.8%	46.0%		
	< 500 TL	Sayı	2	10	18	30		
		%	2.6%	4.2%	7.6%	5.4%		
	500-1000 TL	Sayı	42	115	88	245		
		%	55.3%	48.1%	37.1%	44.4%		
	> 1000 TL	Sayı	5	5	13	23		
		%	6.6%	2.1%	5.5%	4.2%		
Toplam		Sayı	76	239	237	552		
		%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		

AGYOD: ASRS' ye yüksek olasılıklı DEHB; AGOD: ASRS' ye göre olası DEHB, AGDO: ASRS' ye göre DEHB olmayan. İstatistiksel anlamlılık koyu font ile ifade edilmiştir. $p < 0.05$

Psikiyatrik Hastalık Öyküsü

Her üç grup psikiyatrik hastalık öyküsü açısından değerlendirildi. Psikiyatrik hastalık öyküsü AGYOD grubunda 12 (%15.8) olguda var iken, 64 (%84.2) olguda yoktu. AGOD grubunda 28 (%11.7) olguda var iken, 211 (%88.3) olguda yoktu. AGDO grubunda 15 (%6.3) olguda var iken, 222 (%93.7) olguda yoktu. Gruplar psikiyatrik hastalık öyküsü açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık saptandı ($p=0.028$). AGYOD grubunda, AGDO grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek oranda psikiyatrik hastalık öyküsü tespit edildi ($p=0.030$). AGYOD grubunda olguların 5' inde (%6.6) anksiyete bozukluğu, 2' sinde (%2.6) depresyon, 1' inde (%1.3) obsesif kompulsif bozukluk (OKB), 4' ünde (%5.3) DEHB öyküleri mevcuttu. AGOD grubunda olguların 14' ünde (%5.9) anksiyete bozukluğu, 5' inde (%2.1) depresyon, 4' ünde (%1.7) OKB, 2' sinde (%0.8) DEHB, 3' ünde (%1.3) diğer psikiyatrik hastalık öyküleri mevcuttu. AGDO grubunda olguların 6' sında (%2.5) anksiyete bozukluğu, 4' ünde (%1.7) depresyon, 2' sinde (%0.8) OKB, 2' sinde (%0.8) DEHB öyküleri mevcuttu.

Psikotrop İlaç Kullanımı

Her üç gruptaki olgular hali hazır durumları itibariyle psikotrop ilaç kullanıp kullanmadıkları açısından incelendi. AGYOD grubunda olguların 6' sı (%7.9) antidepresan, 2' si (%2.6) metilfenidat kullanmakta iken, 68' i (%89.5) herhangi bir psikotrop ilaç kullanmıyordu. AGOD grubunda olguların 9' u (%3.8) antidepresan kullanmakta iken, 230' u (%96.2) herhangi bir psikotrop ilaç kullanmıyordu. AGDO grubunda olguların 5' i (%2.1) antidepresan kullanmakta iken, 232' si (%97.9) herhangi bir psikotrop ilaç kullanmıyordu. AGOD ve AGDO gruplarında metilfenidat kullanmakta olan olan olgu yoktu. Gruplar psikotrop ilaç kullanımı açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık saptandı ($p=0.001$). AGYOD grubunda, AGDO grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek oranda psikotrop ilaç kullanımı tespit edildi ($p=0.004$).

Fiziksel Hastalık Öyküsü

Her üç grup fiziksel hastalık öyküsü açısından değerlendirildi. Fiziksel hastalık öyküsü AGYOD grubunda olguların 6' sında (%7.9) var iken, 70' inde (%92.1) yoktu. AGOD grubunda olguların 15' inde (%6.3) var iken, 224' ünde (%93.7) yoktu. AGDO grubunda olguların 17' sinde (%7.2) var iken, 220' sinde (%92.8) yoktu. Gruplar fiziksel hastalık öyküsü açısından birbiri ile benzerdi ($p=0.865$).

Sigara Kullanımı

Gruplar sigara kullanımı açısından değerlendirildi. Sigara kullanımı AGYOD grubunda olguların 11' inde (%14.5) mevcut iken, 65' inde (%85.5) yoktu. AGOD grubunda olguların 29' unda (%12.1) mevcut iken, 210' unda (%87.9) yoktu. AGDO grubunda olguların 26' sında (%11.0) mevcut iken 211' inde (%89.0) yoktu. Her üç grup sigara kullanımı açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık görülmedi ($p=0.711$).

Alkol Kullanımı

Her üç grup alkol kullanımı açısından incelendi. Alkol kullanımı AGYOD grubunda olguların 3' ünde (%3.9) haftada iki üç kez, 15' inde (%19.7) nadiren mevcut iken, 58' inde (%76.3) yoktu. AGOD grubunda olguların 42' sinde (%17.6) nadiren mevcut iken, 197' sinde (%82.4) yoktu. AGDO grubunda olguların 3' ünde (%1.3) haftada iki üç kez, 38' inde (%16.0) nadiren mevcut iken, 196' sında (%82.7) yoktu. Alkol kullanımı AGYOD grubunda diğer gruplara göre daha yüksek oranda idi ancak gruplar alkol kullanımı açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0.424$) .

Madde Deneyimi Öyküsü

Gruplardaki olgular madde deneyimi öyküsü açısından değerlendirildi. Madde deneyimi öyküsü AGYOD grubunda olguların 2' sinde (%2.6) var iken, 74' ünde (%97.4) yoktu. AGOD grubunda olguların 1' inde (%0.4) var iken, 238' inde (%99.6) yoktu. AGDO grubunda olguların 8' inde (%3.4) var iken, 229' unda (%96.6) yoktu. Gruplar madde deneyimi öyküsü açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık bulunmadı ($p=0.064$).

İntihar Girişimi Öyküsü

Gruplardaki olgular intihar girişimi öyküsü açısından değerlendirildi. İntihar girişimi öyküsü AGYOD grubunda olguların 13' ünde (%17.1) var iken, 63' ünde (%82.9) yoktu. AGOD grubunda olguların 13' ünde (%5.4) var iken, 226' sında (%94.6) yoktu. AGDO grubunda olguların 9' unda (%3.8) var iken, 228' sinde (%96.2) yoktu. Gruplar intihar girişimi öyküsü açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık saptandı ($p<0.001$). AGYOD grubunda AGOD ve AGDO gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek oranda intihar girişimi öyküsü tespit edildi (sırasıyla $p=0.004$, $p<0.001$).

Adli Olay Öyküsü

Gruplardaki olgular adli olay öyküsü açısından incelendi. Adli olay öyküsü AGYOD grubunda olguların 4' ünde (%5.3) var iken, 72' sinde (%94.7) yoktu. AGOD grubunda olguların 4' ünde (%1.7) var iken, 235' inde (%98.3) yoktu. AGDO grubunda olguların 2' sinde (%0.8) var iken, 235' inde (%98.2) yoktu. Gruplar adli olay öyküsü açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık bulundu ($p=0.042$). AGYOD grubunda, AGDO grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek oranda adli olay öyküsü saptandı ($p=0.043$).

Fakültede Sınıf / Staj Tekrarı Öyküsü

Gruplardaki olgular fakültede sınıf / staj tekrarı öyküsü açısından incelendi. Sınıf / staj tekrarı öyküsü AGYOD grubunda olguların 21' inde (%27.6) var iken, 55' inde (%72.4) yoktu. AGOD grubunda olguların 50' sinde (%20.9) var iken, 189' unda (%79.1) yoktu. AGDO grubunda olguların 34' ünde (%14.3) var iken, 203' ünde (%85.7) yoktu. Gruplar sınıf / staj tekrarı öyküsü açısından mukayese edildiğinde aralarında anlamlı farklılık tespit edildi ($p=0.023$). AGYOD grubunda, AGDO grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek oranda sınıf / staj tekrarı öyküsü mevcuttu ($p=0.024$).

Algılanan Başarı Düzeyi

Gruplardaki olgular algılanan başarı düzeyi açısından değerlendirildi. AGYOD grubunda olguların 20' sinde (%26.3) ortalamanın üstünde, 44' ünde (%57.9) ortalama düzeyde, 12' sinde (%15.8) ortalamanın altında algılanan başarı düzeyi mevcuttu. AGOD grubunda olguların 91' inde (%38.1) ortalamanın üstünde, 133' ünde (%55.6) ortalama düzeyde, 15' inde (%6.3) ortalamanın altında algılanan başarı düzeyi mevcuttu. AGDO grubunda olguların 112' sinde (%47.3) ortalamanın üstünde, 120' sinde (%50.6) ortalama düzeyde, 5' inde (%2.1) ortalamanın altında algılanan başarı düzeyi mevcuttu. Gruplar algılanan başarı düzeyi açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.001$). Ortalamanın üstünde algılanana başarı düzeyi AGYOD grubundaki olgularda AGDO grubundaki olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük oranda idi ($p=0.004$). Ortalamanın altında algılanan başarı düzeyi AGYOD grubundaki olgularda AGDO grubundaki olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek oranda idi ($p<0.001$).

Tercih Edilen Öğrenme Teknikleri

Grupları tercih edilen öğrenme teknikleri açısından değerlendirildi. AGYOD grubunda olguların 27' si (%35.5) görsel, 5' i işitsel (%6.6), 1' i dokunsal (%1.3), 43' ü (%56.6) birden fazla öğrenme tekniği kullanmakta idi. AGOD grubunda olguların 56' sı

(%23.4) görsel, 20' si (%8.4) işitsel, 10' u (%4.2) dokunsal, 153' ü (%64.0) birden fazla öğrenme tekniği kullanmakta idi. AGDO grubunda olguların 58' i (%24.5) görsel, 13' ü (%5.5) işitsel, 5' i (%2.1) dokunsal, 161' i (%67.9) birden fazla öğrenme tekniği kullanmakta idi. Gruplar tercih edilen öğrenme teknikleri açısından karşılaştırıldığına aralarında anlamlı farklılık görülmedi ($p=0.195$)

Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü

Gruplardaki olgular ailede psikiyatrik hastalık öyküsü açısından incelendi. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü AGYOD grubunda olguların 19' unda (%25.0) var iken, 57' sinde (%75.0) yoktu. AGOD grubunda olguların 37' sinde (%15.5) var iken, 202' sinde (%84.5) yoktu. AGDO grubunda olguların 26' sında (%11.0) var iken, 211' inde (%89.0) yoktu. Her üç grup ailede psikiyatrik hastalık öyküsü açısından mukayese edildiğinde aralarında anlamlı farklılık saptandı ($p=0.011$). AGYOD grubunda AGDO grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek oranda ailede psikiyatrik hastalık öyküsü tespit edildi ($p=0.007$). Grupların klinik özellikleri Tablo 3' de verilmiştir.

Tablo 4.2: Grupların klinik özellikleri

			Gruplar			Toplam	Pearson Ki-kare		İkili Karşılaştırmalar	
			AGYOD ¹	AGOD ²	AGDO ³		Test istatistiği	p		
Psikiyatrik hastalık öyküsü	Var	Sayı	12	28	15	55	7.183	0.028	Var	1;2 p=0.990
		%	15.8%	11.7%	6.3%	10.0%				1;3 p= 0.030 2;3 p=0.120
	Yok	Sayı	64	211	222	497			Yok	1;2 p=0.990
		%	84.2%	88.3%	93.7%	90.0%				1;3 p= 0.030 2;3 p=0.120
Psikotrop ilaç kullanımı	AD	Sayı	6	9	5	20	18.292	0.001	AD	1;2 p=0.423
		%	7.9%	3.8%	2.1%	3.6%				1;3 p=0.051 2;3 p=0.855
	MF	Sayı	2	0	0	2			MF	1;2 p= 0.036
		%	2.6%	0.0%	0.0%	0.4%				1;3 p= 0.036 2;3 p=0.990
	Yok	Sayı	68	230	232	530			Yok	1;2 p=0.069
		%	89.5%	96.2%	97.9%	96.0%				1;3 p= 0.004 2;3 p=0.855
Fiziksel hastalık	Var	Sayı	6	15	17	38	0.290	0.865	-	
		%	7.9%	6.3%	7.2%	6.9%				
	Yok	Sayı	70	224	220	514				
		%	92.1%	93.7%	92.8%	93.1%				
Sigara	Var	Sayı	11	29	26	66	0.683	0.711	-	
		%	14.5%	12.1%	11.0%	12.0%				
	Yok	Sayı	65	210	211	486				
		%	85.5%	87.9%	89.0%	88.0%				
Alkol	2-3 kez/hf	Sayı	3	0	3	6	9.193	0.056	-	
		%	3.9%	0.0%	1.3%	1.1%				
	Nadir	Sayı	15	42	38	95				
		%	19.7%	17.6%	16.0%	17.2%				
	Hiç	Sayı	58	197	196	451				
		%	76.3%	82.4%	82.7%	81.7%				
Madde deneyimi	Var	Sayı	2	1	8	11	5.512	0.064	-	
		%	2.6%	0.4%	3.4%	2.0%				
	Yok	Sayı	74	238	229	541				
		%	97.4%	99.6%	96.6%	98.0%				
İntihar girişimi	Var	Sayı	13	13	9	35	17.738	<0.001	Var	1;2 p= 0.004
		%	17.1%	5.4%	3.8%	6.3%				1;3 p< 0.001 2;3 p=0.990
	Yok	Sayı	63	226	228	517			Yok	1;2 p= 0.004
		%	82.9%	94.6%	96.2%	93.7%				1;3 p< 0.001 2;3 p=0.990

			Gruplar			Toplam	Pearson Ki-kare		İkili Karşılaştırmalar	
			AGYOD ¹	AGOD ²	AGDO ³		Test istatistiği	p		
Adli olay öyküsü	Var	Sayı	4	4	2	10	6.363	0.042	Var	1;2 p=0.250
		%	5.3%	1.7%	0.8%	1.8%				1;3 p=0.043 2;3 p=0.990
	Yok	Sayı	72	235	235	542			Yok	1;2 p=0.250
		%	94.7%	98.3%	99.2%	98.2%				1;3 p=0.043 2;3 p=0.990
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü	Var	Sayı	19	37	26	82	9.086	0.011	Var	1;2 p=0.176
		%	25.0%	15.5%	11.0%	14.9%				1;3 p=0.007 2;3 p=0.439
	Yok	Sayı	57	202	211	470			Yok	1;2 p=0.176
		%	75.0%	84.5%	89.0%	85.1%				1;3 p=0.007 2;3 p=0.439
Sınıf/Staj tekrarı	Var	Sayı	21	50	34	105	7.581	0.023	Var	1;2 p=0.668
		%	27.6%	20.9%	14.3%	19.0%				1;3 p=0.024 2;3 p=0.180
	Yok	Sayı	55	189	203	447			Yok	1;2 p=0.668
		%	72.4%	79.1%	85.7%	81.0%				1;3 p=0.024 2;3 p=0.180
Algılanan başarı düzeyi	>Ort	Sayı	20	91	112	223	26.384	<0.001	>Ort	1;2 p=0.185
		%	26.3%	38.1%	47.3%	40.4%				1;3 p=0.004 2;3 p=0.129
	Ort	Sayı	44	133	120	297			Ort	1;2 p=0.990
		%	57.9%	55.6%	50.6%	53.8%				1;3 p=0.810 2;3 p=0.819
	<Ort	Sayı	12	15	5	32			<Ort	1;2 p=0.030
		%	15.8%	6.3%	2.1%	5.8%				1;3 p<0.001 2;3 p=0.070
Toplam		Sayı 1	76	239	237	552				
		%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%				

AGYOD: ASRS' ye yüksek olasılıklı DEHB; AGOD: ASRS' ye göre olası DEHB, AGDO: ASRS' ye göre DEHB olmayan; Ort: Ortalama; AD: Antidepresan; MF: Metilfenidat. İstatistiksel anlamlılık koyu font ile ifade edilmiştir. p<0.05

4.2. Grupların Ölçek Puanları

Grupların ASRS puanları

Her üç grup ASRS toplam puan ve alt ölçek puanları açısından karşılaştırıldı. ASRS toplam puanı AGYOD grubundaki olguların 45 (34-67), AGOD grubundaki olguların 34 (23-44), AGDO grubundaki olguların 24 (0-32) idi. Gruplar ASRS toplam puanı açısından mukayese edildiğinde aralarında anlamlı farklılık saptandı (p<0.001). AGYOD grubundaki olguların ASRS toplam puanı AGOD grubundakilerden, AGOD grubundakilerin ise AGDO grubundakilerden istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek idi (her ikisi için de p<0.001). Dikkat eksikliği alt ölçek puanı AGYOD

grubundaki olguların 25 (10-35), AGOD grubundaki olguların 18 (4-23), AGDO grubundaki olguların 12 (0-16) idi. Gruplar dikkat eksikliği alt ölçek puanı açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.001$). AGYOD grubundaki olguların dikkat eksikliği alt ölçek puanı AGOD grubundakilerden, AGOD grubundakilerin ise AGDO grubundakilerden istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek idi (her ikisi için de $p<0.001$). Hiperaktivite/dürtüsellik alt ölçek puanı AGYOD grubundaki olguların 21.5 (9-36), AGOD grubundaki olguların 17 (6-23), AGDO grubundaki olguların 11 (0-16) idi. Gruplar hiperaktivite/dürtüsellik alt ölçek puanı açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık saptandı ($p<0.001$). AGYOD grubundaki olguların hiperaktivite/dürtüsellik alt ölçek puanı AGOD grubundakilerden, AGOD grubundakilerin ise AGDO grubundakilerden istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek idi (her ikisi için de $p<0.001$).

Grupların DERS puanları

Gruplar DERS toplam puan ve alt ölçek puanları açısından karşılaştırıldı. DERS toplam puanı AGYOD grubundaki olguların 118 (53-169), AGOD grubundaki olguların 96 (48-152), AGDO grubundaki olguların 74 (40-130) idi. Gruplar DERS toplam puanı açısından mukayese edildiğinde aralarında anlamlı farklılık saptandı ($p<0.001$). AGYOD grubundaki olguların DERS toplam puanı AGOD grubundakilerden, AGOD grubundakilerin ise AGDO grubundakilerden istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek idi (her ikisi için de $p<0.001$). Farkındalık alt ölçek puanı AGYOD grubundaki olguların 15 (6-25), AGOD grubundaki olguların 14 (5-25), AGDO grubundaki olguların 12 (5-21) idi. Gruplar farkındalık alt ölçek puanı açısından mukayese edildiğinde aralarında anlamlı farklılık saptandı ($p<0.001$). AGYOD ve AGOD grubundaki olguların farkındalık alt ölçek puanı AGDO grubundakilerden istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek idi (her ikisi için de $p<0.001$). AGYOD ve AGOD grubundaki olguların farkındalık alt ölçek puanı birbiri ile benzerdi ($p=0.160$). Açıklık alt ölçek puanı AGYOD grubundaki olguların 17 (5-25), AGOD grubundaki olguların 13 (5-25), AGDO grubundaki olguların 10 (5-23) idi. Gruplar açıklık alt ölçek puanı açısından mukayese edildiğinde aralarında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.001$). AGYOD grubundaki olguların açıklık alt ölçek puanı AGOD grubundakilerden, AGOD grubundakilerin ise AGDO grubundakilerden istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek idi (her ikisi için de $p<0.001$). Kabul etmeme alt ölçek puanı AGYOD grubundaki olguların 17 (6-30), AGOD grubundaki olguların 13 (6-30), AGDO grubundaki olguların 10 (6-30) idi. Gruplar kabul etmeme alt ölçek puanı açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı

tespit edildi ($p<0.001$). AGYOD grubundaki olguların kabul etmeme alt ölçek puanı AGOD grubundakilerden, AGOD grubundakilerin ise AGDO grubundakilerden istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek idi (sırasıyla $p=0.001$, $p<0.001$). Dürtü alt ölçek puanı AGYOD grubundaki olguların 19.5 (6-30), AGOD grubundaki olguların 15 (6-29), AGDO grubundaki olguların 11 (6-23) idi. Gruplar dürtü alt ölçek puanı açısından mukayese edildiğinde aralarında anlamlı farklılık saptandı ($p<0.001$). AGYOD grubundaki olguların dürtü alt ölçek puanı AGOD grubundakilerden, AGOD grubundakilerin ise AGDO grubundakilerden istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek idi (her ikisi için de $p<0.001$). Amaçlar alt ölçek puanı AGYOD grubundaki olguların 20 (8-25), AGOD grubundaki olguların 18 (6-25), AGDO grubundaki olguların 14 (5-24) idi. Gruplar amaçlar alt ölçek puanı açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.001$). AGYOD grubundaki olguların amaçlar alt ölçek puanı AGOD grubundakilerden, AGOD grubundakilerin ise AGDO grubundakilerden istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek idi (her ikisi için de $p<0.001$). Stratejiler alt ölçek puanı AGYOD grubundaki olguların 26.5 (11-40), AGOD grubundaki olguların 21 (8-39), AGDO grubundaki olguların 15 (8-33) idi. Gruplar stratejiler alt ölçek puanı açısından mukayese edildiğinde aralarında anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0.001$). AGYOD grubundaki olguların stratejiler alt ölçek puanı AGOD grubundakilerden, AGOD grubundakilerin ise AGDO grubundakilerden istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek idi (her ikisi için de $p<0.001$). Grupların yaşları ve ölçek puanları Tablo 4' de verilmiştir.

Tablo 4.3: Grupların yaşları ve ölçek puanları

Değişken*	Grup			p**	İkili karşılaştırmalar
	AGYOD ¹	AGOD ²	AGDO ³		
Yaş	21 (18-27)	20 (17-26)	20 (17-28)	0.263	-
Dikkat eksikliği	25 (10-35)	18 (4-23)	12 (0-16)	<0.001	1;2 p<0.001 1;3 p<0.001 2;3 p<0.001
Hiperaktivite - dürtüsellik	21.5 (9-36)	17 (6-23)	11 (0-16)	<0.001	1;2 p<0.001 1;3 p<0.001 2;3 p<0.001
ASRS toplam	45 (34-67)	34 (23-44)	24 (0-32)	<0.001	1;2 p<0.001 1;3 p<0.001 2;3 p<0.001
Farkındalık	15 (6-25)	14 (5-25)	12 (5-21)	<0.001	1;2 p=0.16 1;3 p<0.001 2;3 p<0.001
Açıklık	17 (5-25)	13 (5-25)	10 (5-23)	<0.001	1;2 p<0.001 1;3 p<0.001 2;3 p<0.001
Kabul etmeme	17 (6-30)	13 (6-30)	10 (6-30)	<0.001	1;2 p=0.001 1;3 p<0.001 2;3 p<0.001
Dürtü	19.5 (6-30)	15 (6-29)	11 (6-23)	<0.001	1;2 p<0.001 1;3 p<0.001 2;3 p<0.001
Amaçlar	20 (8-25)	18 (6-25)	14 (5-24)	<0.001	1;2 p<0.001 1;3 p<0.001 2;3 p<0.001
Stratejiler	26.5 (11-40)	21 (8-39)	15 (8-33)	<0.001	1;2 p<0.001 1;3 p<0.001 2;3 p<0.001
DERS toplam	118 (53-169)	96 (48-152)	74 (40-130)	<0.001	1;2 p<0.001 1;3 p<0.001 2;3 p<0.001

*: Değişkenler, 'ortanca (min.-maks.)' şeklinde özetlenmiştir.

** : Kruskal-Wallis H testi, istatistiksel anlamlılık koyu font ile ifade edilmiştir.

AGYOD: ASRS' ye yüksek olasılıklı DEHB; AGOD: ASRS' ye göre olası DEHB, AGDO: ASRS' ye göre DEHB olmayan

p<0.05

5. TARTIŞMA

DEHB' de duygu düzenleme güçlükleri araştırmacıların ilgi odağı olmuş, yakın zamanda bu konuyla ilgili çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Araştırmacılar, erişkin DEHB' de duygu düzenleme güçlüklerinin en az çekirdek belirtiler kadar önemli olduğunu, duygu düzenleme güçlükleri nedeniyle DEHB' li bireylerin toplumsal, sosyal ve akademik alanda bir takım sorunlar yaşadığını belirtmiştir (6). Yine DEHB' nin yaşam boyunca diğer psikiyatrik bozukluklar, eğitim ve mesleki alanda başarısızlıklar, kriminal olaylar, kazalar, sosyal engellilik ve bağımlılık riskini artırabileceği bildirilmiştir (107). Erişkin DEHB' nin tanı kriterlerinde belirtildiği gibi bir ruhsal bozukluktan ziyade işlevselliği çeşitli alanlarda bozabilen farklı klinik tablolar ile hekime başvurabileceği öne sürülmüştür (6). Biz de bu araştırmada tıp fakültesi öğrencilerini dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve duygu düzenleme güçlükleri açısından değerlendirmeyi hedefledik.

Araştırmamıza katılan olgular yaş ve cinsiyetleri açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Cinsiyet dağılımı açısından AGYOD grubu incelendiğinde erkek/kadın oranı 1/2.1 olarak tespit edildi. Literatürde DEHB epidemiyolojisi üzerine yapılan araştırmalarda çocuklarda DEHB sıklığı erkek/kız oranı 3:1 iken, kliniğe başvuranlarda ise bu oran 9:1 olarak bulunmuştur. Erişkinde ise erkek/kadın oranı 3/2 şeklinde bildirilmiştir (5). Salvi ve ark.'nın erişkin DEHB' de klinik özellikleri incelediği çalışmada DEHB' si olan 60 hasta çalışmaya dahil edilmiş, erkek/kadın oranı 2.1/1 olarak rapor edilmiştir (108). Araştırmamızda AGYOD grubundaki erkek/kadın oranı literatürden farklılık göstermiştir.

Literatürdeki bazı çalışmalarda düşük sosyoekonomik düzeyin DEHB için bir risk faktörü olabileceği öne sürülmüş, düşük sosyoekonomik düzeydeki bireylerin yüksek sosyoekonomik düzeyde olanlara göre 1.5-4 kat daha fazla oranda DSM-4' e göre DEHB tanı kriterlerini karşıladığı bildirilmiştir. Ancak başka çalışmalarda ise sosyoekonomik düzey ile DEHB sıklığı arasında bir ilişki bulunamamış, bu hususta daha ileri çalışmalara ihtiyaç olduğu belirtilmiştir (109). Araştırmamızda sosyoekonomik düzey açısından gruplar karşılaştırıldığında, gruplar birbiri ile benzer bulundu. Bu sonuç DEHB ve düşük sosyoekonomik düzey arasında ilişki saptamamış diğer çalışma sonuçları ile uyumludur (110).

Çocuk ve erişkinlerde DEHB' ye psikiyatrik hastalıkların sıklıkla eşlik ettiği bildirilmiştir. Eş tanı gelişiminde duygu düzenleme becerilerinin gelişiminin önemli rolünün olduğu da belirtilmiştir (54, 56). DEHB' ye en sık eşlik eden psikopatolojilerin duygudurum ve anksiyete bozuklukları, madde kullanım bozuklukları ve kişilik bozuklukları olduğu rapor edilmiştir. Çalışmalar bu durumun erişkinde DEHB' nin teşhis edilmesini zorlaştırdığına, aynı zamanda DEHB' nin yeterince tanınıp tedavi edilmediğine dikkat çekmiştir. Erişkinde DEHB ve psikiyatrik komorbiditelerin erken tanınması ve tedavi edilmesinin, yaşamın sonraki dönemlerinde psikiyatrik morbiditenin gidişatını değiştirebileceği de vurgulanmıştır (111). Faraone ve ark., DEHB' nin klinik heterojenitesinden bahsetmiş, az sayıda hastanın psikiyatrik komorbiditesinin olmadığını, ama bazı hastaların ise iletişim bozuklukları, entellektüel bozukluklar, özgül öğrenme güçlükleri, uyku bozuklukları, anksiyete ve duygudurum bozuklukları, otizm spektrum bozuklukları, tik bozuklukları, yıkıcı davranış bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları gibi kompleks problemlerinin olduğunu belirtmiştir (107). Araştırmamızda AGYOD grubunda AGDO grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek oranda psikiyatrik hastalık öyküsü tespit edildi. AGYOD grubunda en sık bildirilen psikiyatrik hastalık anksiyete bozukluğu idi. Bunu DEHB, depresyon ve OKB takip etti. AGYOD grubunda DEHB öyküsü diğer gruplara oranla daha yüksek olmakla birlikte sadece 4 (%5.3) olguda mevcuttu. Bu sonuç literatürde de belirtildiği gibi erişkinde DEHB' nin yeterince teşhis edilmemiş olabileceğini akla getirdi. AGYOD grubundaki yüksek psikiyatrik hastalık oranının tanı karmaşasına yol açmış olabileceğini düşündürdü. Araştırmamızın psikiyatrik komorbiditeyle ilgili sonuçları literatür ile uyumludur. Yine AGYOD grubunda AGDO grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek oranda psikotrop ilaç kullanımı görüldü. Bu sonuç da AGYOD grubunda psikiyatrik hastalık öyküsünün daha yüksek olmasıyla açıklanabilir. Katılımcıların ruhsal muayenelerinin yapılmamış olması ve online olarak elde edilen sosyodemografik veriler ışığında hastalık öykülerinin girilmesi araştırmamızın bir kısıtlılığıdır.

Araştırmacılar DEHB' deki madde kullanım bozukluğunun özellikle alkol ve/veya nikotin, esrar ve kokain kullanımıyla ilişkili olduğunu bildirmiştir. DEHB' li bireylerde genel topluma göre yaklaşık iki kat daha yaygın madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı rapor edilmiştir. Madde kullanım bozukluğu ve DEHB arasındaki ilişkinin benzer nörobiyolojik mekanizmalar ve eşlik eden psikiyatrik bozukluk, dürtüsellik, yenilik arayışı, DEHB semptomları için self medikasyon gibi etkenlerden kaynaklandığı rapor edilmiştir. DEHB' li bireylerin uyku bozukluğu ya da mood düzenleme için sıklıkla

madde kullanımına gittiği de belirtilmiştir. Bununla birlikte DEHB ve sigara kullanımı arasında güçlü bir ilişki olduğu bulunmuş, DEHB' li bireylerin olmayanlara göre nikotine daha kuvvetli fiziksel bağımlılığının olduğu gösterilmiştir (111). Çalışmalarda, DEHB' li bireylerde özellikle davranım bozukluğu ya da antisosyal kişilik bozukluğu var ise, genel popülasyona göre sigara ve madde kullanım bozuklukları riskinin artmış olduğuna dikkat çekilmiştir (112, 113). Çocukluk ve ergenlik dönemindeki DEHB' nin, erişkin dönemde tütün, alkol ve madde kullanımının güçlü bir göstergesi olduğu belirtilmiştir. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde komorbid DEHB prevalansının yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu hastaların yaklaşık dörtte birinin DEHB için DSM-4 tanı kriterlerini karşıladığı vurgulanmıştır (114). 29 çalışmanın incelendiği bir metaanalizde, madde kullanım bozukluğu olan hastaların %23.1' inin erişkin DEHB olduğu rapor edilmiştir (115). Madde kullanım bozukluğuna ek olarak DEHB' si olan hastaların, DEHB' si olmayan hastalara kıyasla daha yüksek oranda çoklu madde kullanımı gösterdiği belirtilmiştir. DEHB' si ve madde kullanım bozukluğu komorbiditesi olan bireylerin maddeyi bırakma konusunda daha fazla güçlük çektiği (116), sosyal ve akademik alanlarda daha fazla problemle birlikte hayat kalitelerinde azalma olduğu gösterilmiştir (117). Araştırmacılar DEHB ve alkol kullanım bozukluğunun etyopatogenezinde katekolaminerjik ve glutamaterjik nörotransmisyonu da içeren önemli ortak genetik mekanizmaların olduğuna dikkat çekmiştir. Dürtüsel kararlar ve maladaptif çalışan ödül sistemi, DEHB' li bireyleri alkol kullanımına karşı savunmasız hale getirir. Alkol kullanım bozukluğu olan bireylerde DEHB' nin yaklaşık %20 oranında görüldüğü ancak yeterince teşhis ve tedavi edilmediği bildirilmiştir (118). DEHB, çoğunlukla kazalara bağlı artmış ölüm oranı ile ilişkilendirilmiş (118, 119), komorbid madde kullanım bozukluğunun DEHB' li bireylerde erken ölüm riskini daha da artırdığına dikkat çekilmiştir (120). Buna paralel şekilde kaza sonrası acil travma bölümünde izlenen hastalarda DEHB yaygınlığının artmış olduğu tespit edilmiş, DEHB' si olanların da sıklıkla alkol veya diğer maddelerin etkisi altında olduğu rapor edilmiştir (121). Dürtüsel özelliklerin DEHB' li erişkinlerde madde bağımlılığı, tehlikeli araç kullanımı gibi riskli davranışlarda bulunma olasılığını artırdığı bildirilmiştir (4). Araştırmamızın sonuçlarında sigara ve alkol kullanımı AGYOD grubunda diğer gruplara göre daha yüksek oranda bulunmakla birlikte gruplar arasında anlamlı farklılık görülmedi. Bu sonuçtan yola çıkılarak, bağımlılığa ilişkin bir yorum yapılması mümkün değildir. Fakat AGYOD grubundaki olguların diğer gruptakilere göre bağımlılık geliştirme açısından daha riskli olduğu söylenebilir. Madde deneyimi açısından gruplar karşılaştırıldığında gruplar

arasında anlamlı farklılık bulunmadı. Beklenilenin aksine AGDO grubunda madde deneyimi diğer gruplara göre daha yüksek oranda idi. Ülkemizde madde deneyiminin yasal olmaması nedeniyle katılımcılar bu soruya objektif yanıt vermemiş olabilir. Bu durum sonuçlarımızı etkilemiş olabilir. Sonuçta sigara, alkol, madde deneyimi ile ilgili bulgularımız literatür ile kısmen uyumludur.

Çok sayıda araştırmada DEHB' li çocuk ve ergenlerde artmış intihar riski olduğu gösterilmiştir (122, 123). Galera ve ark. DEHB' li erkek ergenlerde DEHB semptomları ile yaşam boyu intihar planı/girişimi arasında ilişki saptamış, kız ergenlerde ise böyle bir ilişki bulunamamıştır (124). Lam, fiziksel yaralanma nedeniyle hastaneye yatırılan çocuk ve ergenlerde intihar, kendine zarar verme, saldırıya bağlı yaralanma ile DEHB arasında anlamlı ilişki olduğunu göstermiştir (125). Goodman ve ark., intihar davranışı ile başvuran çocuklarda DEHB tanısı alma olasılığının daha yüksek olduğunu bildirmiş, saldırganlığın DEHB ve intihar davranışı arasındaki ilişkiye aracılık ettiğini vurgulamıştır (126). DEHB belirtilerinin birçok vakada erişkinde de devam ettiği göz önüne alındığında, DEHB' li çocuk ve ergenlerdeki intihar eğiliminin erişkin dönemde de devam etmesi muhtemel görünmektedir. Park ve ark., erişkin DEHB belirtileri ile intihar eğilimi arasında güçlü bir ilişki olduğunu belirtmiştir (127). Başka bir araştırmada, çocuklukta DEHB öyküsü olan genç kadınların kontrollere göre daha yüksek intihar ve kendine zarar verme davranışının olduğu belirtilmiştir (128). Babinski ve ark.' nın geniş bir örneklem ile yaptığı araştırmada, DEHB' si olan genç yetişkinlerde olmayanlara göre daha sık depresyon, intihar düşüncesi ve girişimi olduğunu gözlemlemiş, DEHB' si olan kadınlarda depresyon ve intihar düşüncesinin daha da sık olduğunu rapor etmiştir (129). DEHB' de artmış intihar riski üzerine yapılan çalışmalar, intihar için olası risk faktörleri olarak tipik komorbiditelere ve intihar davranışına yatkınlık oluşturabilecek spesifik kişilik özellikleri ve bilişsel bozulmalara odaklanmıştır. DEHB' deki nörobiyolojik değişiklikler ve semptomları tedavi etmek için kullanılan ilaçların etkileri de önemlidir. Park ve ark., yaptığı araştırmada, DEHB belirtileri ile nikotin bağımlılığı, alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı, duygudurum bozuklukları, bipolar bozukluk, majör depresif bozukluk, anksiyete bozuklukları, OKB, somatoform bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, sosyal ve özgül fobi arasında anlamlı ilişki olduğunu göstermiştir (127). Başka bir araştırmada DEHB' li çocuk ve ergenlerde eş tanı sayısı karşılaştırılmış, ergenlerde eş tanı oranının anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Zamanla gözlenen bu artışın, DEHB' deki emosyonel ve sosyal sorunlarla baş etmede güçlük nedeniyle olabileceği belirtilmiştir (130). 4-6 yaşlarında DEHB' si olan 125 çocuktan

oluşan bir kohortta, bu çocukların 18 yaşına kadar majör depresyon veya distimi için DSM-4 tanı kriterlerini karşılama ve intihar girişiminde bulunma riskinin kontrollere göre büyük ölçüde artmış olduğu tespit edilmiştir (122). Nasser ve Overholser, depresyon ve DEHB birlikteliğinin daha ölümcül intihar girişimlerine yatkınlık oluşturduğunu bildirmiştir (131). DEHB’ de sık görülen madde kullanımı da artmış intihar riski ile ilişkilendirilmiştir. Huntley ve ark.’nın yaptığı araştırmada madde kullanım bozukluğu olan hastalarda tanı konulmamış DEHB yaygınlığının %12’ lere ulaştığı öne sürülmüş, her iki tanıyı da alan hastalarda anlamlı şekilde daha yüksek alkol kullanımı, depresyon ve intihar girişimi rapor edilmiştir (132). Birçok araştırmada DEHB tanısının intihar için bağımsız risk faktörü olduğu bildirilirken, affektif bozukluklar, anksiyete bozuklukları, madde kullanımı gibi eşlik eden diğer komorbiditelerin bu duruma aracılık ettiği düşünülmüştür (133). DEHB’ nin temel belirtilerinden biri olan dürtüsellik, hastalarda karar verme sürecinin bozulmasında önemli bir rol oynamaktadır. Dürtüsellik, sonuçların çok az öngörülmesi veya dikkate alınması ile karakterize davranışlar içeren bir kişilik özelliğidir. DEHB hastaları, hayatın ikilemleri ve krizler ile karşı karşıya kaldıklarında hastalığın getirdiği karar verme yetisinde bozulma, dikkatsizlik ve dürtüsellik nedeniyle uzun vadeli bir kazanç sağlamak ve başarılı stratejiler geliştirmek yerine genellikle riskli ve aceleyle karar verme eğiliminde olabilir. Bu bilişsel eğilimler, stresli olaylardan anında uzaklaşabilmek için intiharı tercih etmeye neden olabilir (134). Buna paralel şekilde önceki çalışmalarda da bilişsel bozulmalar ve dürtüsellik DEHB’ de riskli karar verme ve intihar davranışında muhtemel rolünün olduğu bildirilmiştir (135, 136). Araştırmamızın sonuçlarında intihar girişimi öyküsü AGYOD grubunda diğer gruplara göre anlamlı şekilde daha yüksek oranda tespit edildi. Bulgularımız literatürdeki önceki çalışma sonuçları ile uyumludur. Ancak bu sonucun elde edilmesinde, diğer psikiyatrik komorbiditeler ve klinik özelliklerin de rolünün olduğunu düşünmekteyiz.

DEHB’ li bireyler hastalığın süregiden belirtileri nedeniyle adli sorunlar da yaşayabilmektedir. Boylamsal çalışmalarda tedavi edilmemiş DEHB’ li olguların erişkin dönemde alkol-madde bağımlılığı, suça yönelme, kendine zarar verme ve trafik kazaları gibi riskli davranışlar gösterdiği gözlenmiştir (103). Çocukluk çağında başlayan uyumsuz davranışların yaş ilerledikçe suç işleme eğilimine dönüşebildiği belirtilmiştir. DEHB’ li bireylerin erken yaşta yaşadığı uyum problemleri, impulsif davranışlar ve oluşturduğu sorunlar, okul başarısında düşüklük gibi nedenlerde erken yaşta daha sık suça karıştığı rapor edilmiştir (137, 138). Epidemiyolojik araştırmalar genel nüfusa kıyasla cezaevi mahkumlarında DEHB prevalansının 10 kat daha fazla olduğunu göstermiştir (%25-45’

e %2-5). DEHB' si olan mahkumlarda, olmayanlara kıyasla kişilik bozukluğu ve madde bağımlılığı dahil olmak üzere daha yüksek oranlarda psikiyatrik morbidite bildirilmiştir (139). DEHB' li bireylerde madde kullanımının genel topluma göre daha yaygın olduğu belirtilmiştir (111). DEHB' si ve alkol-madde bağımlılığı olan bireylerin yasadışı yollardan alkol-madde temin etmeye yönelik davranışlarının suça yönelimi artırabildiğine dikkat çekilmiştir (140). Literatürdeki birçok çalışmada DEHB' li bireylerin farklı ortamlarda daha sık ceza alma eğiliminde oldukları gösterilmiştir (141). Epidemiyolojik bir araştırmada, DEHB' li kişilerin polisle daha sık problem yaşadığı bildirilmiştir (142). Ülkemizde cezaevi mahkumlarında yapılmış bir araştırmada, olası DEHB' si olan mahkumların olmayanlara gasp, uyuşturucu ticareti, okulda ve askerde disiplin cezası alma oranının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Ayrıca olası DEHB varlığı ile mahkumiyet sayısı, belirli suçlara eğilim potansiyeli ve suça erken karışma arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir (143). Araştırmamızın sonuçlarında adli olay öyküsü, AGYOD grubunda AGDO grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek oranda idi. Bulgularımızın literatür ile uyumlu olduğu söylenebilir. Ancak araştırmada adli olayın içeriğine dair detaylı bilgi sorgulanmadığı dolayısıyla suç teşkil edecek bir kayıt olup olmadığı hakkında veri elde edilmediği için bu hususta daha ileri yorumlar yapılamadı. Bu durum araştırmamızın bir kısıtlılığıdır.

Akademik işlev, DEHB de dahil olmak üzere çeşitli bozukluklardan etkilenebilir. Daha yüksek bilişsel beceriler artmış akademik performans ile ilişkilidir (144). Bilişsel becerilerin DEHB' nin temel semptomları olan dikkatsizlik, hiperaktivite/dürtüsellik ya da bunların kombinasyonu nedeniyle bozulabildiği gösterilmiştir. Çok sayıda çalışma erken dönemde dikkat bozukluklarının, gelecekte okuma, matematik ve okul performansında düşüklük ile ilişkili olduğunu göstermiştir (145). Dikkatsizlik, hiperaktivite, çalışma belleği bozuklukları, ve DEHB' ye eşlik edebilen öğrenme güçlüklerinin düşük okul başarısına sebep olabileceği bildirilmiştir (144). Genel nüfusa göre DEHB' li bireylerde sınıf tekrarının fazla olduğu ve akademik başarı düzeylerinin düşük olduğu belirtilmiştir (146, 147). Jangmo ve ark., yaptıkları çalışmada, DEHB' li çocukların kontrollere kıyasla okuma ve aritmetik başarı testlerinde daha düşük puanlar aldığını, daha düşük ortalamalarının olduğunu, sınıf tekrarı ve özel eğitime yerleştirme risklerinin daha fazla olduğunu vurgulamıştır. Araştırmalar, DEHB' nin hem çocukluk döneminde hem de sonraki yaşamda zayıf okul performansı ile ilişkili olduğuna dikkat çekmiştir (147-149). Çocuklarda ve erişkinlerde DEHB tedavisi ile, hastalığın temel belirtilerinde iyileşme, bilişsel işlevlerde gelişme, okul başarısında artış olduğu

gözlenmiştir (147). Araştırmamızın sonuçlarında AGYOD grubunda AGDO grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek oranda sınıf/staj tekrarı öyküsü saptandı. Ayrıca AGYOD grubunda AGDO grubuna göre anlamlı şekilde ortalamanın üstünde algılanan başarı düzeyi daha düşük, ortalamanın altında algılanan başarı düzeyi ise daha yüksek oranda idi. Araştırmamızın akademik performans ile ilgili sonuçları literatürdeki önceki çalışma sonuçları ile uyumludur.

DEHB, genetik geçişi yüksek olan ruhsal bozukluklardan biridir. DEHB' li çocukların ebeveynlerinde DEHB riskinin 2-8 kat artmış olduğu gösterilmiştir (29). Ülkemizde yapılmış bir araştırmada DEHB' li çocukların ebeveynlerinin % 6.8' inin erişkin DEHB tanı kriterlerini karşıladığı bildirilmiştir. DEHB' li çocuklarının ebeveynlerinde, kontrol grubuna göre daha yüksek oranda psikiyatrik hastalık olduğuna dikkat çekilmiştir (30). DEHB' de genetik geçiş oranının %55-92 arasında olduğu öne sürülmüştür (150). Genetik geçiş riskinin kadınlarda daha yüksek oranda olduğu vurgulanmış, DEHB' li bir ebeveyni olan kızların hastalığa yakalanma riskinin 6.6, erkeklerin ise 1.5 kat arttığı rapor edilmiştir. Erkeklerde çevresel, kızlarda ise genetik faktörlerin daha ön planda olduğu düşünülmüştür (30). DEHB' li çocukların ailelerinde, kontrollere göre depresif bozukluklar ve anksiyete bozukluklarının daha yüksek oranda görüldüğü bildirilmiştir (151). DEHB' si olan çocukların ailelerinde agorafobi ve panik bozukluğu, kontrol grubuna kıyasla daha yüksek oranda bulunmuştur (152). Araştırmamızda ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, AGYOD grubunda AGDO grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek oranda tespit edildi. Araştırmamızın bu sonucu literatürdeki önceki çalışmalar ile uyumludur. Psikiyatrik hastalığın çeşidi ve kimde görüldüğüne dair bilgi alınmadığı için bu hususta daha ileri yorumlar yapılamamıştır. Bu durum araştırmamızın bir kısıtlılığıdır.

DEHB' de duygu düzenleme güçlükleri son zamanlarda araştırmacıların ilgi odağı olmuş, bu alanda çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Yapılan araştırmalarda duygu düzenleme güçlüklerinin en az çekirdek belirtiler kadar önemli olduğu ve işlevsellikte bozulmalara sebep olabileceği öne sürülmüştür. Erişkinde DEHB' ye alternatif modeller geliştiren Wender, Brown, Conner ve Barkley gibi araştırmacıların tamamı DEHB' de emosyonel belirtilerin önemine dikkat çekmiştir (6). Çeşitli araştırmalarda emosyonel dalgalanmalar, emosyonel disregulasyon ve iritabilitenin DEHB' li çocuk ve erişkinlerde sıklıkla görüldüğü gösterilmiştir (101, 153). Shaw ve ark., DEHB' li erişkinlerin %34-70' inde duygu düzenleme güçlüklerinin olduğunu belirtmiş, çocuklarda ise bu oranın daha düşük olduğunu ve tahmini olarak %25-45 olduğunu öne sürmüştür (98). Retz ve ark., yetişkin

DEHB' de psikopatolojik görünüm ve işlevsel bozulmanın DEHB' nin klasik dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileriyle tam olarak izah edilemediğine işaret etmiştir. DEHB' li bireylerin yaşadıkları duygudurum değişkenliği nedeniyle stresle baş etmede zorlandığını, sık ve çabuk sinirlendiğini, sabırsız ve kolay ketlenebilir olduğunu, duygusal tepkiselliklerinin yüksek olduğunu vurgulamıştır. Ayrıca bu bireylerin kişiler arası ilişki sorunlarını sıkça yaşadığını ve hekime başvuru nedenleri arasında kişiler arası ilişki sorunlarının önemli payının olduğunu bildirmiştir (6). Bozukluğun seyrinden bağımsız olarak, duygu düzenleme güçlüklerinin erişkin DEHB' de çeşitli alanlardaki (örneğin aile, arkadaş, işyeri) bozulmalar için öngördürücü olduğu rapor edilmiştir (154-156). Surman ve ark.' nın yaptığı çalışmada yoğun duygu düzenleme güçlükleri olan DEHB' li bireylerin, duygu düzenleme güçlükleri yoğun olmayan DEHB' li bireylere göre, daha yüksek oranda işlevsellikte bozulma, boşanma, trafik kazası riski ve tutuklanma riskinin olduğu belirtilmiştir (156). Başka bir çalışmada DEHB' li erişkinlerde emosyonel labilite, komorbidite ve işlevsellikte bozulma değerlendirilmiş; DEHB' li erişkinlerde kontrollere göre daha yüksek oranda emosyonel labilite görüldüğü rapor edilmiştir. Hiperaktivite/dürtüsellğin, subsendromal belirtilerden ziyade emosyonel labilitenin en güçlü yordayıcısı olduğu gözlenmiş, emosyonel labilitenin günlük yaşamda işlevsellikte bozulmaya diğer etkenlerden bağımsız olarak katkıda bulunduğu vurgulanmıştır. Emosyonel labiliteyi değerlendiren bazı ölçek puanlarının (örneğin affektif labilite-öfke alt ölçeği), antisosyal davranış gösteren DEHB' lilerde, göstermeyen DEHB' lilere göre daha yüksek oranda olduğuna dikkat çekilmiştir. Sonuç olarak DEHB' de emosyonel labilitenin komorbid durumlardan ziyade hastalığın kendisi ile ilişkili olduğuna işaret edilmiş, hastalığın kendi klasik belirtileriyle açıklanamayan bazı bozuklukları açıklamaya yardımcı olabileceği belirtilmiştir. Ayrıca erişkin DEHB' de uzun dönemde problemlere sebep olabilecek emosyonel labilitenin rutin olarak taranması gerektiği de ifade edilmiştir (155). Barkley ve Murphy yaptıkları araştırmada DEHB' de işlevsiz duygu düzenlemenin, daha düşük psikososyal işlevsellik düzeyi, daha düşük ebeveynlik becerileri, mesleki problemler, riskli araba kullanımı ve suç ile ilişkili olduğu öne sürmüştür (154). Yetişkin DEHB' de duygu düzenleme güçlükleri üzerine yapılan çalışmalar, hastaların kontrollere göre duygularını daha az düzenleyip kontrol edebildiklerini, bu eksikliklerin DEHB' nin yalnızca temel belirtilerinden daha fazla şekilde yaşam kalitesini etkilediğini göstermiştir. Araştırmamızın sonuçlarında DERS toplam puanı ve farkındalık haricindeki tüm alt ölçek puanları AGYOD grubunda AGOD grubuna göre, AGOD grubunda ise AGDO grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek

saptandı. AGYOD ve AGOD gruplarının farkındalık alt ölçek puanları birbiri ile benzer iken, AGDO grubundan anlamlı şekilde daha yüksek idi. AGYOD grubunda duygu düzenleme güçlüklerinin daha yüksek oranda görülmesi, bu grupta daha yüksek oranda psikiyatrik hastalık öyküsü, psikotrop ilaç kullanımı, intihar girişimi ve adli sicil kaydı görülmesine ayrıca psikososyal işlevsellik ile ilgili fikir verebilecek daha yüksek oranda sınıf/staj tekrarı öyküsü ve bununla paralel algılanan başarı düzeyinde düşüklüğe katkı sağlamış olabilir. Duygu düzenleme güçlüğü ile ilgili bulgularımız literatürdeki önceki çalışma sonuçları ile uyumludur. Erişkin DEHB’ deki yüksek eş tanı oranları(17) ve duygu düzenleme güçlüklerinin diğerk birçok ruhsal bozukluğun gelişmesinde anahtar rol oynadığı(157) düşünüldüğünde, erişkin DEHB’ li bireylerde duygu düzenleme güçlüklerinin tedavide dikkate alınması terapötik müdahaleleri daha etkin kılabilir (158). Literatürde bilişsel davranışçı terapinin (BDT) DEHB’ de semptomlar ve komorbid psikiyatrik hastalıklar üzerine olumlu etkilerinin olduğunu bildiren çok sayıda çalışma mevcuttur. Diyalektik davranışçı terapi, farkındalık meditasyon eğitimi gibi farklı modellerin DEHB tedavisindeki etkilerine yönelik araştırmalar halen devam etmektedir (159). Duygu düzenleme sürecindeki problemleri aşamaları hedefleyip gelişme sağlayabilen uygun terapötik yaklaşımlar semptomların azalmasına katkı sağlayacaktır. Örneğin DEHB’ li bireyde duygusal farkındalık boyutunda bir eksiklik varsa, bireyin duyarlılığını artırmak için farkındalık meditasyon eğitimleri yararlı olabilir (158). DEHB’ de psikoterapinin etkinliğini değerlendiren BDT dışındaki diğerk modelleri de inceleyen daha ileri araştırmalara ihtiyaç vardır.

6. SONUÇ

Bu araştırmada tıp fakültesi öğrencilerinin DEHB ve duygu düzenleme güçlükleri açısından değerlendirilmesi hedeflendi. ASRS kesme puanına göre öğrenciler gruplara ayrıldı. Buna göre DERS toplam puanı ve farkındalık alt ölçeği hariç diğer tüm alt ölçek puanları AGYOD grubunda AGOD grubuna göre, AGOD grubunda AGDO grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek saptandı. Ayrıca AGYOD grubunda AGDO grubuna göre psikiyatrik hastalık öyküsü, psikotrop ilaç kullanımı, intihar girişimi, adli sicil kaydı, sınıf/staj tekrarı öyküsü, algılanan başarı düzeyinde düşüklük ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü anlamlı şekilde daha yüksek oranda saptandı. Sigara ve alkol kullanımı AGYOD grubunda diğer gruplara göre daha yüksek oranda olmakla birlikte, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildi. Öngörülerimizin aksine gruplar madde deneyimi öyküsü açısından karşılaştırıldığında birbiri ile benzerdi ve madde deneyimi öyküsü AGDO grubunda diğer gruplara göre daha yüksek oranda idi.

Görüldüğü üzere DEHB' li bireyler, erişkin dönemde sadece çekirdek belirtiler nedeniyle değil, bu belirtilere ilave duygu düzenleme güçlükleri ve oluşturduğu akademik sosyal ve toplumsal problemler nedeniyle çok daha farklı klinik tablolar ile hekime başvurabilmektedir. Daha da ötesi bu bireyler hastalığın süregiden belirtileri nedeniyle adli sorunlar yaşayabilmektedir. Takip çalışmalarında tedavi edilmemiş DEHB' li olguların erişkin dönemde alkol-madde bağımlılığı, suça yönelme, kendine zarar verme ve trafik kazaları gibi riskli davranışlar gösterdiği gözlenmiştir. Aile hekimliği sistemi, ülkemizde sağlık sisteminin en temel basamağını oluşturmaktadır. DEHB' nin erişkinde oluşturacağı riskler göz önüne alındığında; aile hekiminin erişkinde DEHB' nin klinik görünümü açısından farkındalığının olması ve şüphe uyandıran henüz tanı konulmamış gözden kaçmış vakaları psikiyatri hekimine yönlendirmesi, hem birey hem toplum sağlığı açısından büyük önem arz edecektir. Koruyucu hekimlik kapsamında DEHB' nin çocukluk çağında aile hekimliği tarama programlarına eklenebileceği, bu konuda temel sağlık politikalarının geliştirilmesi gerektiği kanaatindeyiz.

Araştırmamızın bazı kısıtlılıkları ve güçlü yanları bulunmaktadır. Literatürdeki önceki çalışmalarda klinik muayene ile DEHB tanısı alan hastalar çalışmaya dahil edilmiş ve değerlendirilmiştir. Araştırmamızda ise olguların ruhsal muayenesi yapılmamış, ruhsal durum değerlendirmesi için ölçekler kullanılmıştır. Katılımcılar semptomları üzerinden değerlendirilerek yüksek olasılıklı DEHB, olası DEHB ve DEHB olmayan şeklinde

gruplandırılmıştır. Bu sebeple tanıları tartışmak mümkün olmamıştır. Bu durum sonuçlarımızı etkilemiş olabilir ve araştırmamızın bir kısıtlılığıdır. Araştırmamızın kesitsel olması nedeniyle sonuçlar katılımcıların hali hazırdaki durumlarını göstermekte, sonuçların nedenselliği ve uzunlamasına ilerleme süreci hakkında daha ileri yorumlar yapılmasını engellemektedir. Bu durum araştırmamızın bir diğer kısıtlılığıdır. Başka bir kısıtlılık; adli sicil kaydı, madde deneyimi gibi bazı sorulara katılımcılar objektif yanıt vermemiş olabilir. Sonuçlarımız bundan etkilenmiş olabilir. Evreni tıp fakültesi öğrencileri olan çalışmamıza öğrencilerin büyük çoğunluğuna ulaşarak araştırmaya dahil etmiş olmamız çalışmamızı güçlü kılmıştır. Grupların yaş, cinsiyet, fiziksel hastalık gibi değişkenler açısından benzer olması sonuçları etkileyebilecek diğer faktörlerin minimize edilmesi açısından önemlidir ve çalışmamızı güçlü kılan özelliklerden biridir. Literatürde üniversite öğrencilerinde DEHB ve çeşitli klinik özellikleri inceleyen çok sayıda çalışma olmasına rağmen, üniversite öğrencilerinde DEHB ve duygu düzenleme güçlüklerinin birlikte değerlendirildiği bir araştırmaya rastlamadık. Çalışmamız bu alanda yapılacak daha iyi yapılandırılmış araştırmalara ışık tutacak, bu hususta literatüre katkı sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

1. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2016. 1496 p.
2. Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine*. 2006;36(2):159-65.
3. Tuğlu C, Şahin ÖÖ. Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Nörobiyoloji, tanı sorunları ve klinik özellikler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2010;2(1):75-116.
4. Olazagasti MAR, Klein RG, Mannuzza S, Belsky ER, Hutchison JA, Lashua-Shriftman EC, et al. Does childhood attention-deficit/hyperactivity disorder predict risk-taking and medical illnesses in adulthood? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2013;52(2):153-62. e4.
5. Biederman J, Faraone SV, Monuteaux MC, Bober M, Cadogan E. Gender effects on attention-deficit/hyperactivity disorder in adults, revisited. *Biological Psychiatry*. 2004;55(7):692-700.
6. Retz W, Stieglitz R-D, Corbisiero S, Retz-Junginger P, Rösler M. Emotional dysregulation in adult ADHD: What is the empirical evidence? *Expert Review of Neurotherapeutics*. 2012;12(10):1241-51.
7. Thompson RA. Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 1994;59(2-3):25-52.
8. Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*. 1998;2(3):271-99.
9. Moukhtarian TR, Mintah RS, Moran P, Asherson P. Emotion dysregulation in attention-deficit/hyperactivity disorder and borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. 2018;5(1):1-11.
10. Compas BE, Jaser SS, Bettis AH, Watson KH, Gruhn MA, Dunbar JP, et al. Coping, emotion regulation, and psychopathology in childhood and adolescence: A meta-analysis and narrative review. *Psychological Bulletin*. 2017;143(9):939.
11. Öyekçin DG, Şahin EM. Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuna birinci basamak yaklaşım. *The Journal of Turkish Family Physician*. 2011;2(4):1-8.
12. Magnin E, Maurs C. Attention-deficit/hyperactivity disorder during adulthood. *Revue Neurologique*. 2017;173(7-8):506-15.

13. Torun NY, Özşahin A, Sütçigil L. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun yetişkinlikteki yansımaları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2009;12(1):43-50.
14. Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder: A selective overview. *Biological Psychiatry*. 2005;57(11):1215-20.
15. Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA, et al. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*. 2005;57(11):1313-23.
16. Banaschewski T, Becker K, Döpfner M, Holtmann M, Rösler M, Romanos M. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Deutsches Arzteblatt international*. 2017;114(9):149-59.
17. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *The American journal of psychiatry*. 2006;163(4):716-23.
18. Fayyad J, De Graaf R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K, et al. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2007;190:402-9.
19. Polanczyk G, Rohde LA. Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Current opinion in psychiatry*. 2007;20(4):386-92.
20. Yapicioğlu B, Kavakci Ö, Güler AS, Semiz M, Doğan O. Sivas il merkezinde erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun yaygınlığı ve eşlik eden eksen-I, eksen-II tanıları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2011;12(3):177-84.
21. Yargıç İ, Özdemiroğlu F. Erişkinlerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu. In: Işık E, Taner E, Işık U, editors. *Güncel Klinik Psikiyatri*. İstanbul: Golden Print; 2008. p. 477-93.
22. Tamam L, Tuğlu C, Karatas G, Ozcan S. Adult attention-deficit hyperactivity disorder in patients with bipolar I disorder in remission: Preliminary study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2006;60(4):480-5.
23. Tamam L, Karakus G, Ozpoyraz N. Comorbidity of adult attention-deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder: Prevalence and clinical correlates. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2008;258(7):385-93.
24. Ercan E, Aydın C. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Özellikler Tedavisi, Çocuklarda ve Erişkinlerde Belirtileri. İstanbul: Gendaş; 2000.

25. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *Journal of abnormal psychology*. 2002;111(2):279-89.
26. Millichap JG. Etiologic classification of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2008;121(2):e358-e65.
27. Faraone SV, Doyle AE. The nature and heritability of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2001;10(2):299-316.
28. Asherson P. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in the post-genomic era. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2004;13(1):i50-i70.
29. Faraone SV, Biederman J. Neurobiology of attention-deficit hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*. 1998;44(10):951-8.
30. Güçlü O, Erkıran M. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı konmuş çocukların ebeveynlerinde psikiyatrik yüklülük. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2004;7(1):32-41.
31. Asherson PJ, Curran S. Approaches to gene mapping in complex disorders and their application in child psychiatry and psychology. *The British Journal of Psychiatry*. 2001;179(2):122-8.
32. Faraone SV, Khan SA. Candidate gene studies of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2006;67:13.
33. Faraone SV, Mick E. Molecular genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics*. 2010;33(1):159-80.
34. Elia J, Gai X, Xie H, Perin J, Geiger E, Glessner J, et al. Rare structural variants found in attention-deficit hyperactivity disorder are preferentially associated with neurodevelopmental genes. *Molecular Psychiatry*. 2010;15(6):637-46.
35. Shaw P, Eckstrand K, Sharp W, Blumenthal J, Lerch J, Greenstein D, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2007;104(49):19649-54.
36. Arnsten AF, Pliszka SR. Catecholamine influences on prefrontal cortical function: Relevance to treatment of attention deficit/hyperactivity disorder and related disorders. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*. 2011;99(2):211-6.

37. Arnsten AF. Catecholamine and second messenger influences on prefrontal cortical networks of “representational knowledge”: A rational bridge between genetics and the symptoms of mental illness. *Cerebral Cortex*. 2007;17(suppl_1):i6-i15.
38. Arnsten AF, Paspalas CD, Gamo NJ, Yang Y, Wang M. Dynamic network connectivity: A new form of neuroplasticity. *Trends in Cognitive Sciences*. 2010;14(8):365-75.
39. Cortese S. The neurobiology and genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): What every clinician should know. *European Journal of Paediatric Neurology*. 2012;16(5):422-33.
40. Fusar-Poli P, Rubia K, Rossi G, Sartori G, Balottin U. Striatal dopamine transporter alterations in ADHD: Pathophysiology or adaptation to psychostimulants? A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*. 2012;169(3):264-72.
41. Cabral P. Attention deficit disorders: Are we barking up the wrong tree? *European Journal of Paediatric Neurology*. 2006;10(2):66-77.
42. Stahl S. Temel Psikofarmakoloji. 2 ed. Ankara: Yelkovan Yayıncılık 2003.
43. Pliszka SR, McCracken JT, Maas JW. Catecholamines in attention-deficit hyperactivity disorder: Current perspectives. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1996;35(3):264-72.
44. Herken H. Yaşamboyu Dikkat Eksikliği Bozukluğu 1ed. Ankara: Detay Yayıncılık; 2018.
45. Barkley RA. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*. 1997;121(1):65.
46. Wilens TE, Biederman J, Spencer TJ. Attention deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Annual Review of Medicine*. 2002;53(1):113-31.
47. Pary R, Lewis S, Matuschka PR, Rudzinskiy P, Safi M, Lippmann S. Attention deficit disorder in adults. *Annals of Clinical Psychiatry*. 2002;14(2):105-11.
48. Kozielec T, Starobrat-Hermelin B, Kotkowiak L. Deficiency of certain trace elements in children with hyperactivity. *Psychiatria Polska*. 1994;28(3):345-53.
49. McGee R, Williams S, Anderson J, McKenzie-Parnell JM, Silva PA. Hyperactivity and serum and hair zinc levels in 11-year-old children from the general population. *Biological Psychiatry*. 1990;28(2):165-8.
50. Bekaroğlu M, Asian Y, Gedik Y, Değer O, Mocan H, Erduran E, et al. Relationships between serum free fatty acids and zinc, and attention deficit hyperactivity disorder: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1996;37(2):225-7.

51. Bilici M, Yıldırım F, Kandil S, Bekaroğlu M, Yıldırım S, Değer O, et al. Double-blind, placebo-controlled study of zinc sulfate in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2004;28(1):181-90.
52. Goldstein S. Continuity of ADHD in Adulthood: Hypothesis and Theory Meet Reality. In: Goldstein S, Ellison A, editors. *Clinician's Guide to Adult ADHD Assessment and Intervention*. California, USA: Academic Press; 2002.
53. APA. *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2013.
54. Martel MM. Research Review: A new perspective on attention-deficit/hyperactivity disorder: Emotion dysregulation and trait models. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2009;50(9):1042-51.
55. Deault LC. A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Psychiatry & Human Development*. 2010;41(2):168-92.
56. Wehmeier PM, Schacht A, Barkley RA. Social and emotional impairment in children and adolescents with ADHD and the impact on quality of life. *Journal of Adolescent Health*. 2010;46(3):209-17.
57. Angold A, Costello EJ, Erkanli A. Comorbidity. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 1999;40(1):57-87.
58. Yoshimasu K, Barbaresi WJ, Colligan RC, Voigt RG, Killian JM, Weaver AL, et al. Childhood ADHD is strongly associated with a broad range of psychiatric disorders during adolescence: a population-based birth cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2012;53(10):1036-43.
59. Nierenberg AA, Miyahara S, Spencer T, Wisniewski SR, Otto MW, Simon N, et al. Clinical and diagnostic implications of lifetime attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity in adults with bipolar disorder: Data from the first 1000 STEP-BD participants. *Biological Psychiatry*. 2005;57(11):1467-73.
60. Biederman J, Monuteaux MC, Mick E, Spencer T, Wilens TE, Silva JM, et al. Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: A controlled 10-year follow-up study. *Psychological Medicine*. 2006;36(2):167-79.
61. Elliott H. Attention deficit hyperactivity disorder in adults: A guide for the primary care physician. *Southern Medical Journal*. 2002;95(7):736-43.

62. Gibbins C, Weiss M. Clinical recommendations in current practice guidelines for diagnosis and treatment of ADHD in adults. *Current Psychiatry Reports*. 2007;9(5):420-6.
63. Biederman J, Mick E, Faraone SV. Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: Impact of remission definition and symptom type. *American Journal of Psychiatry*. 2000;157(5):816-8.
64. Clarke S, Heussler H, Kohn M. Attention deficit disorder: Not just for children. *Internal Medicine Journal*. 2005;35(12):721-5.
65. Barkley RA, DuPaul GJ, McMurray MB. Comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1990;58(6):775.
66. Wender PH, Wolf LE, Wasserstein J. Adults with ADHD: An overview. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2001;931(1):1-16.
67. Weiss G, Hechtman L. *Hyperactive Children Grown Up: ADHD in Children, Adolescents, and Adults*. 2 ed. New York: Guilford Press; 1993.
68. Satterfield JH, Hoppe CM, Schell AM. A prospective study of delinquency in 110 adolescent boys with attention deficit disorder and 88 normal adolescent boys. *The American journal of psychiatry*. 1982.
69. Cantwell DP, Baker L. Stability and natural history of DSM-III childhood diagnoses. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1989;28(5):691-700.
70. Barkley RA. A critique of current diagnostic criteria for attention deficit hyperactivity disorder: Clinical and research implications. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. 1990.
71. Herrero ME, Hechtman L, Weiss G. Antisocial disorders in hyperactive subjects from childhood to adulthood: Predictive factors and characterization of subgroups. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1994;64(4):510-21.
72. Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, LaPadula M. Adult outcome of hyperactive boys. Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50(7):565-76.
73. Eakin L, Minde K, Hechtman L, Ochs E, Krane E, Bouffard R, et al. The marital and family functioning of adults with ADHD and their spouses. *Journal of attention disorders*. 2004;8(1):1-10.

74. Barkley R, Murphy K. Deficient emotional self-regulation in adults with attentiondeficit/hyperactivity disorder (ADHD): The relative contributions of emotional impulsiveness and ADHD symptoms to adaptive impairments in major life activities. *J ADHD Relat Disord*. 2010;4:5-28.
75. Hechtman L, Swanson JM, Sibley MH, Stehli A, Owens EB, Mitchell JT, et al. Functional adult outcomes 16 years after childhood diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder: MTA results. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2016;55(11):945-52.e2.
76. Wender PH. Attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *Psychiatric Clinics of North America*. 1998;21(4):761-74.
77. Brown TE. Attention-deficit Disorder Scales: For Adolescents and Adults: Manual: Psychological Corporation; 1996.
78. Conners C, Erhardt D, Sparrow E, Staff M. Conners' adult ADHD rating scales (CAARS). Multi-Health Systems. New York 1999.
79. Barkley RA. Emotional dysregulation is a core component of ADHD. *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment: The Guilford Press*; 2015. p. 81-115.
80. Wenar C, Kerig P. *Developmental psychopathology: From infancy through adolescence*. 5 ed: McGraw-Hill Higher Education; 2005.
81. Dickstein DP, Leibenluft E. Emotion regulation in children and adolescents: Boundaries between normalcy and bipolar disorder. *Development and Psychopathology*. 2006;18(4):1105-31.
82. Steinberg L. A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Developmental Review*. 2008;28(1):78-106.
83. Gross JJ. Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*. 2002;39(3):281-91.
84. Carstensen LL, Isaacowitz DM, Charles ST. Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*. 1999;54(3):165.
85. Bowlby J. *Attachment and Loss*. 2 ed. New York: NY: Basic Books; 1969.
86. Anto SP, Jayan C. Self-esteem and emotion regulation as determinants of mental health of youth. *SIS Journal of Projective Psychology & Mental Health*. 2016;23(1):34.

87. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*. 2001;30(8):1311-27.
88. Carstensen LL, Gottman JM, Levenson RW. Emotional behavior in long-term marriage. *Psychology and Aging*. 1995;10(1):140.
89. Barrick AL, Hutchinson RL, Deckers LH. Age effects on positive and negative emotions. *Journal of Social Behavior and Personality*. 1989;4(4):421.
90. Lawton MP, Kleban MH, Rajagopal D, Dean J. Dimensions of affective experience in three age groups. *Psychology and Aging*. 1992;7(2):171.
91. Gross JJ, Carstensen LL, Pasupathi M, Tsai J, Götestam Skorpen C, Hsu AY. Emotion and aging: Experience, expression, and control. *Psychology and Aging*. 1997;12(4):590.
92. Linehan M. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press; 1993.
93. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2004;26(1):41-54.
94. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*. 2010;30(2):217-37.
95. Werner K, Gross JJ. Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. New York, NY, US: The Guilford Press; 2010. p. 13-37.
96. Banaschewski T, Coghill D, Zuddas A. Oxford textbook of attention deficit hyperactivity disorder: Oxford University Press; 2018.
97. Lange KW, Reichl S, Lange KM, Tucha L, Tucha O. The history of attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*. 2010;2(4):241-55.
98. Shaw P, Stringaris A, Nigg J, Leibenluft E. Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2014;171(3):276-93.
99. Reimherr F, Marchant B, Olsen J, Halls C, Kondo D, Williams E, et al. Emotional dysregulation as a core feature of adult ADHD: Its relationship with clinical

- variables and treatment response in two methylphenidate trials. *J ADHD Relat Disord*. 2010;1(4):53-64.
100. Rösler M, Retz W. Different psychopathological dimensions in adult ADHD. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2011;2(79).
101. Surman CB, Biederman J, Spencer T, Yorks D, Miller CA, Petty CR, et al. Deficient emotional self-regulation and adult attention deficit hyperactivity disorder: A family risk analysis. *American Journal of Psychiatry*. 2011;168(6):617-23.
102. Öztürk Y, Özyurt G, Tufan AE, Pekcanlar AA. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunda duygu düzenleme güçlükleri ve tedavisi. *Current Approaches in Psychiatry*. 2018;10(2):188-201.
103. Hodgkins P, Arnold LE, Shaw M, Caci H, Kahle J, Woods AG, et al. A systematic review of global publication trends regarding long-term outcomes of ADHD. *Frontiers in Psychiatry*. 2012;2:84.
104. Ustun B, Adler LA, Rudin C, Faraone SV, Spencer TJ, Berglund P, et al. The World Health Organization Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Self-Report Screening Scale for DSM-5. *JAMA psychiatry*. 2017;74(5):520-7.
105. Dogan S, Öncü B, Varol-Saraçoğlu G, Küçükgöncü S. Validity and reliability of the Turkish version of the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1. 1). *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2009;10(2):77.
106. Rugancı RN, Gençöz T. Psychometric properties of a Turkish version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Clinical Psychology*. 2010;66(4):442-55.
107. Faraone SV, Asherson P, Banaschewski T, Biederman J, Buitelaar JK, Ramos-Quiroga JA, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature reviews Disease primers*. 2015;1:15020.
108. Salvi V, Migliarese G, Venturi V, Rossi F, Torriero S, Viganò V, et al. ADHD in adults: Clinical subtypes and associated characteristics. *Rivista di psichiatria*. 2019;54(2):84-9.
109. Willcutt EG. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Neurotherapeutics : the journal of the American Society for Experimental NeuroTherapeutics*. 2012;9(3):490-9.
110. Canino G, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bird HR, Bravo M, Ramirez R, et al. The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico: Prevalence,

- correlates, service use, and the effects of impairment. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61(1):85-93.
111. Katzman MA, Bilkey TS, Chokka PR, Fallu A, Klassen LJ. Adult ADHD and comorbid disorders: Clinical implications of a dimensional approach. *BMC psychiatry*. 2017;17(1):302.
 112. Groenman AP, Oosterlaan J, Rommelse N, Franke B, Roeyers H, Oades RD, et al. Substance use disorders in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: A 4-year follow-up study. *Addiction (Abingdon, England)*. 2013;108(8):1503-11.
 113. Lichtenstein P, Halldner L, Zetterqvist J, Sjölander A, Serlachius E, Fazel S, et al. Medication for attention deficit-hyperactivity disorder and criminality. *The New England journal of medicine*. 2012;367(21):2006-14.
 114. Dirks H, Scherbaum N, Kis B, Mette C. ADHD in adults and comorbid substance use disorder: Prevalence, clinical diagnostics and integrated therapy. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*. 2017;85(6):336-44.
 115. van Emmerik-van Oortmerssen K, van de Glind G, van den Brink W, Smit F, Crunelle CL, Swets M, et al. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: A meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug and alcohol dependence*. 2012;122(1-2):11-9.
 116. Levin FR, Evans SM, Vosburg SK, Horton T, Brooks D, Ng J. Impact of attention-deficit hyperactivity disorder and other psychopathology on treatment retention among cocaine abusers in a therapeutic community. *Addictive Behaviors*. 2004;29(9):1875-82.
 117. Kronenberg LM, Goossens PJ, van Etten DM, van Achterberg T, van den Brink W. Need for care and life satisfaction in adult substance use disorder patients with and without attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) or autism spectrum disorder (ASD). *Perspectives in psychiatric care*. 2015;51(1):4-15.
 118. Luderer M, Ramos Quiroga JA, Faraone SV, Zhang James Y, Reif A. Alcohol use disorders and ADHD. *Neuroscience and biobehavioral reviews*. 2021;128:648-60.
 119. Ruiz-Goikoetxea M, Cortese S, Aznarez-Sanado M, Magallón S, Alvarez Zallo N, Luis EO, et al. Risk of unintentional injuries in children and adolescents with ADHD and the impact of ADHD medications: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2018;84:63-71.
 120. Sun S, Kuja-Halkola R, Faraone SV, D'Onofrio BM, Dalsgaard S, Chang Z, et al. Association of psychiatric comorbidity with the risk of premature death among

- children and adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *JAMA psychiatry*. 2019;76(11):1141-9.
121. Kittel-Schneider S, Wolff S, Queiser K, Wessendorf L, Meier AM, Verdenhalven M, et al. Prevalence of ADHD in accident victims: Results of the PRADA study. *Journal of Clinical Medicine*. 2019;8(10):1643.
 122. Hurtig T, Taanila A, Moilanen I, Nordström T, Ebeling H. Suicidal and self-harm behaviour associated with adolescent attention deficit hyperactivity disorder-a study in the Northern Finland Birth Cohort 1986. *Nordic journal of psychiatry*. 2012;66(5):320-8.
 123. Chronis-Tuscano A, Molina BSG, Pelham WE, Applegate B, Dahlke A, Overmyer M, et al. Very early predictors of adolescent depression and suicide attempts in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*. 2010;67(10):1044-51.
 124. Galéra C, Bouvard MP, Encrenaz G, Messiah A, Fombonne E. Hyperactivity-inattention symptoms in childhood and suicidal behaviors in adolescence: The Youth Gazel Cohort. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2008;118(6):480-9.
 125. Lam LT. Attention deficit disorder and hospitalization owing to intra- and interpersonal violence among children and young adolescents. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*. 2005;36(1):19-24.
 126. Goodman G, Gerstadt C, Pfeffer CR, Stroh M, Valdez A. ADHD and aggression as correlates of suicidal behavior in assaultive prepubertal psychiatric inpatients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2008;38(1):46-59.
 127. Park S, Cho MJ, Chang SM, Jeon HJ, Cho S-J, Kim B-S, et al. Prevalence, correlates, and comorbidities of adult ADHD symptoms in Korea: Results of the Korean epidemiologic catchment area study. *Psychiatry Research*. 2011;186(2):378-83.
 128. Hinshaw SP, Owens EB, Zalecki C, Huggins SP, Montenegro-Nevado AJ, Schrodek E, et al. Prospective follow-up of girls with attention-deficit/hyperactivity disorder into early adulthood: Continuing impairment includes elevated risk for suicide attempts and self-injury. *J Consult Clin Psychol*. 2012;80(6):1041-51.
 129. Babinski DE, Neely KA, Ba DM, Liu G. Depression and suicidal behavior in young adult men and women with ADHD: Evidence from claims data. *The Journal of clinical psychiatry*. 2020;81(6).

130. Keresztény A, Dallos G, Miklósi M, Róka A, Gádoros J, Balázs J. Comparing the comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder in childhood and adolescence. *Psychiatria Hungarica : A Magyar Pszichiatriai Tarsasag tudományos folyoirata*. 2012;27(3):165-73.
131. Nasser EH, Overholser JC. Assessing varying degrees of lethality in depressed adolescent suicide attempters. *Acta Psychiatr Scand*. 1999;99(6):423-31.
132. Huntley Z, Maltezos S, Williams C, Morinan A, Hammon A, Ball D, et al. Rates of undiagnosed attention deficit hyperactivity disorder in London drug and alcohol detoxification units. *BMC psychiatry*. 2012;12(1):223.
133. Balazs J, Miklósi M, Keresztény Á, Dallos G, Gádoros J. Attention-deficit hyperactivity disorder and suicidality in a treatment naïve sample of children and adolescents. *Journal of Affective Disorders*. 2014;152-154:282-7.
134. Furczyk K, Thome J. Adult ADHD and suicide. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2014;6(3):153-8.
135. Miller M, Sheridan M, Cardoos SL, Hinshaw SP. Impaired decision-making as a young adult outcome of girls diagnosed with attention-deficit/hyperactivity disorder in childhood. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 2012;19(1):110-4.
136. Kumar PNS, Rajmohan V, Sushil K. An exploratory analysis of personality factors contributed to suicide attempts. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 2013;35(4):378-84.
137. Westmoreland P, Gunter T, Loveless P, Allen J, Sieleni B, Black DW. Attention deficit hyperactivity disorder in men and women newly committed to prison: Clinical characteristics, psychiatric comorbidity, and quality of life. *International journal of offender therapy and comparative criminology*. 2010;54(3):361-77.
138. Ginsberg Y, Hirvikoski T, Lindefors N. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among longer-term prison inmates is a prevalent, persistent and disabling disorder. *BMC psychiatry*. 2010;10:112.
139. Young S, Thome J. ADHD and offenders. *The world journal of biological psychiatry : the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*. 2011;12 Suppl 1:124-8.
140. Einarsson E, Sigurdsson JF, Gudjonsson GH, Newton AK, Bragason OO. Screening for attention-deficit hyperactivity disorder and co-morbid mental disorders among prison inmates. *Nordic journal of psychiatry*. 2009;63(5):361-7.

141. Appelbaum KL. Assessment and treatment of correctional inmates with ADHD. *The American journal of psychiatry*. 2008;165(12):1520-4.
142. Eyestone LL, Howell RJ. An epidemiological study of attention-deficit hyperactivity disorder and major depression in a male prison population. *The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*. 1994;22(2):181-93.
143. Dagistan AA, Gica S, Aydin A, Cilli AS. Prevalence of probable attention-deficit/hyperactivity disorder in inmates and its relationship with recidivism. *Journal of Forensic Sciences*. 2022;67(1):289-96.
144. Arnold LE, Hodgkins P, Kahle J, Madhoo M, Kewley G. Long-term outcomes of ADHD: Academic achievement and performance. *Journal of attention disorders*. 2020;24(1):73-85.
145. Fergusson DM, Lynskey MT, Horwood LJ. Attentional difficulties in middle childhood and psychosocial outcomes in young adulthood. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 1997;38(6):633-44.
146. Faraone SV, Biederman J, Feighner JA, Monuteaux MC. Assessing symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: Which is more valid? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000;68(5):830-42.
147. Jangmo A, Stålhandske A, Chang Z, Chen Q, Almqvist C, Feldman I, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder, school performance, and effect of medication. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2019;58(4):423-32.
148. Loe IM, Feldman HM. Academic and educational outcomes of children with ADHD. *Journal of pediatric psychology*. 2007;32(6):643-54.
149. Polderman TJ, Boomsma DI, Bartels M, Verhulst FC, Huizink AC. A systematic review of prospective studies on attention problems and academic achievement. *Acta Psychiatr Scand*. 2010;122(4):271-84.
150. Cantwell DP. Attention deficit disorder: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1996;35(8):978-87.
151. Biederman J, Faraone SV, Keenan K, Steingard R, Tsuang MT. Familial association between attention deficit disorder and anxiety disorders. *The American journal of psychiatry*. 1991;148(2):251-6.
152. Biederman J, Faraone SV, Keenan K, Benjamin J, Krifcher B, Moore C, et al. Further evidence for family-genetic risk factors in attention deficit hyperactivity

- disorder. Patterns of comorbidity in probands and relatives psychiatrically and pediatrically referred samples. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49(9):728-38.
153. Biederman J, Spencer T, Lomedico A, Day H, Petty CR, Faraone SV. Deficient emotional self-regulation and pediatric attention deficit hyperactivity disorder: A family risk analysis. *Psychol Med*. 2012;42(3):639-46.
 154. Barkley RA, Murphy KR. Impairment in occupational functioning and adult ADHD: The predictive utility of executive function (EF) ratings versus EF tests. *Archives of clinical neuropsychology : the official journal of the National Academy of Neuropsychologists*. 2010;25(3):157-73.
 155. Skirrow C, Asherson P. Emotional lability, comorbidity and impairment in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Affect Disord*. 2013;147(1-3):80-6.
 156. Surman CB, Biederman J, Spencer T, Miller CA, McDermott KM, Faraone SV. Understanding deficient emotional self-regulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: A controlled study. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2013;5(3):273-81.
 157. Berking M, Wupperman P. Emotion regulation and mental health: Recent findings, current challenges, and future directions. *Current opinion in psychiatry*. 2012;25(2):128-34.
 158. Hirsch O, Chavanon M, Riechmann E, Christiansen H. Emotional dysregulation is a primary symptom in adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *J Affect Disord*. 2018;232:41-7.
 159. Philipsen A. Psychotherapy in adult attention deficit hyperactivity disorder: implications for treatment and research. *Expert Rev Neurother*. 2012;12(10):1217-25.

EKLER

Ek 1. Özgeçmiş

Adı Soyadı: Ayşe AKAN

Yabancı Dil Bilgisi: İngilizce

Görev Yeri: İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Akademik Unvan: Araştırma Görevlisi

Mezun Olduğu Üniversite ve Fakülte: Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi

Mezuniyet Yılı: 2010

Bugüne Kadar Çalıştığım Kurum / Kuruluşlar: Şanlıurfa Halk Sağlığı Müdürlüğü, Bursa

Halk Sağlığı Müdürlüğü, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

Ek 2. Etik Kurul Onayı

2.04.2022 11:38

Etik Kurul Otomasyonu

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu			
Oturum Tarihi : 19-10-2021	Oturum Sayısı : 21	Karar Sayısı : 2021/2540	
Başvurunuz; üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raportör raporu görüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde; çalışmanın etik açıdan uygun olduğuna; oy birliği ile karar verilmiştir.			
Çalışma Adı	Tıp Fakültesi Öğrencilerinin, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Duygu Düzenleme Güçlükleri Açısından Değerlendirilmesi		
Araştırmacılar	Araştırma Görevlisi Ayşe Akan (Yürütücü) Doç.Dr. Engin Burak Selçuk (Danışman)		
Başkan			
Prof.Dr. Osman CELBİŞ			
Kurul Üyeleri			
Prof.Dr. AHMET KOÇ		Prof.Dr. Kadir ERTEM	
Prof.Dr. Cemşit KARAKURT		Prof.Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN	
Doç.Dr. Dinçer ÖZGÖR		Prof.Dr. Barış OTLU	

Ek 3. Erişkin DEHB Kendi Bildirim Ölçeği

Soruları yanıtlarken son 6 ay içinde nasıl hissettiğiniz ve nasıl davrandığınız konusunda sizi en iyi tanımlayan cevabın altındaki kutuya işareti koyunuz.

1. Üzerinde çalıştığınız bir işin/projenin son ayrıntılarını toparlayıp projeyi tamamlamakta sorun yaşar mısınız?
Asla Nadiren Bazen Sık Çok sık
2. Organizasyon gerektiren bir iş yapmanız zorunlu olduğunda işlerinizi sıraya koymakta ne sıklıkla zorluk yaşarsınız?
Asla Nadiren Bazen Sık Çok sık
3. Yükümlülüklerinizi ve randevularınızı hatırlamakta ne sıklıkla sorun yaşarsınız?
Asla Nadiren Bazen Sık Çok sık
4. Çok fazla düşünmeyi ve konsantrasyonu gerektiren bir iş yapmanız gerekiyorsa ne sıklıkla başlamakta kaçınır ya da geciktirirsiniz?
Asla Nadiren Bazen Sık Çok sık
5. Uzun bir süre oturmanız gerektiğinde, ne sıklıkla huzursuzlaşır, kıpırdanır ya da el ve ayaklarınızı kıpırdatırsınız?
Asla Nadiren Bazen Sık Çok sık
6. Ne sıklıkla kendinizi aşırı aktif ve sanki motor takılmış gibi bir şeyler yapmak zorunda hissedersiniz?
Asla Nadiren Bazen Sık Çok sık
7. Sıkıcı veya zor bir proje üzerinde çalışmanız gerektiğinde, ne sıklıkla dikkatsizce hatalar yaparsınız?
Asla Nadiren Bazen Sık Çok sık
8. Monoton veya tekrarlayıcı bir iş yaparken ne sıklıkla dikkatinizi sürdürmekte güçlük çekersiniz?
Asla Nadiren Bazen Sık Çok sık
9. Doğrudan sizinle konuşuyor bile olsalar, insanların size söylediklerine yoğunlaşmakta ve dinlemekte ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?
Asla Nadiren Bazen Sık Çok sık
10. Evde veya işte eşyaları bulmakta ya da nereye koyduğunuzu hatırlamakta ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?
Asla Nadiren Bazen Sık Çok sık
11. Etrafınızdaki hareketlilik ve gürültü ne sıklıkla dikkatinizi dağıtır?
Asla Nadiren Bazen Sık Çok sık
12. Orada oturmanız beklendiğinde, bir toplantı veya benzer durumda ne sıklıkla yerinizden kalkarsınız?
Asla Nadiren Bazen Sık Çok sık

13. Ne sıklıkla kendinizi huzursuz, kıpır kıpır hissedersiniz?
Asla Nadiren Bazen Sık Çok sık
14. Kendinize ait boş zamanınız olduğunda ne sıklıkla gevşemekte ve rahatlamakta güçlük çekersiniz?
Asla Nadiren Bazen Sık Çok sık
15. Sosyal ortamlarda bulunduğunuzda, ne sıklıkla kendinizi çok konuşurken yakalarsınız?
Asla Nadiren Bazen Sık Çok sık
16. Bir sohbet ya da görüşmede, ne sıklıkla karşınızdaki kişi cümlesini bitirmeden onun cümlesini bitirdiğinizi fark edersiniz?
Asla Nadiren Bazen Sık Çok sık
17. Sıraya girmek gerektiğinde, ne sıklıkla sıranızın gelmesini beklemekte güçlük çekersiniz?
Asla Nadiren Bazen Sık Çok sık
18. Başka bir işle meşgul olduklarında diğer insanları araya girip engeller misiniz?
Asla Nadiren Bazen Sık Çok sık

Ek 4. Duygu Düzenleme G  l         

A  a  da insanların duygularını kontrol etmekte kullandıkları bazı yöntemler verilmiştir. Lütfen her durumu dikkatlice okuyup sizin için uygun seçeneği işaretleyiniz.

1. Ne hissettiğim konusunda netimdir.
Hemen hemen hiç Bazen Yarı yarıya çoğu zaman
Hemen hemen her zaman
2. Ne hissetti imi dikkate alırım.
Hemen hemen hiç Bazen Yarı yarıya çoğu zaman
Hemen hemen her zaman
3. Duygularım bana dayanılmaz ve kontrolsüz gelir.
Hemen hemen hiç Bazen Yarı yarıya çoğu zaman
Hemen hemen her zaman
4. Ne hissettiğim konusunda hiç bir fikrim yoktur.
Hemen hemen hiç Bazen Yarı yarıya çoğu zaman
Hemen hemen her zaman
5. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.
Hemen hemen hiç Bazen Yarı yarıya çoğu zaman
Hemen hemen her zaman
6. Ne hissetti ime dikkat ederim.
Hemen hemen hiç Bazen Yarı yarıya çoğu zaman
Hemen hemen her zaman
7. Ne hissetti imi tam olarak bilirim
Hemen hemen hiç Bazen Yarı yarıya çoğu zaman
Hemen hemen her zaman
8. Ne hissetti imi  nemserim.
Hemen hemen hiç Bazen Yarı yarıya çoğu zaman
Hemen hemen her zaman
9. Ne hissettiğim konusunda karmaşa ya arım.
Hemen hemen hiç Bazen Yarı yarıya çoğu zaman
Hemen hemen her zaman
10. Kendimi kötü hissetmeyi kabullenebilirim.
Hemen hemen hiç Bazen Yarı yarıya çoğu zaman
Hemen hemen her zaman
11. Kendimi kötü hissetti imde böyle hissettiğim için kendime kızarım.
Hemen hemen hiç Bazen Yarı yarıya çoğu zaman
Hemen hemen her zaman
12. Kendimi kötü hissettiğim zaman utanırım.

- Hemen hemen hiç Bazen Yarı yarıya Çoğu zaman
Hemen hemen her zaman
13. Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım.
Hemen hemen hiç Bazen Yarı yarıya Çoğu zaman
Hemen hemen her zaman
14. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıkmaya başlarım.
Hemen hemen hiç Bazen Yarı yarıya Çoğu zaman
Hemen hemen her zaman
15. Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağıma inanırım.
Hemen hemen hiç Bazen Yarı yarıya Çoğu zaman
Hemen hemen her zaman
16. Kendimi kötü hissetmemin yoğun depresif duyguyla sonuçlanacağına inanırım.
Hemen hemen hiç Bazen Yarı yarıya Çoğu zaman
Hemen hemen her zaman
17. Kendimi kötü hissettiğimde duygularımın yerinde ve önemli olduğuna inanırım.
Hemen hemen hiç Bazen Yarı yarıya Çoğu zaman
Hemen hemen her zaman
18. Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım.
Hemen hemen hiç Bazen Yarı yarıya Çoğu zaman
Hemen hemen her zaman
19. Kendimi kötü hissederken kontrolden çıktığım duygusu yaşarım.
Hemen hemen hiç Bazen Yarı yarıya Çoğu zaman
Hemen hemen her zaman
20. Kendimi kötü hissediyor olsam da yine de işlerimi yapabilirim.
Hemen hemen hiç Bazen Yarı yarıya Çoğu zaman
Hemen hemen her zaman
21. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.
Hemen hemen hiç Bazen Yarı yarıya Çoğu zaman
Hemen hemen her zaman
22. Kendimi kötü hissettiğimde eninde sonunda kendimi daha iyi hissetmenin bir yolunu bulacağıma inanırım.
Hemen hemen hiç Bazen Yarı yarıya Çoğu zaman
Hemen hemen her zaman
23. Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusuna kapılırım.
Hemen hemen hiç Bazen Yarı yarıya Çoğu zaman
Hemen hemen her zaman

24. Kendimi kötü hissettiğimde de davranışlarım kontrolümün altındadır.
Hemen hemen hiç Bazen Yarı yarıya Çoğu zaman
Hemen hemen her zaman
25. Kendimi kötü hissettiğimde, böyle hissettiğim için suçluluk duyarım.
Hemen hemen hiç Bazen Yarı yarıya Çoğu zaman
Hemen hemen her zaman
26. Kendimi kötü hissettiğimde konsantre olmakta zorlanırım.
Hemen hemen hiç Bazen Yarı yarıya Çoğu zaman
Hemen hemen her zaman
27. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.
Hemen hemen hiç Bazen Yarı yarıya Çoğu zaman
Hemen hemen her zaman
28. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapacağım hiç bir şey
olmadığına inanırım.
Hemen hemen hiç Bazen Yarı yarıya Çoğu zaman
Hemen hemen her zaman
29. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum.
Hemen hemen hiç Bazen Yarı yarıya Çoğu zaman
Hemen hemen her zaman
30. Kendimi kötü hissettiğimde kendim için çok fazla endişelenmeye başlarım.
Hemen hemen hiç Bazen Yarı yarıya Çoğu zaman
Hemen hemen her zaman
31. Kendimi kötü hissettiğimde kendimi bu duyguya bırakmaktan başka çıkar yol
olmadığına inanırım.
Hemen hemen hiç Bazen Yarı yarıya Çoğu zaman
Hemen hemen her zaman
32. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarım üzerindeki kontrolümü kaybederim.
Hemen hemen hiç Bazen Yarı yarıya Çoğu zaman
Hemen hemen her zaman
33. Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmekte zorlanırım.
Hemen hemen hiç Bazen Yarı yarıya Çoğu zaman
Hemen hemen her zaman
34. Kendimi kötü hissettiğimde duygumun gerçekte ne olduğunu anlamak için
zaman ayırırım.
Hemen hemen hiç Bazen Yarı yarıya Çoğu zaman
Hemen hemen her zaman
35. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygunun geçmesi çok uzun zaman alır.
Hemen hemen hiç Bazen Yarı yarıya Çoğu zaman
Hemen hemen her zaman

36. Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur.
Hemen hemen hiç Bazen Yarı yarıya Çoğu zaman
Hemen hemen her zaman



Ek 5. Sosyodemografik Veri Formu

Yaş:

Cinsiyet: Erkek Kadın

Yaşadığınız yer: Aile ile Öğrenci evi Yurt

Sınıf: 1 2 3 4 5 6

Psikiyatrist tarafından teşhis edilmiş ruhsal bir hastalığınız oldu mu? (Olduysa hastalık adını belirtiniz)

Var Yok

Şu anda psikiyatrik ilaç kullanıyor musunuz ? (Cevabınız evet ise ilaç adını belirtiniz)

Evet Hayır

Fiziksel / bedensel bir hastalığınız var mı?

Var Yok

Sigara kullanıyor musunuz ?

Evet Hayır

Alkol kullanıyor musunuz ?

Hiç Nadiren Haftada 2-3

Uyuşturucu madde deneyiminiz hiç oldu mu ?

Evet Hayır

Daha önce intihar girişiminiz hiç oldu mu ?

Evet Hayır

Daha önce adli olayınız hiç oldu mu ?

Evet Hayır

Daha önce hiç sınıf tekrarınız oldu mu ya da klinik stajda başarısız olmanız nedeniyle dönemi uzattığınız oldu mu ?

Evet oldu Hayır olmadı

Algılanan başarı düzeyinizi işaretleyiniz.

Ortalamadan düşük Ortalama düzeyi Ortalamanın üstünde

Tercih ettiğiniz öğrenme tekniği nedir?

Görsel İşitsel Dokunsal Birden fazlası

Ailenizde psikiyatrik hastalığı olan var mı ?

Var Yok