



TC.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN SOSYODEMOGRAFİK
ÖZELLİKLERİ, SOSYAL FOBİ BELİRTİLERİ, ERİŞKİN DİKKAT
EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU BELİRTİLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

SAMİ BAŞAR ÖNDER

TEZ DANIŞMANI
DR. ÖĞR. ÜYESİ EMRE TOLUN ARICI

İstanbul, 2018

TC.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN SOSYODEMOGRAFİK
ÖZELLİKLERİ, SOSYAL FOBİ BELİRTİLERİ, ERİŞKİN DİKKAT
EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU BELİRTİLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

SAMİ BAŞAR ÖNDER

164102117

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI: DR. ÖĞR. ÜYESİ EMRE TOLUN ARICI

İstanbul, 2018



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 164102117
Öğrenci Adı Soyadı	: Sami Başar Önder
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Dr. Öğr. Üyesi Emre Tolun ARICI
Tezin Başlığı	: Üniversite Öğrencilerinin Sosyodemografik Özellikleri, Sosyal Fobi Belirtileri, Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Belirtileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 27.09.18	Saati	: 10:00
-----------------	------------	-------	---------

Öğrenci Savunmaya : GELDI

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,

OY BIRLIGI OY ÇOKLUGU

- Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez **KABUL** edilmiştir.
- Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin **DÜZELTİLMESİ** için ay **EK SÜRE** verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)
- Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin **REDDEDİLMESİ** kararı alınmıştır.

Savunmada Tezin Başlığı : Değişmedi. Değişti.

Tezin Yeni Başlığı :

Öğrenci Savunmaya : GELMEDI

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,

OY BIRLIGI ile **REDDEDİLMİŞTİR.**

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Dr. Öğr. Üyesi Emre Tolun ARICI	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Başak AYIK	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Tuğba Arzu ÖZAL İLDENİZ	

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Üniversite Öğrencilerinin Sosyodemografik Özellikleri, Sosyal Fobi Belirtileri, Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Belirtileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih

.../.../.....

Adı SOYADI

İmza

TEŞEKKÜR

Öncelikle verdikleri maddi manevi destekle bana her anlamda yardımcı olan Değerli Aileme, bu süreçte her türlü destek, bilgi ve deneyimini sunan sayın hocam Dr. Öğr. Üyesi Emre Tolun ARICI'ya, hayatımdaki en büyük destekçim Umay HASANÇEBİ'ye ve bu çalışmamda bana desteklerini, yardımlarını esirgemeyen, başta Ceyhun Kaan KARAKAŐ olmak üzere tüm arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.



ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ, SOSYAL FOBİ BELİRTİLERİ, ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU BELİRTİLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

ÖZET

Günümüzde, çocukluk çağında başlayan ruhsal problemlerin etkilerinin, yalnızca çocukluk ve/veya ergenlik çağıyla sınırlı kalmadığı, yetişkinlik çağında da bu etkilerin devam ettiği literatürde kabul görmüş durumdadır. Sosyal Fobi ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunu da çocukluk çağında başlayan ve yetişkinlik döneminde devam eden ruhsal problemlere örnek iki ruhsal problemdir. Gerçekleştirdiğimiz çalışmada, Sosyal Fobi ile Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın örneklemini Üsküdar Üniversitesi öğrencilerinden 18-27 yaş aralığında 102 kadın ve 98 erkek yetişkin katılımcı olmak üzere, rastlantısal olarak seçilen toplamda 200 gönüllü katılımcı oluşturmaktadır. Katılımcılara ilk olarak sözlü bilgilendirme yapılmış, Sosyodemografik Veri Formu, Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ), Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (KBÖ) yöneltmiştir. Toplanan veriler ise bilgisayar ortamına aktarılarak SPSS aracılığıyla Spearman's rho korelasyon, Man Whitney U ve Kruskal Wallis yöntemleri kullanılarak analiz edilmiştir. Yapılan analizler sonucunda sosyal fobi ile erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişkinin varlığı bulunmuştur. Bu iki rahatsızlığın sosyodemografik özellikler ile ilişkileri noktasında, alkol/madde bağımlılığı ve tanı koyulmuş psikolojik rahatsızlığın varlığı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönlü, akademik başarı ile arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu iki rahatsızlık ile cinsiyet arasında bulunan ilişki ise, erkeklerde kadınlara nazaran ilgili rahatsızlıkların düzeyinin daha yüksek olduğu şeklindedir. Çalışma içerisinde çıkan sonuçlar itibarıyla, Sosyal Fobi tanısı alan bireylerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu birlikteliğinin incelenmesi ve bu konudaki araştırmaların genişletilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sosyal Fobi (Sosyal Fobi), Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Üniversite Öğrencileri.

**THE RESEARCH OF THE RELATIONSHIP BETWEEN
SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS, SOCIAL PHOBIA
SYMPTONS, AND ADULT ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY
SYMPTONS OF UNIVERSITY STUDENTS**

ABSTRACT

Nowadays, it is accepted in the literature that the effects of the psychological problems that started in the childhood period are not limited only to the childhood and / or adolescence period, and these effects continue in the age of adulthood. Social Phobia and Attention Deficit Hyperactivity Disorder is an example of two psychological problems starting with childhood and continuing in adulthood. In the study we conducted, it was aimed to examine the relationship between Social Phobia and Adult Attention Deficit and Hyperactivity Disorder. The sample of the research consists of 200 volunteer participants randomly selected from 102 students and 98 male adults participating in the study between the ages of 18-27 of Üsküdar University students. Sociodemographic Data Form, Liebowitz Social Anxiety Scale (KBÖ), Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder Self-Report Scale (KBÖ) were administered to participants Deficit Hyperactivity Disorder Self-Report Scale (KBÖ) were administered to participants. The acquired data was transferred to the computer environment and was analyzed with the Man Whitney U, the Kruskal Wallis and the Spearman's rho correlation methods through SPSS. Descriptive and comparative research methods have been used in the study. As a result of the analyzes made, there was a positive correlation between social phobia and adult attention deficit and hyperactivity. A statistically significant positive correlation between alcohol / substance abuse and the presence of the diagnosed psychological condition was found at the point of relation to the sociodemographic characteristics of these two disorders. The relationship between these two disorders and gender is that the level of related disorders is higher in men than in women. As for the results of the study, it is recommended to examine the association of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in subjects who are diagnosed with social anxiety and to expand researches on this subject.

Keywords: Social Phobia (Social Anxiety Disorder), Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder, University Students.

İÇİNDEKİLER

Yemin Metni	i
Teşekkür	ii
Özet	iii
Abstract	iv
İçindekiler	v
Tablolar Listesi	viii
Kısaltmalar Listesi	x
1.Giriş	1
2.Literatür	5
2.1.Sosyal Fobi	5
2.1.1. Sosyal Fobi Tanımı	7
2.1.2. Sosyal Fobi Tarihçesi	7
2.1.3. Sosyal Fobi Tanı Ölçütleri	8
2.1.4. Sosyal Fobi Etiyolojisi	9
2.1.4.1. Psikolojik Faktörler	10
2.1.4.1.1. Psikanalitik Görüş	10
2.1.4.1.2. Davranışçı Görüş	10
2.1.4.1.3. Bilişsel Görüş	11
2.1.4.1.4. Varoluşçu Görüş	11
2.1.4.1.5. Akılcı-Duygusal Görüş	11

2.1.4.2. Biyolojik Faktörler	12
2.1.4.3. Çevresel Faktörler	12
2.1.5. Sosyal Fobi Epidemiyolojisi	14
2.1.6. Sosyal Fobiye Eşlik Eden Bozukluklar	15
2.1.7. Sosyal Fobide Tedavi	17
2.2. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	18
2.2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanımı	18
2.2.2. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tarihçesi	20
2.2.3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanı Kriteri	21
2.2.4. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Etiyolojisi	25
2.2.5. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Epidemiyolojisi	27
2.2.6. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna Eşlik Eden Bozukluklar	28
2.2.7. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Tedavi	31
2.2.7.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda İlaç Tedavisi	31
2.2.7.2. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Psikososyal Tedavi	32
2.2.7.2.1. Aile Eğitimi	32
2.2.7.2.2. Bireysel Tedaviler	32
2.2.7.2.3. Okul ve Öğretmen Desteği	33
2.3. Sosyal Fobi ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Birlikteliğinin İncelendiği Çalışmalar	33
3. Yöntem	36
3.1. Araştırmanın Modeli	36
3.2. Evren ve Örneklem	37
3.3. Veri Toplama Araçları	38
3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu	38

3.3.2. Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ)	38
3.3.3. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (KBÖ).....	38
3.4. Araştırmanın Soruları ve Hipotezi	39
3.5. İşlem	39
3.6. Veri Analizi	40
4. Bulgular	41
5.Tartışma	65
5.1.Tartışma	65
5.2.Sonuç	73
5.3.Sınırlılıklar	75
5.4.Öneriler	75
Kaynakça	77
Ekler	88
Ek 1:Sosyodemografik Veri Formu	89
Ek 2:Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği	90
Ek 3:Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği	92
Özgeçmiş	93

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Sosyal Fobinin DSM-V’ e Göre Tanı Ölçütleri	8
Tablo 2. DEHB’ nin DSM-V’ e Göre Tanı Ölçütleri	22
Tablo 3. Katılımcıların Demografik Özellikleri	41
Tablo 4. Katılımcıların Eğitim Özellikleri	43
Tablo 5. Katılımcıların Ebeveynlerinin Eğitim Durumları	43
Tablo 6. Katılımcıların Madde Bağımlılığı ve Psikolojik Rahatsızlığı Durumu	44
Tablo 7. Ölçeklerin Güvenirlik Analizi Sonuçları	45
Tablo 8. Öğrencilerin Sosyal Fobi Belirtileri ve Dikkat eksikliği - Hiperaktivite Bozukluğu İlişkin Betimsel İstatistikler	46
Tablo 9. Öğrencilerin Sosyal Fobi Belirtileri ve Dikkat eksikliği - Hiperaktivite Bozukluğu Arasındaki İlişki	47
Tablo 10. Öğrencilerin Sosyal Fobi Belirtileri ve Dikkat eksikliği - Hiperaktivite Bozukluğu Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	48
Tablo 11. Öğrencilerin Sosyal Fobi Belirtileri ve Dikkat eksikliği - Hiperaktivite Bozukluğu Yaşa Göre Karşılaştırılması	49
Tablo 12. Öğrencilerin Sosyal Fobi Belirtileri ve Dikkat eksikliği - Hiperaktivite Bozukluğu Beraber Yaşadığı Kişi/Yerlere Göre Karşılaştırılması	50
Tablo 13. Öğrencilerin Sosyal Fobi Belirtileri ve Dikkat eksikliği - Hiperaktivite Bozukluğu Yaşamının Büyük Bölümünü Geçirdiği Yere Göre Karşılaştırılması	52
Tablo 14. Öğrencilerin Sosyal Fobi Belirtileri ve Dikkat eksikliği - Hiperaktivite Bozukluğu Aylık Gelirine Göre Karşılaştırılması	53
Tablo 15. Öğrencilerin Sosyal Fobi Belirtileri ve Dikkat eksikliği - Hiperaktivite Bozukluğu Eğitim Gördüğü Sınıfa Göre Karşılaştırılması	54

Tablo 16. Öğrencilerin Sosyal Fobi Belirtileri ve Dikkat eksikliği - Hiperaktivite Bozukluğu Akademik Başarısına Göre Karşılaştırılması	56
Tablo 17. Öğrencilerin Sosyal Fobi Belirtileri ve Dikkat eksikliği - Hiperaktivite Bozukluğu Annesinin Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması	58
Tablo 18. Öğrencilerin Sosyal Fobi Belirtileri ve Dikkat eksikliği - Hiperaktivite Bozukluğu Babasının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması	60
Tablo 19. Öğrencilerin Sosyal Fobi Belirtileri ve Dikkat eksikliği - Hiperaktivite Bozukluğu Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması	61
Tablo 20. Öğrencilerin Sosyal Fobi Belirtileri ve Dikkat eksikliği - Hiperaktivite Bozukluğu Alkol/Madde Bağımlılığı Durumuna Göre Karşılaştırılması	62
Tablo 21. Öğrencilerin Sosyal Fobi Belirtileri ve Dikkat eksikliği - Hiperaktivite Psikolojik Rahatsızlık Bağımlılığı Durumuna Göre Karşılaştırılması	63

KISALTMALAR LİSTESİ

ABÇET: Anne-Baba/Çocuk Etkileşim Terapisi

ADD: Attention deficit disorder

ADHD: Attention deficit hyperactivity disorder

ADDH: Attention deficit disorder with hyperactivity

KBÖ: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

DSM: Diagnostic and statistical manual of mental disorders

İYP: İnanılmaz Yıllar Programı

KBÖ: Kendi Bildirim Ölçeği

LSKÖ: Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği

OABP: Olumlu Anne-Babalık Programı

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

SSRI: Selective Serotonin Reuptake Inhibitors

MPH: Metilfenidat

1. GİRİŞ

Günümüzde, çocukluk çağında başlayan ruhsal problemlerin etkilerinin, yalnızca çocukluk ve/veya ergenlik çağıyla sınırlı kalmadığı, yetişkinlik çağında da bu etkilerin devam ettiği literatürde kabul görmüş durumdadır (Durukan ve ark., 2008). Sosyal Fobi ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu da çocukluk çağında başlayan ve yetişkinlik döneminde devam eden ruhsal problemlere örnek iki ruhsal problemidir. Hem Sosyal Fobi hem de Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, çocukluk döneminden itibaren bireyin ileriki hayatında ailesel, akademik ve sosyal manada problemler yaşamasına neden olmakta ve ilgili rahatsızlıklar komorbidite olarak birbirlerinin gelişimine neden olmaktadır.(Turner ve ark., 1986; La Greca ve Harrison, 2005; Özdemir, 2004; Baptista ve ark., 2012; Morbel, 2015 ; Sübaşı, 2007; Öyekçin ve Şahin, 2011; Schachar ve Tannock, 2002).

Sosyal Fobi bireyin başka kişilerce olumsuz değerlendirileceği durumlardan devamlı olarak korkma; aşağılanacağı, utanacağı ya da gülünç hale düşecek biçimde davranmaktan ve başkaları tarafından yargılanmak ya da rezil olmaktan korkma durumu olarak tanımlanmıştır (Dilbaz, 1997; NIMH, 2007). DSM-V’te ise Sosyal Fobi, tanımadığı insanlarla karşılaşma ya da başkası tarafından izlendiğini bir ya da daha çok toplumsal eylemi gerçekleştirdiği bir durumdan belirgin ve devamlı bir biçimde korku duyması olarak tanımlanmaktadır. Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, kişinin Sosyal Fobi tanısı alması için bu durumların 6 ay veya daha uzun sürmesi gerekmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2016).

Yapılan çalışmalar sonucunda psikolojik, biyolojik ve çevresel faktörlerin Sosyal Fobinin oluşmasında etkili olduğu düşünülmektedir (Corey, 2008; Hughes ve ark, 2009; La Greca ve Harrison, 2005; Baptista ve ark., 2012; Özdemir, 2004; Sübaşı, 2007; Morbel, 2015).

Sosyal fobinin yaygınlığı farklı ülke ve kültürlerle göre değişiklik göstermektedir. Sosyal fobi için yapılan çalışmalarda sosyoekonomik durumun düşük olması, sosyal sınıfın düşük seviyede olması, bireyin evlenmemiş olma, işsizlik, yüksek eğitim düzeyine sahip olmama, hastalığın erken dönemlerinde sosyal destek yoksunluğu gibi

sosyodemografik faktörler, genetik yatkınlık , travma başlıca risk faktörleri olarak kabul edilmektedir (Witchen ve Fehm'den akt. Uzun, 2016).

Klinik örnekleme gerçekleştirilen araştırmalarda, depresyonun sosyal fobiye büyük oranda eşlik ettiği gözükmektedir. Sosyal fobi ve majör depresyonun yaşam boyu beraber görülme oranları, birçok araştırma sonucunda %17 ile %80 arasında ölçülmüştür. Obsesif-Kompulsif bozukluk, panik bozukluğu, distimik bozukluk ve alkol kullanımının da Sosyal Fobiye yaygın olarak eşlik eden bozukluklardan başlıcaları olduğu literatürde belirtilmektedir (Alicia ve ark.'tan akt. Uzun, 2016).

Sosyal fobi tedavisi için en yaygın olarak kullanılan tedavi yöntemi, bilişsel davranışçı tedavilerdir (Yalçın ve Sütçü, 2016). Bu tedavi yönteminin hem anksiyete belirtilerinin düşmesinde hem de anksiyete bozukluğu belirtisinde etkili olduğu ve bu etkilerin kalıcı olduğu, çalışmalar sonucunda tespit edilmiştir (Karakaya ve Öztop, 2013). Ayrıca ilaç tedavisi olarak, sosyal fobi tedavisinde farmakolojik tedavide etkili olan ilaçlar serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ve merkezi sinir sistemindeki monoamin oksidaz enzimini geri dönüşümlü ve geri dönüşümsüz olarak inhibe etmekte olan ilaçlar da yaygın olarak kullanılmaktadır (Dilbaz, 2000).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) , yedi yaşına gelmeden başlayan, akademik ve sosyal işlevlerde bozulmaya yol açan kalıcı olan bunun yanında sürekliliği de olan dikkat süresinin kısalığı, engellenmeye yönelik denetim eksikliği nedeniyle kognisyonda ya da davranışlarda ortaya çıkan huzursuzluk ve ataklık ya da her ikisiyle tanımlanan bir bozukluktur (Schachar ve Tannock, 2002).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısını ortaya koyabilmek için bazı tanı ölçütleri ortaya konulmuştur. DSM-V tanı ölçütleri kitabında rahatsızlığın isminin Dikkat Eksikliği Aşırı Hareket Bozukluğu görülmektedir. DSM-V tanı ölçütleri kitabına göre dikkatsizlik ve aşırı hareketlilik-dürtüsellik alanlarında yer alan semptomlardan altı ya da daha fazla belirtinin en az 6 ay sürmesi ve belirgin işlev kaybına yol açması gerekmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2016).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu temel olarak genetik bir bozukluk olarak kabul edilmektedir (Şenol, 2008). Psikososyal faktörlerin, DEHB'nin gelişimini hazırlayıcı ve ortaya çıkışını hızlandırıcı şekilde etki ettikleri belirtilmektedir

(Doğangün ve Yavuz, 2011). Özellikle anne babalarla çocukların iletişim şekillerinin DEHB'nin oluşumunu olumsuz etkilediği düşünülmektedir (Biederman ve ark.'tan akt. Durukan ve ark., 2008). Ayrıca DEHB rahatsızlığının nörogelişimsel faktörlerle ilişkili olabileceğine dair de bulgular bulunmaktadır (Aktürk ve ark'tan akt. Dağışan, 2017).

DEHB yaygınlığı yaşlanma ile beraber azalmaktadır. Çalışmalarda DEHB yaygınlığı çocukluk döneminde yaklaşık %8, ergenlikte %6 ve erişkinlikte %4 olarak ölçülmüştür. İstanbul'da erişkin psikiyatri polikliniğinde ilk defa başvurmuş veya olası rastgele bir tanıyla gözetim altında olan 850 hastanın tarandığı çalışmada %1,6 DEHB sıklık oranı saptanmıştır (Tuğlu ve Şahin, 2010).

Yapılan çalışmalar, DEHB tanılı çocukların en az yarısında (%50) eştanı kendini göstermektedir. Biederman ve arkadaşlarının çalışmasında (2004) kadın ve erkeklerde yaygın anksiyete bozukluğu %34 ve %28, hayat boyuncu madde kötüye kullanımı %44 ve %26 oranında, alkol olan bağımlılık oranları %24 ve %39, sosyal fobi %11 ve %23, majör depresyon %21 ve %23, panik bozukluğu %15 ve %6, alkol kötüye kullanım oranları %24 ve %13, maddeye olan bağımlılık oranları %27 ve %12, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) %7 ve %3, agarofobi ise %9 oranlarında bulunmuştur. Anksiyete DEHB'ye bir parça mı yoksa DEHB'nin eşliğinde olarak ortaya çıkan bir ikincil durum mu, tıbbi araştırmalarda tartışılmaktadır. Birtakım araştırmacı anksiyetenin DEHB'nin patogeneziyle ilişkili bir durum olabileceğini düşünürken, bazı araştırmacılar Anksiyete Bozukluğuna eşlik eden ayrı bir DEHB tipi olabileceğini düşünmektedir (Ağaoğlu ve ark.'tan akt. Dağışan, 2017).

Çalışmanın amacı, Sosyal Fobi ile Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu arasındaki ilişkiyi incelemektir. Ayrıca çeşitli sosyodemografik sorular aracılığıyla, bu iki rahatsızlığın öğrencilerin çeşitli sosyodemografik özellikleri ile ilişkileri değerlendirilecektir. Tezin bu konular hakkında bilgi sağlanması ve literatüre katkıda bulunması hedeflenmektedir.

Bu araştırma, Üsküdar Üniversitesi öğrencilerinde 18-27 yaş aralığında olan, gönüllü yetişkin özelliğine sahip olan rastgele seçilen 200 öğrenciden oluşan örneklem grubu ile gerçekleştirilmiştir. Çalışma içerisinde veri toplama araçları olarak Sosyodemografik Veri Formu, Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ), Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (KBÖ) kullanılmıştır. Toplanan

veriler bilgisayar ortamına aktarılarak SPSS 21.0 yardımıyla çözümlenmiştir. Araştırmanın modelini ise betimsel ve karşılaştırmalı araştırma modeli oluşturmaktadır.

Çalışma içerisindeki temel hipotezimiz, “üniversite öğrencilerinde, Sosyal Fobi düzeyi ile Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu düzeyi arasında korelasyon bulunmaktadır.” şeklindedir. Ayrıca çalışma içerisindeki alt hipotezimiz, “üniversite öğrencilerinde, çeşitli sosyodemografik özellikler ile Sosyal Fobi veya Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu düzeyi arasında açıdan anlamlı yönden bir korelasyon bulunmaktadır” şeklindedir.

Çalışma, Sosyal Fobi ve Erişkin Dikkat Eksikliği Anksiyete Bozukluğu arasındaki korelasyonun araştırılarak literatüre katkı sunması noktasında önem kazanmaktadır. Ayrıca çalışmada sosyodemografik form aracılığıyla yapılacak değerlendirme, ilgili bozuklukların etiyolojik faktörlerinin belirlenmesi noktasında önem kazanmaktadır.

2. LİTERATÜR

2.1. Sosyal Fobi

2.1.1. Sosyal Fobi Tanımı

Anksiyete, duygusal tehlike yaşanabileceği beklentisine bağlı olarak ortaya çıkan huzursuzluk olarak açıklanabilecek ve yaşam tecrübelerine bağlı olarak değişiklik gösterebilen, koruyucu ve uyum sağlayıcı bir duygu çeşididir Anksiyete bozuklukları ise belli düzeyde sıkıntı ve işlevsellik kaybına neden olan korku ya da endişe bozuklukları ile karakterize bir bozukluktur (Ağaoğlu ve ark.'tan akt. Dağaşan, 2017).

Sosyal Fobi bireyin başka kişilerce olumsuz değerlendirileceği durumlardan devamlı olarak korkma; aşağılanacağı, utanacağı ya da gülünç hale düşecek biçimde davranmaktan ve başkaları tarafından yargılanmak ya da rezil olmaktan korkma durumu olarak tanımlanmıştır (Dilbaz, 1997; NIMH, 2007).

DSM-V'te Sosyal Fobi, tanımadığı insanlarla karşılaşma ya da başkası tarafından izleneceği bir ya da daha fazla toplumsal eylemi gerçekleştirdiği bir durumdan belirgin ve devamlı bir biçimde korku duyması olarak tanımlanmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2016).

Sosyal Fobi, bireyin toplumsal ya da edimsel durumlarda küçük düşecek biçimde davranmaktan, olumsuz değerlendirilmekten korkmasıdır. Korkulan durumlarda kişinin kendisine yönelik dikkati artar. Genellikle çarpıntı, terleme, titreme, yüz kızarması gibi fiziksel anksiyete semptomları duruma eşlik eder. Eleştirilere aşırı duyarlılık, düşük benlik saygısı, toplumsal ilişkilerde beceri eksikliği, girişkenlik gerektiren durumlarda yaşanan güçlükler sıklıkla durumun bir parçasıdır (Heckelman and Schneider, 1995).

Sungur'a (1997) göre sosyal fobi bireyin dikkat odağı olacağını düşünmesi, kendini güç halde bırakacak şekilde davranması vb. sebepler ile sosyal ortamlarda bulunma korkusudur. Kring ve ark. (2015) ise sosyal fobiyi göz önünde olabileceği sosyal ortamlarda olmaktan ya da sadece tanıdık olmayan insanlarla karşılaşıldığında yaşanan mantıksız, ısrarlı bir korku olarak tanımlar ve özellikle bu bozukluğun ergenlikte başladığını, sosyalleşmeyi etkilediğini ileri sürmüştür (akt. Haspolat, 2016).

Sosyal Fobi, çoğumuzun yaşadığı bir durumun abartılı halidir (McKenzie, 2006). Birçok birey, diğer insanların incelemesi altında olduğu sosyal ortamlarda kaygı hisseder. Bakılma korkusu sadece insanlarda değil hayvanlarda da bulunan bir fenomendir. Tehdit edici bakışlar, üzerine dikilmiş gözler hemen hemen tüm kültürlerde ve gelişmiş hayvan türlerinde dahi rahatsızlık doğurmaktadır (Türkçapar, 1999).

Sosyal Fobide ilgi odağında yer alma korkusu söz konusudur (McKenzie, 2006). Hastalar başkalarının önünde bulunmaktan duydukları şiddetli korku ve kaygının neden olacağı öznel ve nesnel belirtilerin fark edilmesinden korkarlar. Bu belirtileri (yüz kızarması, terleme, titreme vb.) kontrol altına almaya çalıştıkça ne kadar güçsüz kaldıklarını görmekten dolayı da kendilerine öfkeli dirler (Güleç, 2003).

Köknel (1999), sosyal fobinin "gençlik çağında genelde başladığını" ve sosyal fobiyi gerçekçi ve mantıksız kaygı ve korku devleti olarak gördüğünü ileri sürdü ve bu korkular ve endişeler topluluk içinde olmak, konuşmak, karşı cinsten biriyle olmak gibi ortamlarda ortaya çıktı. Sosyal fobi olan bireyler sosyal ortamlara girdikçe kaygı düzeyi artmakta ve bu ortamlardan uzaklaşılması önemli bir davranış olarak görülmektedir. Ayrıca benlik saygısı, eleştirilmekten korktuğu için düşmektedir. Kendilerini diğerlerine kıyasla değersiz gibi algılarlar ve toplumda kötü ve kötülük göstereceklerini düşünen toplumsal çevrenin içine girmekten kaçınırlar.

Sosyal Fobi, bireyin tüm yaşantısını önemli alan ve düzeyde etkilemektedir. Sosyal Fobik kişiler iş ve eğitim hayatında, sosyal ve duygusal ilişkilerinde mühim sıkıntılar yaşamaktadır (Gültekin ve Derebay, 2011). Ateş ve Gençdoğan'a (2017) göre, Sosyal Fobi yüz kızarması, baş dönmesi, kaşların gerilmesi, nefes almada güçlük, kalp çarpıntısı, göz teması kuramama, mide bulantısı gibi fizyolojik belirtileri, sosyal durumlarla ilgili işlevsel olmayan olumsuz düşünceler, beğenilmeme veya olumsuz değerlendirilmesi düşüncesi, topluluk önünde herhangi bir performans sergilemekten, aptalca gözükmekten, küçük düşmekten, konuşmaya katılmaktan veya konuşmayı başlatan taraf olmaktan korkma gibi duygusal belirtilere sahiptir. Hasta çoğu kez yaşadığı korku ve endişenin abartılı, yersiz ve mantıksız olduğunun farkındadır, fakat bu farkındalık hastalığa eşlik eden fiziksel ya da psikolojik belirtileri engellemez.

2.1.2. Sosyal Fobi Bozukluğu Tarihçesi

'Sosyal fobi' terimi ilk defa 1903'de, Pierre Janet tarafından kullanılmış ve klinik bir sendrom olarak 1970'de Marks tarafından tanımlanmıştır (Demir, 1997).

Sosyal Fobi alanında çalışma yapan ilk araştırmacılardan olan Hartenberg'e göre, Sosyal Fobik bir birey sosyal etkileşimi başlatmayı göze alamayan, başkalarından korkan, kendine güveni olmayan, her zaman başkalarını üzmemekten korkan ve kendisini utangaç olarak tanımlayan kişidir. Hartenberg sosyal kaygının iki temel duygu nedeniyle oluştuğunu ileri sürer: korku ve utanç (akt. Fairbrother, 2002).

Sosyal fobik belirtiler, 1952 yılında kabul edilen DSM-I'de ya da 1968 yılında sunulan DSM-II'de yer almamıştır. Sosyal fobinin ayrı bir rahatsızlık şeklinde ele alınmayışının en önemli sebebi, büyük olasılıkla Freud'un tüm fobileri, içsel ve dışsal olarak üretilen anksiyeteye karşı egonun savunma olarak ortaya çıkardığı psikolojik belirtiler olarak gösteren tanımlanmasının o sıralarda literatürde baskın olarak kabul görmüş olmasıdır (Gökalp ve ark., 1996). Sosyal Fobinin tanı kitabı olarak kullanılan DSM kaynaklarına girmesi DSM-III'te olmuştur (Dilbaz, 1997).

2.1.3. Sosyal Fobi Bozukluğu Tanı Ölçütleri

Sosyal Fobi tanısı konulabilmesi için uzmanlar tarafından bazı tanı ölçütleri kullanılmaktadır. Sosyal Fobi'nun DSM-V'teki adı Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi) olarak değiştirilmiştir ve şuanda uzmanlar tarafından DSM-V tanı kriterleri göz önünde tutularak tanı konulmaktadır. DSM-V'te tanım olarak kişinin başkalarının kendini değerlendirebilecek toplumsal ve sosyal ortamlarda belirgin, gözlemlenebilen şekilde korku duyması olarak belirtilmektedir (APA, 2013).

Aşağıdaki tabloda, bu çalışmada da esas alınan DSM-V Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi) tanı ölçütleri verilmiştir.

Tablo 1. Sosyal Fobinin DSM-V'e Göre Tanı Ölçütleri

A. Kişinin, başkalarınca değerlendirilebilecek olduğu bir veya birden fazla toplumsal durumda belirgin bir korku veya kaygı duyması. Örnekler arasında toplumsal etkileşmeler (örn. Karşılıklı konuşma, tanımadık insanlarla karşılaşma), gözlenme (örn. Yemek yerken ya da içerken) ve başkalarının önünde bir eylemi gerçekleştirme (örn, bir konuşma yapma) vardır.

B. Kişi, olumsuz olarak değerlendirilebilecek bir şekilde davranmaktan ya da kaygı duyduğuna ilişkin belirtiler göstermekten korkar. (Küçük düşeceği ya da utanç duyacağı bir biçimde; başkalarınca dışlanacağı ya da başkalarının kırılmasına yol açacak bir biçimde.)

C. Söz konusu toplumsal durumlar, neredeyse her zaman, korku ya da kaygı doğurur.

D. Söz konusu toplumsal durumlardan kaçınılır ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile bunlara katlanılır.

E. Duyulan korku ya da kaygı, söz konusu toplumsal ortamlarda çekinilen duruma göre ve toplumsal-kültürel bağlamda orantısızdır.

F. Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, 6 ay veya daha uzun sürer.

G. Korku, kaygı ya da kaçınma klinik perspektiften belirgin bir huzursuzluğa ya da toplumsal, işle, ve diğer önemli alanlardaki işlevsellikte bozulmaya sebep olur.

H. Korku, kaygı ya da kaçınma bir maddenin (örn. Kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.

İ. Korku, kaygı ya da kaçınma, panik bozukluğu, beden algısı bozukluğu ya da otizm açılımı kapsamında bozukluk gibi başka bir ruhsal bozukla daha iyi açıklanamaz.

J. Sağlığı ilgilendiren başka bir durum varsa (örn. Parkinson hastalığı, şişmanlık, yanık ya da yaralanmadan kaynaklanan biçimsel bozukluk), korku, kaygı ya da kaçınma bu durumla açıkça ilişkisizdir ya da aşırı bir düzeydedir.

Varsa belirtiniz:

Yalnızca bir eylemi gerçekleştirme sırasında: Duyulan korku, toplum önünde konuşma ya da başka bir eylemi gerçekleştirme ile sınırlı ise.

2.1.4. Sosyal Fobi Bozukluğu Etiyolojisi

Chartier, Walker ve Stein (2001) yaşları 15-64 arasında değişen, sosyal fobisi olan bireyler üzerinde yaptığı araştırmada, risk faktörünün aşağıdaki maddeleri içerdiğini öne sürmüştür.

- Bir yetişkin ile yakinen ilişki kurulmaması
- İlk doğan olamama (bu durum yalnızca erkekler için geçerlidir)
- Ailesel anlaşmazlıklar
- Ailenin geçmişinde bulunan zihinsel rahatsızlıklar
- Çocukluk döneminde üç seferden fazla göç etmek
- Çocukluk döneminde fiziksel ve cinsel istismara maruz kalma
- Çocuk mahkemelerinde bulunmak ve çocuk koruma programlarına dahil edilmek
- Evden kaçmak
- Sınıfta kalmak
- Dokuz yaşından önce özel eğitim almak
- Okuldan atılmak.

Sosyal fobi genellikle çok erken yaşta başlar ve ergenlik döneminde zirveye ulaşır. Bu, gençlerin üretken yaşamda tam olarak hayata katılımlarını sağlayacak sosyal becerilerini geliştirdikleri dönemdir. Sosyal fobi, bireyin eğitim almasını önleyebilir ya da okul başarısını azaltabilir. Klinik deneyler, Sosyal Fobinin belirli bir düzeyde fonksiyon kaybıyla ilişkili olduğunu ileri sürmektedir. Turner ve arkadaşları (1986) “vakaların %92’sinin mesleki işlevlerinde, %85’inin akademik başarılarında, %70’inin ise sosyal ilişkilerinde belirli ölçüde bozukluk olduğunu bulmuşlardır”

Konu hakkındaki literatür incelendiğinde, sosyal fobi için temel olarak psikolojik, biyolojik ve çevresel etmenlerin risk faktörü olarak değerlendirildiği görölmektedir.

2.1.4.1. Psikolojik Faktörler

2.1.4.1.1. Psikanalitik Görüş

Psikanalitik yaklaşım, temelde kaygıların kökeninde id, ego ve süperego arasındaki psişik enerjinin paylaşımı noktasında ortaya çıkan çatışmaların etkili olduğunu iddia etmektedir (Corey, 2008).

Sosyal fobi, psikanalitik kuramda iç çatışmanın ürünü olarak kabul edilmektedir. Ego ile id ya da ego ile süper ego arasında oluşan çatışmada, egonun denge mekanizması olarak rolü azalır. Buna benzer bir şekilde, dürtüler daha güçlü olduğunda da çatışma ortaya çıkan ve ortaya çıkan çatışma çözümsüzlüğü, mücadelenin zayıflığını ifade eder. Yaşanan çatışmalar sonucu ego, sosyal fobiyi kontrol altına alamadığı zaman savunma düzenekleri işin içine girer. Sosyal fobik durum bir nesne ya da durumla özdeşleştirilir, bu sürecin sonucunda sosyal fobi bozukluğu oluşur (Öztürk ve Uluşahin, 2011; Murdock, 2012; Atkinson ve Hilgard., 2010).

Psikanalitik kuramda kaygı 3 türdür, bunlar gerçeklik, nörotik ve ahlaki kaygı olarak isimlendirilir. Gerçeklik kaygısı, dışarıdaki olası tehlikelere karşı duyulan korkudur. Bu korku, kişinin duyduğu tehdit ile orantılıdır. Nevrotik kaygı, libidonun yaşadığı korkudur. Kişinin içgüdülerinin kontrolünü kaybedeceği ve sonucunda da cezalandırılacağına dair duyduğu korkudur. Ahlaki kaygı ise cezalandırıcı süper egonun yaşadığı korku olarak adlandırılır (Murdock, 2012, Corey, 2008).

2.1.4.1.2. Davranışçı Görüş

Rahatsızlığı öğrenme kuramı perspektifinden analiz eden davranışçı psikologlar, kaygının, içsel çatışmalar yerine dışsal faktörlerin sonucu olarak değerlendirmektedirler (Atkinson ve Hilgard, 2010). Davranışçı görüş sosyal fobinin kökenini açıklarken bu rahatsızlığın oluşmasına nedeni olarak üç sebepten bahsetmektedir. Sosyal ortamlarda kişilerin yaşadığı travmatik deneyimleriyle oluşan doğrudan koşullanma, kişinin sosyal ortamda olumsuz bir durum yaşayan başka bir kişiyi gözlemesi ile ortaya çıkan gözlemsel öğrenme ve tutumlar ile sosyal ortamların tehlikeli olduğu bilgisinin bireye

aktarılmasıyla korkuların meydana gelmesine sebebiyet veren bilgi aktarımı (Beidel, 1998).

2.1.4.1.3. Bilişsel Görüş

Bilişsel yaklaşım, kaygı bozukluklarında kaygı yaşayan bireyin durum ve potansiyel tehlike hakkındaki düşüncelerine odaklanır (Atkinson'dan akt. Haspolat, 2016). Farklı psikolojik rahatsızlıklarda olduğu gibi sosyal fobi de kişilerin yaşantılarını algılama, anlamlandırma ve değerlendirmesinde meydana gelen bilişsel çarpıtmalarla ilgilidir. Beck'in "Bilişsel Üçlü" olarak adlandırdığı modelde; kişinin kendisini, çevresini ve geleceğini olumsuz ve çarpık bir şekilde algılamasından bahsedilmektedir. Bu yaklaşıma göre ilgili çarpık algı sosyal fobiyi de içeren psikolojik rahatsızlıkların nedenidir (Karahana ve Sardoğan, 2012).

Bilişsel yapı otomatik düşünce ve şemalardan oluşurken, şemalar ise ara ve temel inançlardan oluşmaktadır. Sosyal fobisi bulunan bir bireyin en önemli niteliği tehlike olasılığının uzak olduğu durumları gerçekçi olmayan bir biçimde değerlendirmesidir. Bireyler zararın hem "derecesini" hem de "gerçekleşme olasılığını" olduğundan daha yüksek olarak değerlendirirler (Beck, 2008; Beck ve Emery, 2011).

2.1.4.1.4. Varoluşçu Görüş

Varoluşçu felsefeyi benimsemiş felsefeci, psikiyatrist ve psikologlar, kaygıyı, varoluşun temelindeki ontolojik bir nitelik olarak kabul etmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Bireyler kaygı sayesinde uyanık ve aktif olarak yaşamaktadırlar. Hayatın içerisinde kişiler, kendilerini rahatsız eden olaylarla karşı karşıya gelir ve gerçeklerle yüzleşir. Yaşam, ölüm gerçeğinin değişmezliği ile bir arada devam eder (Corey, 2008). Dolayısıyla aslında reel kaygı, yaşamın sona ereceğinin ve dünyanın bir hiç olabileceği durumunun farkına varılmasıdır (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

2.1.4.1.5. Akılcı-Duygusal Görüş

Albert Ellis, kişilerin eğilimlerinin olduğunu savunur. Nasıl mutluluk, sevgi vb. durumlara bireylerin yatkınlığı bulunmaktaysa, buna benzer bir biçimde intihar,

erteleme, hoşgörüsüzlük vb. durumlara da eğilimleri mevcuttur. Bu eğilimler akılcı ya da mantıklı, hatalı ya da mantık dışı düşünce potansiyelinin bir ürünüdür (Corey, 2008). Ellis, mantık dışı olarak adlandırılan düşüncelerin sosyal fobinin temelinde olduğunu söyler. Çünkü sosyal fobikler başarılı, yetenekli, kusursuz olarak “iyi performans göstermek zorunda olduklarını” ve bu performansın sergilenmesi sırasında rahatsızlık duymamaları gerektiğini düşünmekteydiler. Rahatsızlık belirtilerinin temeli budur (Ellis, 1991).

2.1.4.2. Biyolojik Faktörler

Fobik bozuklukların genelinde olduğu gibi sosyal fobinin de kökeninde genetik faktörlerin etkili olduğu düşünülmektedir. Özellikle son yirmi yılda, fobik bozuklukların temelinde biyolojik faktörlerin daha çok rol oynadığı farkedilmekte ve bozuklukların kökeninin açıklanmasında sadece psikanalitik ve davranışçı-bilişsel görüşlere bağlı kalınmaması görüşü belirginleşmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

Sosyal fobinin kökeninde biyolojik ve çevresel faktörler arasında bir etkileşiminin varlığı da kabul edilmektedir (Austin ve Sciarra, 2015). Cary ve Gottesman (akt. Haspolat, 2016) aile ve ikizler üzerine yaptığı çalışmalarında, sosyal fobinin tüm aileyi etkileyebileceğini bulgulamıştır. Sosyal fobi bozukluğu bulunan bireylerin ebeveyn ve kardeşlerinin %15’i benzer bir biçimde ilgili durumdan etkilenmektedir. Ayrıca farklı yerlerde yetişmiş ikizler ve aile ağacı incelemelerinde de kalıtsal etkinin var olduğu görülmektedir (Marks, 1986).

Aile öyküsünde sosyal fobi olan kişilerle gerçekleştirilen güncel bir araştırmada, aile öyküsünde sosyal fobi olmayan kişilere göre sosyal fobik belirtilerin daha yüksek düzeyde olduğu bulgulanmıştır (Hughes ve ark, 2009).

2.1.4.3. Çevresel Faktörler

Sosyal fobinin kökeninde psikolojik ve biyolojik faktörlerin yanı sıra çevresel faktörlerin de etkili olduğu söylenebilir. Yapılan araştırmalarda ebeveyn tutumu, ekonomik durum, yaşamın çoğunun geçirildiği yer, akademik başarı, arkadaş grubunun olması, benlik saygısı, sosyal bağlılık, medya etkisi vb. birçok farklı değişkenin sosyal

fobide etkili olduğu görülmüştür (La Greca ve Harrison, 2005; Baptista ve ark., 2012; Özdemir, 2004; Sübaşı, 2007; Morbel, 2015).



2.1.5. Sosyal Fobi Bozukluğu Epidemiyolojisi

Son yıllarda klinisyenlerin sosyal fobiyle daha fazla ilgilenmeleri bu alanda yapılan çalışmalarda belirli ölçüde artışa neden olmuştur (Dağışan, 2017). Memik ve arkadaşlarının sosyal fobi yaygınlığı üzerine “PUBMED” ve “Medline Centrale” arama motorlarını tarayarak yaptıkları bir araştırmada (2011), on yılda (1999-2009) sosyal fobi yaygınlığı üzerine yapılmış toplum tabanlı araştırmalarda oranların %4 ile %12,1 arasında olduğu, sosyal fobinin kadınlarda erkeklere nazaran daha sık görüldüğü ve çeşitli kültürlere göre ilgili bozukluğun bazı farklılıklar gösterdiği tespit edilmiştir.

Sosyal Fobi oranları dünyanın değişik yerlerine göre değişmektedir. Tayvan’da 1000 kişiden 2’sinde görülürken, Yeni Zelanda’da bu oran 20 kat yüksektir (McKenzie, 2006). ABD’de yapılan Ulusal Eştanı Taramasında, sosyal fobinin %13’lük görülme oranı ile majör depresif (%17) alkol bağımlılığı ve epizoddan (%14) sonra en çok karşılaşılan üçüncü psikiyatrik bozukluk olduğu bildirilmiştir (Kulaksızoğlu ve ark., 2009).

Kıtalar arası yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde, yaşam boyu yaygınlık oranlarının Avrupa’da %1,6 ile %17, ABD’de %5 ile %12,1, Asya’da %0,4 ile %0,82, Güney Amerika’da %10,2 ile %11,7 arasında olduğu, Avustralya’da ise bir yıllık yaygınlığın %1,3 ile %2,7 arasında olduğu görülmektedir (Uzun, 2016).

Ülkemizde sosyal fobinin yaygınlığı hakkında ise oldukça az çalışma vardır (Türe, 2013). “Türkiye’nin ruh sağlığı profili” adlı çalışmada Kılıç (1997), sosyal fobi yaygınlığının %1,8 olduğunu tespit etmiştir. Çeşitli üniversitelerde yapılan araştırmalar sosyal fobinin üniversite öğrencileri arasındaki sıklığının %9 ile %22 arasında değişmekte olduğu göstermektedir (Dilbaz, 1997; İzgiç ve ark., 2004; Gültekin ve Derebay, 2011). Türk toplumunda gerçekleştirilen çalışmalarda bulunan yüksek sosyal fobi oranlarının sebebi olarak kültürel değerler ile beslenen toplumsal anksiyetenin olabileceği düşünülmektedir (İzgiç ve ark., 2000). Gültekin ve Dereboy’un yaptığı çalışmada ise kadınların erkeklere göre 1,7 kat, ilçelerde yaşayanların şehirlerde yaşayanlara göre 1,5 kat, köyde yaşayanların 1,9 kat, ailesinde psikiyatrik öyküsü olanların olmayanlara göre 1,8 kat daha fazla sosyal fobi belirtisi gösterme ihtimalinin

olduğu belirlenmiştir (Gültekin ve Derebay, 2011). Dilbaz'a (1997) göre sosyal fobi alan araştırmalarında kadınlarda erkeklere nazaran daha fazla görölmekte, fakat klinik araştırmalarda erkeklerde daha fazla görölmektedir. Bu durum yardım alma konusunda tedavi arayışının erkeklerde daha fazla olduğunu göstermektedir, denilebilir.

Sosyal fobinin başlangıç yaşının belirlenmesi zordur. Fakat yapılan araştırmalar, bu rahatsızlığın büyük oranda ergenlikte başladığını göstermektedir. Sosyal fobinin başlangıç yaşı 13-24 Ateş ve Gençdoğan'a göre (2017) olarak değişebilmektedir. Sevinçok ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada sosyal fobinin başlangıç yaşı $12,5 \pm 4,1$ yıl (Sevinçok ve ark., 1998), Tükel ve arkadaşlarının çalışmasında ise başlangıç yaşı $17,4 \pm 7,3$ yıl olarak saptanmıştır (Tükel ve ark, 1998). Bazı yeni sosyal ya da mesleki ihtiyaçlar (yeni insanlarla tanışma, toplum önünde konuşma vb.) bu sendromu tetiklemedikçe, 25 yaşından sonra sosyal fobi rahatsızlığının başlamasının nadir olduğu bildirilmiştir (Topçu, 2004). Sosyal fobi hastalarının yaklaşık olarak yarısı, sosyal fobilerinin spesifik bir olay sonrasında başladığını belirtirken, diğer yarısı bu fobiyi hayatlarının büyük bir kısmında yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Ersoy ve ark, 2003).

Sosyal fobi için yapılan çalışmalarda sosyoekonomik durumun düşük olması, sosyal sınıftaki düşük seviye, evlenmemiş olma, işsizlik, düşük eğitim düzeyi, hastalığın ilk dönemlerinde sosyal desteğin olmaması gibi sosyodemografik faktörler, genetik yatkınlık, travma gibi başlıca risk faktörleri olarak kabul edilmektedir (Witchen ve Fehm'den akt. Uzun, 2016).

2.1.6. Sosyal Fobi Bozukluğuna Eşlik Eden Bozukluklar

Sosyal Fobiye ek bir tanıya sahip olmak kişilerin yaşamlarındaki işlevselliği ve yaşam kalitesini düşürmekte, yaşanılan psikolojik yükü çoğaltabilmekte ve yapılan tedavi sonuca negatif yönde etki etmektedir (Sevink ve ark.'tan akt. Dağaşan, 2017). Sosyal fobi hastalarında komorbidite yaygındır ve genellikle sosyal fobi başlangıç yaşı ile birlikte göröldüğu hastalıkları daha erken dönemde başlar (Koyuncu ve ark., 2012). Yapılan araştırmalarda mizaç bozuklukları ve alkolizm gibi psikiyatrik komordibite sıklığı oranı yüksek olarak tespit edilmişti (Koyuncu ve Binbay, 2014). Komorbiditenin varlığı sosyal fobinin şiddetini arttırabilir, tedaviye yanıtı azaltabilir (Marshall, 1994).

Klinik örnekleme gerçekleştirilen araştırmalarda, depresyonun sosyal fobiye büyük oranda eşlik ettiği gözükmetedir. Sosyal fobi ve majör depresyonun yaşam boyu beraber görölme oranları, birçok araştırma sonucu %17 ile %80 arasında ölçölmüştür. Sosyal fobik kişilerde hastalığın seyri süresince depresyon ortaya çıkabilmektedir (Mourier ve Stein, 1999). Sosyal fobi ve depresyonun birlikte göröldüğü hastalarla yapılan çalışmalar genellikle sosyal fobinin depresyonu tetiklediği göstermektedir (Magee ve ark., 1996; Schneier ve ark., 1992)

Alkoliklerde sosyal fobi görölme yaygınlığı %8 ile %56 arasındadır. Sosyal fobikler hastalıklarıyla baş edebilmek için ilaç yerine alkol kullanırlar (Dilbaz, 1997). Kendler ve arkadaşları da (1992) yaptıkları araştırmalarda Sosyal Fobi majör depresyon, yaygın kaygı bozukluğu, panik bozulunun yanı sıra alkolizm ve yeme bozuklukları komorbidite oranlarında anlamlı sonuç olduğunu belirtmişlerdir.

Sosyal Fobi olan kişilerde yaşam boyu komorbidite olarak panik bozukluğunun görölme yaygınlığı %17 ile %50 arasında seyretmektedir. Sosyal fobiklerde majör depresyon görölme oranı ise %35 ile %80 arasında değişmektedir (Dilbaz, 1997). Panik bozukluğuna sosyal kaygının eşlik ettiği hastalarda, panik bozukluğu belirtilerine kendine yönelik olumsuz değerlendirme eğilimi, düşük benlik saygısı, kişilerarası ilişkilerde aşırı duyarlı olma vb. faktörlerin eklenmesinin depresyon riskini yükselttiğinden bahsedilebilir (Tükel, 2002).

Obsesif-Kompulsif bozukluk tanısı alma oranı ise %4 ile %11 arasında değerliklik göstermektedir. Obsesif-Kompulsif olan bireyler obsesyonların içeriği nedeniyle çevresinde başka insanlar varken anksiyete gösterirken, sosyal fobisi olanlar bu kişiler tarafından değerlendirilecekleri düşünceyle yoğun bir kaygı yaşarlar (Dilbaz, 1997).

Ölkemizde sosyal fobide eş tanının incelendiği bir çalışmada, 44 sosyal fobi olgusunun %47,7'sinde geçirilmiş bir psikiyatrik hastalık öyküsünün bulunduğu ve bunlardan en sık olarak görölelerin majör depresyon (%38), agorafobili panik bozukluğu (%14) ve distimik bozukluğu (%14) olduğu saptanırken, olguların %52,3'ünde şimdiki durumda sosyal fobiyile birlikte bulunan bir psikiyatrik bozukluk saptanmış, en sıkça görölen tanılar sırasıyla agorafobi ve agorafobisiz panik bozukluğu

(%52), depresif bozukluklar (%21) ve alkol kullanımı (%13) olarak belirtilmiştir (Alicia ve ark.'tan akt. Uzun, 2016).

2.1.7. Sosyal Fobi Bozukluğunda Tedavi

Sosyal fobik bireylerin yüksek bir olasılıkla maddi engelleri, nereden yardım alacakları konusundaki belirsizlikler, söyledikleri ve düşündükleri konusunda başkalarının ne düşüneceği korkusuna sahip olmaları vb. nedenler tedavi aramalarının önüne geçebilir. Bununla birlikte, kendilerinin kaygılı olmadıklarına ilişkin inançları da kişilerin tedavik almaktan kaçınmasına neden olabilir. Sosyal Fobinin tedavisinde farmakolojik ve psikoterapik yöntemlerin etkili olması ve her iki tedavi çeşidinin etkilerini hastalığın farklı yönlerinde göstermeleri nedeniyle, bu yöntemler beraber kullanıldıklarında daha etkili olabilecekleri düşünülmektedir (Dilbaz, 1997).

Sosyal fobi tedavisi için en yaygın olarak kullanılan tedavi yöntemi, bilişsel davranışçı tedavilerdir (Yalçın ve Sütçü, 2016). Bu tedavi yönteminin hem anksiyete belirtilerinin düşmesinde hem de anksiyete bozukluğu belirtisinde etkili olduğu ve bu etkilerin kalıcı olduğu, çalışmalar sonucunda tespit edilmiştir (Karakaya ve Öztop, 2013). Bilişsel modele göre sosyal fobik bireylerde kendi davranışları ve başkalarının davranışlarını yargılama biçimleri ile alakalı işlevsel olmayan bazı kabuller söz konusudur. Alıştırma yöntemi, bu olumsuz inanç ve kabulleri değiştirilmesi amacıyla tedavi yöntemi olarak kullanılır. Sosyal Fobinde bilişsel tedavinin amaçları şunlardır: Her hastanın sorununu bilişsel, efektif ve davranış sistemleri bütünü açısından değerlendirmek; üzerine gitme yöntemlerini ve yanlış bilgileri düzeltme sürecini sekteye uğratan davranışların engellenmesi ve bilişsel yanıtların düzeltilmesi, işlevsel olmayan kabullerin tekrar gözden geçirilmesi, daha gerçekçi ve işlevsel kabullerin belirlenmesi ve desteklenmesi için kanıt toplanması. Bilişsel değişiklikleri, davranışçı tekniklerle pekiştirerek yeni bilgilerin daha kolay sindirilmesini ve sonuçta düşünce davranışta değişiklik olmasını sağlar. Davranışçı yöntemlerde ise işlevsel olmayan inançlarla yüzleştirmeyi amaçlayan alıştırma tekniği uygulanmaktadır. Alıştırma tekniğini hızlandırmak amacıyla olumsuz değerlendirmelerle ilişkili uyumsuz davranışların engellenmesi; paradoksal yöntemler ve dikkat ile ilgili yöntemler kullanılmaktadır (Dağaşan, 2017).

Sosyal fobi tedavisinde farmakolojik tedavide en etkili olan ilaçlar serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ve merkezi sinir sistemindeki monoamin oksidaz enzimini geri dönüşümlü ve geri dönüşümsüz olarak inhibe etmekte olan ilaçlardır. Bu ilaçların yanı sıra beta-blokörler, benzodiazapimler de bu alanda kullanılan ilaç gruplarındandır (Dilbaz, 2000). Sosyal fobi semptomlarını azaltmak, korku ile ilgili abartılı düşüncelerin ve duyguların kontrolü, korkulan durumlardan fobik kaçınmayı azaltmak, yaşam kalitesini yükseltmek ve komorbid durumları tedavi etmek amaçlanmaktadır (Karamustafaloğlu ve Yumrukçal, 2011).

2.2. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

2.2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanımı

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), yedi yaşından önce başlayan, en az altı ay süreyle görülmesi gereken, akademik ve sosyal işlevlerde bozulmaya yol açan kalıcı ve sürekli olan dikkatteki sürenin kısalığı, engellemeye ilişkin denetimde eksiklik nedeniyle davranışlarda ya da bilişte ortaya çıkan ataklık ve huzursuzluk ya da her ikisiyle tanımlanan bir bozukluktur (Schachar ve Tannock, 2002). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) dikkatsizlik, odaklanma zorluğu, aşırı hareketlilik, dürtüsellik ile karakterize edilen; okul öncesi dönemde başlayıp erişkinlik döneminde de devam edebilen; kişinin sosyal ilişkileri, okul yaşantısı gibi bir çok alanda olumsuz etki yaratmaktadır (Göker, 2009).

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) çocukluğun dönemlerinde başlayan, ömür süresince devam eden, etkilenen kişilerin iş, sosyal ve akademik yaşamları vb.lerinde günlük işlevselliği bozan nöropsikiyatrik bir bozukluktur. DEHB yaygınlığı yaşlanma ile beraber azalmaktadır. DEHB yaygınlığı çocukluk döneminde yaklaşık %8, ergenlikte %6 ve erişkinlikte %4'tür (Tuğlu ve Şahin, 2010).

DEHB semptomları, oldukça zor ve kısa süreli dikkat, bir etkinliği yarım bırakma, aşırı hareketlilik ve sinir, düşünmeden hareket etme ve 'kazaya yatkınlık', sosyal ilişkilerinde ise güvensizlik olarak ortaya çıkabilir. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuna sahip kişi, enerjisinin çoğunu özür dilemeye ve disfonksiyonel davranışlarını engellemeye çalışmakla uğraşabilir. Düşük benlik saygısı, kendine karşı güvensizlik ve yalnızlık geliştirebilir. Diğer bireyleri gerçek kimliğinden uzak tutmak

amacıyla sosyal maskeler ardına saklanabilir. Bunların hepsi, yalnızlık ve endişe duygularını ve depresyonu gizler. Bu kısır döngüden çıkışın ilk adımı ise farkındalıktır (Tınaz, 2004).

Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olguları ile gerçekleştirilen beyin görüntüleme, farmakoloji, norokognitif ve genetik alanlarında yapılan çalışmalarda, çocukluk döneminde tespit edilen DEHB olgularında olan belirtiler tekrarlanmıştır. Çocukluk döneminde dikkat, dürtüsellik ve aşırı hareketlilik yaşayan bu bireyler erişkinlik çağında işlerine problemler, dürtüsellik, dikkatsizlik gibi var olan belirtiler nedeniyle ebeveyn rollerini sürdürmede problemler, aile ve arkadaş ilişkilerinde sıkıntılar yaşarlar (Öyekçin ve Şahin, 2011).

Dikkat eksikliği bozukluğu, hiperaktivitenin ek olarak olup olmasına göre çeşitlendirilir. Literatürde dikkat dağınıklığı bozukluğu (ADD), hiperaktivite ile dikkat bozukluğu (ADD-H), dikkat dağınıklığı bozukluğu/hiperaktivite bozukluğu (AD/HD) gibi farklı teşhisler mevcuttur. Bu rahatsızlıklar aynı olmamakla birlikte birbirlerine oldukça yakın özelliktedirler (AACAP'tan akt. Tınaz, 2004).

2.2.2 Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tarihçesi

Dikkat eksikliği ve davranımla ilgili problemleri olan çocukların varlığı ilk defa 1902 yılında George Stil tarafından tarif edilmiştir. Tarif edilen bu durum 1919-1920 arasındaki influenza pandemisi ardından hayatta kalan çocuklarda sıklıkla gelişmiş ve bu durumun organik beyin hasarına bağlı olduğu düşünülerek “minimal beyin hasarı sendromu” terimi kullanılmaya başlanmıştır (Hertcman’dan akt. Dağaşan, 2017).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun tanısı 19.yy’a dayanmaktadır. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun karakteristik sonuçları 1846 yılında, ilk akıl hastanesini Frankfurt’ta kuran, Heinrich Hoffmann tarafından basılmış bir çocuk kitabında tanımlanmıştır (Şahin, 2009). 1902 senesinde George Still’in İngiltere’de yaptığı bir konuşmasında, aşırı hareketli, konsantre olma sorunları bulunan, öğrenme güçlükleri ve davranış sorunları gösteren çocukların rahatsızlığı “ahlaki kontrolün ileri düzeyde yetersizliği” olarak açıklanmıştır (Kayaalp, 2008).

Dünya savaşında ensafalitis laterjika salgınından sonra, bir kısım çocuk ve ergende aşırı hareketlilik, koordinasyon bozukluğu, öğrenme güçlüğü, dürtü denetim sorunları ve agresyonla karakterize postensefalitik davranışsal sendrom tespit edilmiştir. 1947 yılında Strauss ve diğerleri motor davranışlarda aşırı hareketli olma hali, şaşkın olma hali, dürtüsellik, perseverasyon ve kognitif yetersizliği olan çocuklarda sonradan saptanamayan beyinde organik hasar olduğunu tespit etmişler ve bu durumu “Minimal Beyin Zedelenmesi Sendromu” şeklinde adlandırmışlardı. 1960’larda, belirlenmiş organik beyin hasarı bulunmayan bu çocuklar için “Minimal Beyin Disfonksiyonu” tanımı kullanılmıştır (Kayaalp, 2008). Still’in kronik olabileceğini söylediği bu rahatsızlık ile ilgili kronikliğin gösterilebileceğine dair ilk çalışmalar, 1960’ların sonların doğru yayınlanmaya başlanmıştır (Tuğlu ve Şahin, 2010).

Hartocollis, 1968 yılında ergen ve genç yetişkin çağındaki olguların psikiyatrik ve nöronlarla ilgili fizyolojik değerlendirmelerini yayınladığı makalesinde ilk kez dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun yetişkin dönemde devam ettiğini belirtmiştir. Bu çalışmaya göre rahatsızlığa sahip kişilerin bazıları, aşırı hareketlilik, duygu durum labilite, depresyon yatkınlığı vb. davranışları çocukluğundan itibaren hiç değiştirmeden sergiliyordu. Hartocollis psikoanalitik kuramı temel dayanak olarak kullanarak bu

durum ego geliştirme, görev odaklı ve çok yoğun bir şekilde erken ebeveyn örüntüsü ile etkileşmesi sonucu oluştuğunu ileri sürmüştür. Mendelson ve Menkes tarafından 1967'de yapılan çalışmalarda yetişkinlikte minimal beyin disfonksiyonu / hiperaktivite vakaları bildirilmiştir. Yine aynı dönem içerisinde Morrison ve Minkoff, yetişkinlerdeki patlayıcı kişilik bozukluğu yada ataklarla giden kontrol edilemez sendrom, hiperaktif çocukların erişkin bir görünüme sahip olabileceğini düşündürmektedir (Tuğlu ve Şahin, 2010).

Bilimsel sınıflandırma çalışmaları 1968'te DSM-II (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ile başlamış ve tanı ölçütlerinde "Çocukluğun Hiperaktif Reaksiyonu" olarak ifade edilmiştir. Bu sınıflandırmada rahatsızlık, bir yetişkin bozukluğu olarak ele alınmamakta ve rahatsızlığın etiyojisi hakkında bir görüş bildirilmemektedir. Hiperaktivite davranış bozukluğu ile birlikteyse "Hiperkinetik Davranış Bozukluğu" olarak adlandırılmaktadır. DSM-III'de, hastalığın ana kriterleri, tanı ölçütlerini değiştirerek "dikkat eksikliği", "dürtüsellik" ve "hiperaktivite" olarak değiştirilmiştir. Ayrıca Dikkat Eksikliği Bozukluğu-Rezidüel tip olarak çocuklukta tanı konan olgulardan belirtileri devam edenlerde yetişkin dönem tanısına olarak sağlanmıştır. DSM-III-R'de ise ilgili rahatsızlık "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu" şeklinde isimlendirilmiş ve erişkinlerin %30'unda da dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun varlığı belirtilmiştir. DSM-IV'te rahatsızlık yıkıcı davranım bozuklukları başlığı altına alınmış ve ek önemli tanısız açıklamalara yer verilmiştir. Ayrıca bulguların en az 6 ay devam etmesi gerektiği ve bulguların anlamlı olması için yaşa uygun normların dışında olması gerektiği vurgulanmıştır. DSM-IV-TR erişkinlerin teşhis edilmesine izin verir, ancak belirtilerin çoğunun genç ergenlik döneminde ve genç erişkinlikte gerçekleşeceği belirtilmektedir (Şahin 2009).

2.2.2. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanı Kriteri

Dikkat eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısını ortaya koyabilmek için bazı tanı ölçütleri ortaya konulmuştur. DSM-V tanı ölçütleri kitabında rahatsızlığın isminin Dikkat Eksikliği Aşırı Hareket Bozukluğu görülmektedir. DSM-V tanı ölçütleri kitabına göre dikkatsizlik ve aşırı hareketlilik-dürtüsellik alanlarında yer alan semptomlardan altı ya da daha fazla belirtinin en az 6 ay sürmesi ve belirgin işlev kaybına yol açması gerekmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Tablo 2. DEHB'nin DSM-V'e Göre Tam Ölçütleri

A. Aşağıdakilerden (1) ve/ya da (2) ile belirli, işlevselliği ya da gelişimi bozan, süregiden bir dikkatsizlik ve/ya da hareketlilik-dürtüsellik örüntüsü:

1. Dikkatsizlik: Gelişimsel düzeye uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki 6 (ya da daha çok) belirli en az 6 aydır sürmektedir:

Not: Belirtiler, yalnızca, karşıt olmanın, karşıt gelmenin, düşmanlı tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az 5 belirti olması gerekir.

- a. Çoğu kez, ayrıntılara özen göstermez ya da okuldaki çalışmalarda (derslerde), işte ya da katıldığı etkinlikler sırasında dikkatsizce yanlışlar yapar (Örn. Ayrıntıları gözden kaçırmaya ya da atlar, yaptığı iş yanlıştır).
- b. Çoğu kez, iş yaparken ya da oyun oynarken dikkatini sürdürmekte güçlükler çeker (Örn. Ders dinlerken, konuşmalar ya da uzun bir okuma sırasında odaklanmakta güçlük çeker).
- c. Çoğu kez, birileri kendisiyle doğrudan doğruya konuşurken, kişi dinlemiyormuş gibi görünür (Örn. Dikkatini dağıtacak açık bir uyarana olmasa bile, aklı başka yerde gibi görünür).
- d. Çoğu kez, verilen yönergeleri izlemez ve okuldan verilen görevleri, sıradan günlük işleri ya da işyeri sorumluluklarını tamamlayamaz (Örn. İşe başlar ancak hızlı bir biçimde odağını yitirir ve dikkati dağılır).
- e. Çoğu kez, işleri ve etkinlikleri düzene koymakta güçlük çeker (Örn. Ardışık işleri yönetmekte güçlük çeker, kullandığı gereçleri ve kişisel eşyalarını düzenli tutmakta güçlük çeker, dağınık ve düzensiz çalışır, zaman yönetimi kötüdür; zaman sınırlamasına uyamaz).
- f. Çoğu kez, sürekli bir zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır, bu tür işleri sevmez ya da bu tür işlere girmek istemez (Örn. Okulda verilen görevler ya da ödevler; yaşı iler gençlerde ve yetişkinlerde, rapor hazırlamak, form doldurmak, uzun yazıları gözden geçirmek).
- g. Çoğu kez, işi ya da etkinlikleri için gerekli nesnelere kaybeder (Örn. Okul gereçleri, kalemler, kitaplar, gündelik araçlar, cüzdanlar, anahtarlar, yazılar, gözlükler, cep

telefonları).

- h. Çoğu kez, dış uyaranlarla dikkati kolayca dağılır (Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, ilgiz düşünceleri kapsayabilir).
 - i. Çoğu kez, günlük etkinliklerinde unuttandır (Örn. Sıradan günlük işleri yaparken, getir götür işleri, görevleri ya da yönergelerini yaparken; yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, telefonla aramalara geri dönmeme, faturaları ödememe, randevularına uymama).
2. Aşırı Hareketlilik ve Dürtüsellik: Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki 6 (ya da daha çok) belirti en az 6 aydır sürmektedir:

Not: Belirtiler, yalnızca, karşıt olmanın, karşıt gelmenin, düşmancıl tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az 5 belirti olması gerekir.

- a. Çoğu kez, kıpırdanır ya da ellerini ya da ayaklarını vurur ya da oturduğu yerde kıvrınır.
- b. Çoğu kez, oturmasının beklendiği durumlarda oturduğu yerden kalkar (Örn. Sınıfta, ofiste ya da işyerinde ya da yerinde durması gereken diğer durumlarda yerinden 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 oyun oynayamaz.
- e. Çoğu kez, “her an hareket halinde”dir, “kıcına bir motor takılmış” gibi davranır (Örn. Restoranlar, toplantılar gibi yerlerde uzun bir süre sessiz-sakin duramaz ya da böyle durmaktan rahatsız olur; başkalarının, yerinde duramayan ya da izlemekte güçlük çekilen kişiler olarak görülürler).
- f. Çoğu kez, aşırı konuşur.
- g. Çoğu kez, sorulan soru tamamlanmadan yanıtını yapıştırır (Örn. İnsanların cümlelerini tamamlar; konuşma sırasını bekleyemez).
- h. Çoğu kez, sırasını bekleyemez (Örn. Kuyrukta beklerken).
- i. Çoğu kez, başkalarının sözünü keser ya da araya girer (Örn. Konuşmaların, oyunların ya da etkinliklerin arasına girer; sormadan ya da izin almadan başka insanların

- eşyalarını kullanmaya başlayabilir; yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, başkalarının yaptığının arasına girer ya da başkalarının yaptığını birden kendi yapmaya başlar).
- B. On iki yaşından önce birkaç dikkatsizlik ya da aşırı-hareketlilik-dürtüsellik belirtisi olmuştur.
- C. Birkaç dikkatsizlik ya da aşırı-dürtüsellik belirtisi iki ya da daha çok ortamda vardır (Örn. Ev, okul ya da işyeri; arkadaşları ya da akrabalarıyla; diğer etkinlikler sırasında).
- D. Bu belirtilerin, toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevselliği bozduğuna yada işlevselliğin niteliğini düşürdüğüne ilişkin açık kanıtlar vardır.
- E. Bu belirtiler, yalnızca şizofreni ya da psikozla giden başka bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (Örn. Duygudurum bozukluğu, kaygı bozukluğu, çözülme bozukluğu, kişilik bozukluğu, madde esrikliği ya da yoksunluğu).

Olup olmadığını belirtiniz:

Bileşik görünüm: Son altı ay içinde, hem A1 (dikkatsizlik) hem de A2 (aşırı hareketlilik-dürtüsellik) tanı ölçütleri karşılanmıştır.

Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde, A1 (dikkatsizlik) tanı ölçütü karşılanmış ancak A2 (aşırı hareketlilik-dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmamıştır.

Aşırı hareketliliğin-dürtüsellik baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde, A2 (aşırı hareketlilik-dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmış, ancak A1 (dikkatsizlik) tanı ölçütü karşılanmamıştır.

Varsa belirtiniz:

Tanı olmayan tanıma gösteren: Daha önceden bütün tanı ölçütleri karşılanmış olmakla birlikte, son altı ay 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 işlevsellikte bozulma “ağır olmayan”la “ağır” arasında orta bir yerdedir.

Ağır: Tanı koymak için gerekli belirtilerden çok daha çoğu ya da birkaçı, özellikle ağır belirti vardır ya da belirtiler ya da işle ilgili işlevselliği ileri derecede bozmuştur.

2.2.3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Etiyolojisi

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu temel olarak genetik bir bozukluk olarak kabul edilmektedir. Rahatsızlık üzerine yapılan genetik araştırmaları ikiz, evlat edinme ve aile araştırmalarına dayanmaktadır. Bu çocukların birinci dereceden kan bağı olan akrabalarında da bozukluğu sık olması, monozigot ikizlerde dizigotlara göre daha fazla eş hastalanma olması ya da hiperaktif çocukların kardeşlerinde genel topluma göre iki kat daha fazla DEHB riski olması, DEHB için olası genetik kanıtlar olarak ileri sürülmektedir. Diğer psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi birden fazla genin kalıtımıyla ortaya çıktığı kabul edilmektedir (Şenol, 2008). Aynı zamanda DEHB olan ebeveynlerin çocuklarında da DEHB görölme olasılığının 2 ile 8 kat daha fazla olabileceği belirtilmiştir. Yapılan ikiz araştırmaları sonucu elde edilen bilgiler doğrultusunda; DEHB'in genetik geçiş oranı .80 olarak tahmin edilmekte ve bu oran genetik etkenlerin önemini göstermektedir, fakat bu oranın 1.0'dan düşük olması DEHB'ye etki eden nedenler içinde genetik etkenlerin dışında çevresel etkenlerin de önemlirle sahip olduğunu düşündürmektedir. (Faraone ve Biederman'den aktaran Öncü& Şenol, 2002).

Yapılan moleküler genetik çalışmalar, D2, D3, D4 ve D5 reseptörleri ve dopamin taşıyıcıları gibi dopamin sistemiyle ilişkisi bulunan bazı aday genleri işaret etmektedir. Arasında ilişki bulunan genlerden en fazla üzerinde durulan ve olumlu bulguların elde edildiği genler DRD4 ve DAT1 genleridir (Kayaalp, 2008). Araştırma, DEHB'nin, her bir bozukluk için risk oluşturan çok sayıda genle ilişkili karmaşık bir davranışsal fenotip olduğunu düşündürmektedir. (Tuğlu ve Şahin, 2010).

Psikososyal faktörlerin, DEHB'nin gelişimini hazırlayıcı ve ortaya çıkışını hızlandırıcı şekilde etki ettikleri belirtilmektedir (Doğangün ve Yavuz, 2011). Anne babalarla çocukların iletişim şekillerinin DEHB'nin oluşumunu olumsuz etkilediği düşünülmektedir (Biederman ve ark.'tan akt. Durukan ve ark., 2008). Anne babaların ilgisiz, aşırı hoşgörülü ve/veya disiplinsiz olmasının da çocuklarda DEHB'ye yol açabildiği söylenmektedir. DEHB olan çocukların DEHB olmayanlarına nazaran daha hareketli, annesababaların sözlerine daha çok karşı gelen ve daha inatçı olduklarını bilinmektedir. Uzun yıllar yapılan incelemeler, çocuğun bu tür davranışlarına karşı, belki de tepki olarak, annesababaların DEHB olan çocuklarını daha çok kontrol ettikleri, onları daha çok uyardıkları ve hatta sert davrandıkları görülmektedir. Yani anne babaların aşırı hoşgörülü olmalarıyla, çocukların DEHB olması arasında doğrudan bir ilişki kurmak zor olmaktadır (Ercan ve Aydın, 2000). Parçalanmış aile yapısı, anne baba arasındaki ciddi problemlere, anne ve babada psikiyatrik bozukluk öyküsüne ile kişinin ailenin tek ya da ilk çocuğu olması gibi psikososyal özelliklere sahip kişilerde DEHB'nin, sağlıklı kişilere göre daha çok görüldüğü tespit edilmiştir. Ayrıca yetiştirme yurtlarında kalan çocukların uzun süreli duygusal yoksunluk yaşamaları sonucunda dikkat sürelerinin kısa olduğu ve aşırı hareketli olabildikleri tespit edilmiştir. Bu tip çocuklarda evlat edinilme sonucu belirtilerde iyileşme görülmüştür (Doğangün ve Yavuz, 2011).

Yapılan araştırmalarda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanılı bireylerin, ilgili bozukluğa sahip olmayan bireylere göre ilişkilerinde ve sosyal yaşantılarında daha fazla sorunlara sahip oldukları belirlenmiştir. Bu bireyler herhangi bir zeka bozukluğuna sahip olmamalarına rağmen, akademik durum, gelir durumu ve kariyerlerinde de daha az başarı gösterme eğilimindedirler (Gill ve Bhatt, 2016).

DEHB rahatsızlığının nörogelişimsel faktörlerle ilişkili olabileceğine dair de bulgular bulunmaktadır. Beynin gelişiminde DEHB için önemli olabilecek en dikkat çekici etken, yaşla beraber beyindeki dopamin konsantrasyonunun azalmasına paralel olarak inhibitör etkinin artmasıdır. İlerleyen yaşla beraber, tedavi olunsun ya da olunmasın, hiperaktivite zamanla azalmaktadır. Buna rağmen dikkat eksikliği belirtilerinde belirgin şekilde gerileme olmayabilir (Aysev ve ark.'tan akt. Dağışan, 2017). Erişkinlerde DEHB belirtilerinin azalması, perfrontal devrelerin yaşamın üçüncü on yılında olgunlaşması ile uyumludur. DEHB mekanizmasında birden fazla

nörotransmitter etkili olabilir anca DEHB tanılı çocuk, ergen ve yetişkinlerin dopaminerjik ve noradrenerjik ajanlarla tedaviye yanıt vermesi nedeniyle, bozukluğun etiyojisinde özellikle dopamin ve noradrenalin üzerinde yoğunlaşmaktadır (Akgün ve ark.'tan akt. Dağaşan, 2017).

2.2.4. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Epidemiyolojisi

Epidemiyolojik araştırmalar DEHB'nin yaygın bir bozukluk olduğunu göstermiştir. Tanımlamalara göre sıklığı farklılaşmakla beraber, DSM-IV-TR tanı ölçütlerince çocuk ve ergenlerdeki sıklık aralığı %5-10'dur. Ayrıca ilgili bozukluk sadece batı ülkelerine özgü bir bozukluk olmayıp dünyanın birçok yerinde görülmektedir (Hechtman ve McGough, 2007; Öner ve Arsev, 2007; Spencer ve ark, 2007; Clarke ve Kohn, 2005).

Amerikan Psikiyatri Birliği yayınlarında, DEHB'nun okul yaş grubu çocuklar arasında %3-6 olduğu, erkeklerde kızlardan 4-6 kat fazla görüldüğü veen büyük risk altındaki grubun 6-9 yaş aralığındaki çocuklar olduğu belirtilmiştir. Belirtilerin 7 yaş öncesi başladığı fakat tanının genellikle düzenli öğrenim için gerekli dikkat süresi ve yoğunlaşmanın arttığı ilkokul yıllarında konulduğu bildirilmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2007).

Lauth ve Schlotke, DEHB görülme sıklığını gelişim dönemlerine göre ayırmıştır. Buna göre; 4-6 yaş arası olan okul öncesi dönemde %3 oranında, 6-13 yaş arası olan okul çağındaki çocuklarda %3-7 oranında ve 14-20 yaş arası olan ergenlik döneminde %6 oranında DEHB görüldüğünü bildirmiştir (akt. Kaymak Özmen, 2010).

Türkiye içerisindeki çalışmalarda; İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Kliniğine 1957–1978 yılları arasındaki başvurulara bakıldığında, %4,7 (25.749 başvuruda 1220 olgu) minimal beyin disfonksiyonu tanısının konduğu görülmektedir. İstanbul'da ilkokul çocuklarının oluşturduğu bir çalışmada DEHB sıklığı %5 olarak bulunmuştur (Motavallı, 1994). Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisine başvuranların değerlendirildiği klinik örnekleme yapılan çalışmada ise bu oran %10 bulunmuştur (Şenol, 1996). Bursa ilinde bir ilkokul örnekleminde ise %8,6 oranı saptanmaktadır (Albayrak, 1998).

Erişkinlerde DEHB gelişimiyle ilgili epidemiyolojik araştırmalar yeterli değildir. DEHB'nin uygun bir şekilde örneklenmesi zordur, çoğu zaman diğer rahatsızlıklarla karışır, olguların bir kısmı evsizler ve hapistekiler olması nedeniyle genel gruba yansımaması olasıdır. Yapılan çalışmalar erişkin DEHB'nin sanıldığından daha yüksek olarak görüldüğünü ve erişkin kişilerde sebep olduğu etki ve sonuçların oldukça olumsuz olduğunu göstermektedir (Tuğlu ve Şahin, 2010).

Erişkin sıklığını tahmin etmeye yönelik çabalardan ilki, çocukluktan erişkinliğe geçen olguların izlendiği uzunlamasına çalışmalar olmuştur. Montreal çalışmasında olguların 2/3'ünde hastalığın temel belirtilerinden en az birinin sürdüğü ve %34'ünde şiddetli belirtilerin olduğu bildirilmiştir (Barkley ve ark. 2008). İsveç'te yapılan araştırmalarda da 22 yaşında belirgin hastalık belirtilerinin, olguların %49'unda, kontrol grubunda ise %9'unda olduğu görülmüştür (Rasmussen ve Gillberg, 2000). New York'ta yapılan bir araştırmada, 23 yaşına kadar izlenen 2 farklı grup hastaların %31 ve %43'ünü DSM III ölçütlerine göre DEHB tanısı almışlardır (Mannuzza ve ark., 1993).

Çin'de yürütülen bir araştırmada, 15 yıl önce minimal beyin disfonksiyonu tanısı konmuş çocukların %70'inde genç erişkin dönemde DEHB belirtilerinin sürdüğü görülmektedir (Barkley ve ark., 2008). Bu çalışmalar, çocukluk çağına başlayan DEHB'nin %50-70 arasında devam edeceğini göstermektedir, araştırmacılar da buna bağlı olarak erişkinlerde DEHB'nin yaygınlığını %2-4 arasında olduğunu belirtmektedirler (Schachar ve Tannock, 2002).

Türkiye'de yapılan çalışmalarda, erişkinlerde DEHB sıklığı ile alakalı toplum içerisinde yapılan çalışmalardan ziyade özel hasta grupları ya da DEHB'li çocukların ebeveynlerindeki sıklıkları ile ilgili veriler bulunmaktadır. Bipolar bozukluğu olan hastalarda %15,9-16,3, alkol bağımlılığı tanısı almış hastalarda %25, DEHB olan çocukların ebeveynlerinde %24,3-43,5 oranında erişkin DEHB bildirilmiştir. İstanbul'da erişkin psikiyatri polikliniğine ilk kez başvurmuş ya da herhangi bir tanıyla izlenmekte olan ardışık 850 hastadan tespit edilen verilerle oluşturulan çalışmada DEHB oranı %1.6 saptanmıştır (Tuğlu ve Şahin, 2010).

2.2.5. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna Eşlik Eden Bozukluklar

DEHB'si olan çocukların en az yarısında eştanı olduğu düşünülmektedir. Davranım bozukluğu (%15-20), karşıt olma karşıt gelme bozukluğu (%33-60), öğrenme bozuklukları (%20-30), depresyon (%30), bipolar bozukluk, anksiyete bozuklukları(%25-30), enürezis ve dil bozuklukları DEHB'ye eşlik eden başlıca durumlardandır. Yani çocukların çok azında sadece DEHB vardır (Tuğlu ve Şahin, 2010).

DEHB ile ilgili en önemli eştanılar, duygudurum bozukluğu ve anksiyete bozukluğu olarak görülmektedir. Duygudurum bozukluğu ve DEHB komorbiditesi %15-75 oranı arasında değişmektedir. Anksiyete bozukluğu ile olan eştanı oranı da %30 olarak belirtilmektedir. Çalışmalar, majör depresyonun çocukluk hiperaktivitesinin bir sonucu olduğunu öne sürmektedir. Çocuk ve ergenlerde DEHB'nun depresif belirtilerle başlayabileceği ve DEHB belirtilerinin depresyonun yanında ikincil belirti olarak kabul edilebileceği düşünülmektedir (Duran ve Spencer ve ark.'tan akt. Sergün Türe, 2010).

İlgili bozukluğa sahip çocukların, nikotin, alkol ve madde bağımlılığı, duygudurum ve anksiyete bozuklukları açısından kontrol grubuna oranla yüksek risk altında olduğu görülmektedir (Biederman ve ark., 2006). Biederman ve arkadaşlarının çalışmasında (2004) kadın ve erkeklerde yaygın anksiyete bozukluğu %34 ve %28, yaşam boyu madde kötüye kullanımı %26 ve %44, alkol bağımlılığı %24 ve %39, sosyal fobi %23 ve %11, majör depresyon %23 ve %21, panik bozukluğu %15 ve %6, alkol kötüye kullanımı %13 ve %24, madde bağımlılığı %12 ve %27, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) %7 ve %3, agarofobi ise %9 oranlarında bulunmuştur.

Hayat boyu etkileri oldukça geniş olan dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile ilgili epidemiyolojik örneklemelerde DEHB'li kişilerin yaşadığı problemlerin yalnızca hastalık belirtilerinden veya psikiyatrik eştanı sorunlarından kaynaklanmadığı, hayatlarındaki farklı alanlarda da çeşitli güçlükler çektikleri görülmüştür. Örneğin çocuklarda akademik problemler, okulda güçlükler, bozulmuş aile ve akran ilişkileri mevcuttur. Kendine güven kaybı, kaza ve yaralanma da çocuklar büyüdükçe eğimli oldukları rahatsızlıklardandır. Ergenlik döneminde olguların %70-80'ninin belirtilerinin sürdüğü ve belirgin güçlük yaşamaya devam ettikleri görülmektedir. Kişilerin dönem içerisinde eğitimle ilgili sıkıntıları devam eder, erken yaşta okuldan ayrılmaları ya da sınıfta kalma durumları görülür, akranları, öğretmenleri, ebeveynleri ve kardeşleriyle

ilişkilerinde güçlük çekerler, ayrıca özsaygılarında düşüklük görülebilir. Devamında ise sorunları daha ciddi hale gelebilir hatta bu sebeple suça karışma görülebilmektedir (Clarke ve Kohn, 2005; Weiss ve ark., 1999).

Erişkin dönemde ise yasal sorunlar, iş ve meslek yaşamında güçlükler bu bozukluğa sahip kişilerde görülür. Erişkin DEHB'li bireylerin akademik ortalaması düşüktür ve iş hayatlarında başarısız olma eğilimindedirler. Bu kişilerin daha düşük eğitim aldıkları, eğitim düzeyinin daha düşük olduğu, 3-10 kat oranla liseyi bitirememe oranlarının yüksek olduğu, üniversite ortalamalarının daha düşük olduğu ve bunların sonucunda iş performanslarının düşük ve işsizlik oranlarının daha fazla olduğu, iş yaşamında daha alt düzeyde işlevsellik gösterdikleri, daha niteliksiz işlerde çalıştıkları ve kazançlarının düşük olduğu konu ile ilgili çalışmalarda görülmektedir (Tuğlu ve Şahin, 2010).

Erişkin DEHB yakın döneme kadar çok az klinisyenin üzerinde eğitildikleri bir konuydu. DEHB belirtileri gösteren bir erişkine, büyük oranda çift-kutuplu duygu durum bozukluğu, atipik depresyon, kişilik bozukluğu, antisosyal veya madde bağımlısı tanıları verilmekteydi (Tınaz, 2004).

Yetişkinlikte DEHB, çocukluk döneminde bu yönde bir tanı alınmadıysa gözden kaçırılabilir. Yetişkinlerin, kendi çocukları bu tanıyı almasının ardından belirtiler tanıdık olduğundan dolayı bir uzmana başvurabilmeleri mümkündür. Millstein, Vilens, Biederman ve Spencer (1998) tarafından yapılan araştırma, yetişkinlerin semptomlarına ilişkin bazı bulgular sunmaktadır. Bu bulgulardan dikkatsizlik semptonlarının en önemlileri dikkat sağlamada güçlük ve sık aktivite değiştirmedir. Hiperaktivite semptonları çok yaygın olmamakla birlikte birçok yetişkinin yerinde duramama, etkinliklerini yarıda bırakma, sabırsızlık vb. güçlüklerden de bahsettiği görülmektedir. Ayrıca yetişkinlerde, birlikte maraziyet bulguları oldukça yaygın görülmektedir. Hayat öykülerinin %56'sında dört veya daha çok, %18'inde üç, %12'sinde iki ve %11'inde tek psikiyatrik maraziyet ifade edilmektedir. Çift kutuplu bozukluk ve madde kullanımı bozuklukları, özellikle birleşik tip DEHB tanısı alan yetişkinlerde oldukça yaygın görülmektedir. Erkeklerde daha çok davranış bozuklukları, antisosyal bozukluk, alkol ve madde bağımlılığı görülmekteyken, kadınlarda daha çok depresyon, bulimik nevroza, ve basit fobi görülmektedir.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan yetişkinlerde psikiyatrik eş tanı oranları oldukça yüksektir (Ökyekçin ve Şahin, 2011). İkinci ve arkadaşlarına göre (2011), yetişkin DEHB'nin yaşam boyunca psikiyatrik eştanı için önemli risk faktörleri oluşturduğu, DEHB'li yetişkinlerde yüksek oranlarda eştanı tespit edildiği ve daha fazla tedavi maliyetine neden olduğu araştırmalarla belirlenmiştir.

Anksiyete DEHB'nin bir parçası mı yoksa DEHB'ye eşlik eden ikincil olarak ortaya çıkan bir durum mu, tıbbi araştırmalarda tartışılmaktadır. Bazı araştırmacılar anksiyetenin DEHB'nin patogeneziyle ilişkili bir durum olabileceğini öne sürerken, bazı araştırmacılar Anksiyete Bozukluğuna eşlik eden DEHB'nin ayrı bir DEHB tipi olabileceğini düşünmektedir (Ağaoğlu ve ark.'tan akt. Dağaşan, 2017).

2.2.6. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Tedavi

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun tedavisi çok yönlü bir süreçtir. Bu süreç psikososyal ve tıbbi destekleri içerir. İlaç tedavisi, anne-baba eğitimi, grup tedavisi, bilişsel-davranışçı terapiler sık kullanılan yöntemlerdendir. DEHB tedavisinde en önemli bileşen, DEHB tanılı bireylerin, ailelerinin ve çevrelerinin bu bozukluk hakkında bilgilendirilmeleridir.

2.2.6.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda İlaç Tedavisi

İlaç tedavisi DEHB tedavisinde en sık kullanılan yöntemdir. Bu amaç ile kullanılan psikostimulanlar, prefrontal bölgeye etki ederek dopamin oranını artırır. Metilfenidat (MPH) en sık kullanılan psikostimulan olmak ile birlikte, iki adet farklı formu bulunmaktadır. Bu ilaçların olası yan etkileri olarak iştah azalması, kilo kaybı, uyku problemi, disfori, baş ağrısı, kalp çarpıntısı, tiklerde artma, kaygı hissende artış gösterilmektedir. Ayrıca hızlı salınımlı MPH kullanımının etki süresi bittiği zaman davranışın geri tepmesi denilen, davranışların normalde olduğundan daha fazla ortaya çıkması şeklinde bir yan etkiye sebep olabileceği belirtilmiştir. Bu problemin ortadan kalması için yavaş salınımlı formun kullanılması veya dozların bölünmüş olarak kullanılması önerilmektedir (Doğangün ve Yavuz, 2011).

DEHB ilaç tedavisinde kullanılan bir diğer ilaç ise atomoksetindir. Atomoksetin incelendiğinde yan etkilerinin daha az olması, örneğin geri tepme etkisinin olmaması,

tiklerde bir artış yapmaması, kaygı bozukluğu gibi belirtiler göstermemesi ve uykusuzluk yapmaması gibi faydalı etkilere sahiptir (Doğangün ve Yavuz, 2011).

DEHB tedavisinde ilaç kullanımının tek başına yeterli olmadığı, psikoterapi, davranışsal terapi ve psikoeğitim desteği ile desteklenmesi gerektiği bildirilmektedir (Gill ve Bhatt, 2016).

2.2.6.2. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Psikososyal Tedavi

2.2.6.2.1. Aile Eğitimi

DEHB konusunda ailelerin bilgilendirilmesi için kapsalim bir eğitim programlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu programlarda çocuğun davranışlarını nasıl kontrol edebileceklerinin ve nasıl etkili bir ebeveyn olabileceklerinin öğretilmesi, bu sayede hem çocuk hem de ebeveynin stresi azaltılmalı ve bozukluğun seyrinin olumlu bir yöne çevrilmesi sağlanmalıdır (Stein, 2002).

Anne-baba eğitim programları ülkelere göre değişmektedir. İçeriği en kapsamlı olan programlar ABD, İngiltere ve Avustralya’da yapılmaktadır. “Anne-Baba/Çocuk Etkileşim Terapisi (ABÇET)”, “İnanılmaz Yıllar Programı (İYP)” ve “Olumlu Anne-Babalık Programı (OABP)” ilgili programlardan bazılarıdır (Sağat, 2017).

Aile eğitimi programlarında temel amaç, ebeveynlik güven ve becerilerinin artırılması, stresin azaltılması, aile ilişkilerinin düzeltilmesi ve ilgili bozukluğun birincil ve ikincil belirtilerinin azaltılmasıdır. Anne babaların bozukluğun doğası konusunda eğitilmesi ve onlarda oluşan suçluluk duyguları, hayal kırıklıkları vb. ile başa çıkılması konusunda yardımcı olunması oldukça önem taşımaktadır (Şenol ve ark.’tan akt. Sergün Türe, 2010).

2.2.6.2.2. Bireysel Tedaviler

DEHB tanılı bireylerin günlük hayatında çeşitli problemler yaşadıkları bilinmektedir. Bu problemler kendilerini olduğu gibi çevrelerini de etkilemektedir. Bu alanlarda yaşanan problemlerin azalması ve problemlerde baş etme becerilerinin artması için ise davranışsal terapi, bilişsel yöntemler gibi psikoterapilerin uygulanması gerekmektedir (Kaymak Özmen, 2011).

Davranış terapisi, DEHB tanılı bireylerde kullanılan en sık psikoterapi tekniklerinden biridir. Amacı müdahale teknikleri ile davranış değişikliği meydana getirmektir. Davranış terapisi alan bireylerde hedefler tamamlandıkça, ödülleri ve sonuçları düzenli olarak uygulamak ve davranış değişikliğini şekillendirmeye yetkin olduklarında yeni hedefleri aşamalı olarak arttırmak gerekmektedir. Çoğu çalışma, davranış terapisinin tek başına yürütülmesi yerine ilaç tedavisi ile birlikte yürütüldüğünde daha etkili olduğunu göstermektedir (Wolraich ve ark. 2011).

Bilişsel-davranışçı terapi, DEHB tanılı bireylerin yaşadığı problemleri davranışları çözmek için davranış ve biliş ile çalışan bir psikoterapi türüdür. Bu terapi amaç, kişinin ona zarar veren düşüncelerini belirleyerek ve farkındalık kazanarak, var olan düşünce ve duygularının pozitif düşünceler ile yer değiştirmesini sağlamasıdır (Leahy'den akt. Sağat, 2017). DEHB tanılı bireylere bilişsel-davranışçı terapi teknikleri aracılığı ile sosyal ilişkilerinde zorlandıkları alanlarda çözüm yolu kazandırılabilir ve sosyal beceri eğitiminin verilebileceği belirtilmektedir (Said ve ark., 2015).

2.2.6.2.3. Okul ve Öğretmen Desteği

DEHB olan çocuklar için belirli kuralları ve programı olan sınıf, oldukça olumludur. Okul içerisindeki yaşamında DEHB'li çocuğun denetiminde öğretmenin rolü oldukça büyüktür. DEHB yaşayan çocukların eğitimi konusunda öğretmenlerin, “çocuğun kendine özgü ihtiyaçlarının ve yetenekli olduğu alanların belirlenmesi”, “uygun öğretim stratejilerinin belirlenmesi” ve “belirlenen öğretim stratejileri çerçevesinde uygulanacak uygun aktivitelerin belirlenmesi” şeklinde üç aşamadan oluşan bir strateji belirlemeleri uygun görülmektedir (Sergün Türe, 2010).

2.3. Sosyal Fobi ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Birlikteliğinin İncelendiği Çalışmalar

Sosyal Fobi ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu rahatsızlıklarının birlikte incelendiği çalışmalar, literatür içerisinde bulunmaktadır. Yapılan çalışmalar incelendiğinde, sosyal fobi hastalarında eşit varlığı oranı yüksek olarak bildirilmesine rağmen, çoğu çalışmada dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı çok araştırılmadığı, ama dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu çalışmalarında, sosyal

fobinin bir anksiyete bozukluğu eştanısı olarak yüksek oranlarda görüldüğünün bildirildiği görülmektedir. DEHB hastalarında sosyal fobi eştanısının, DEHB'nin dürtüsel özelliklerini arttırabileceği ve işlevselliği daha da bozarak tedavi sürecine olumsuz etki edebileceği belirlenmiştir (Koyuncu ve Binbay, 2014).

Sosyal Fobi hastalarında erişkin DEHB eştanısını inceleyen araştırma sayısı oldukça azdır. Konu hakkında Van Ameringen ve diğerlerinin (2011) araştırmasında 129 anksiyete bozukluğu hastasında erişkin DEHB sıklığı %27,9 bulunmuştur. Biederman ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada, erişkin DEHB'li kadın ve erkeklerde sosyal fobi oranı %23 ve %11 oranlarında bulunmuştur. Genel toplum araştırmaları incelendiğinde ise, kaygı düzeyi arttıkça DEHB semptomlarının ortaya çıktığı görülmektedir (Koyuncu ve Binbay, 2014).

Erişkin DEHB hastalarında Sosyal Fobi eştanısının araştırıldığı çalışmalar ise literatür içerisinde daha fazla görülmektedir. Toplum genelinde yapılan çalışmalarında erişkin DEHB ile anksiyete bozuklukları eştanısı varlığı arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur (Kessler ve ark., 2006; Park ve ark., 2011). Park ve diğerlerinin çalışmasında erişkin DEHB ile Sosyal Fobi eştanısı varlığı arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Çalışmada DEHB tanılı erişkinlerin %29,3'ü Sosyal Fobi eştanısını almışlardır (Park ve ark. 2011). DEHB tanısına sahip erişkin hastalarda yapılan çalışmalarda ise %40-60 anksiyete bozukluğu eştanısı saptanmıştır. Sosyal Fobi eştanısı, DEHB'de olan dürtüsellliği arttırdığı, işlevselliğin daha çok bozulması ile birlikte tedaviye uyumu bozduğu ve direncin yükselmesine neden olduğu bildirilmektedir (Semerci, 2012). Edel ve arkadaşlarının çalışmasında 73 erişkin DEHB hastasının %40'ı Sosyal Fobi tanı ölçütlerini karşılamıştır (Semerci, 2012). Biederman ve arkadaşları çalışmasında erişkin DEHB'li grubun Sosyal Fobi eştanı oranı %32 olarak bulunmuştur ve erişkin DEHB'li grubun Sosyal Fobi eştanı oranı, kontrol grubunun Sosyal Fobi eştanı oranından daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Biederman ve ark.,1993). Sobanski ve arkadaşları ise 70 erişkin DEHB hastası ve 70 kişilik kontrol grubunu karşılaştırmışlardır. Erişkin DEHB'li grubun Sosyal Fobi eştanı oranı %18,6, kontrol grubunun % 10 olarak bulunmuş, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Sobanski ve ark., 2007). Millstein ve arkadaşları ise erişkin DEHB dikkat eksikliği baskın grubunun Sosyal Fobi eştanı oranı %31, erişkin DEHB kombine alt grubunun Sosyal Fobi eştanı oranı %24 bulunmuştur (Millstein ve

ark., 1997). Bir diğerk çalışmada, 6-18 yaş arası gençlerde DEHB dikkat eksikliği baskın grubunun (hiperaktif belirtisi olmayan) Sosyal Fobi eştanı oranı %23,9, erişkin DEHB dikkat eksikliği baskın grubunun) Sosyal Fobi eştanı oranı %15,2, DEHB'siz kontrol grubunun Sosyal Fobi eştanı oranı %5 olarak bulunmuştur. DEHB dikkat eksikliği baskın grubunun Sosyal Fobi eştanı oranının DEHBsi olmayan kontrol grubunun SAB eştanı oranından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Schmitz, Ludwig ve Rohde, 2010).

Türkiye'de yapılan çalışmalara bakıldığında, ilgili çalışmalardan bazılarında örneklemin eğitim sektörü içerisindeki aktörler olduğu görülebilir. Örneğin Ahmetoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışma (2017), öğretmenlik okuyan üniversite öğrencilerinde erişkin DEHB ve Anksiyete bozukluklarının yaygınlığı ve komorbiditesini tespit etmek amacıyla gerçekteştirilmiş, çalışma sonuçlarına göre Sosyal Fobi ve erişkin DEHB yaygın bir komorbidite olarak gözlemlenmiştir. Taneri ve arkadaşlarının çalışması (2016), Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Anksiyete ve depresyon belirtilerinin sıklığı incelenmiş, çalışma sonucuna göre yüksek DEHB riski taşıyan kişilerde, olmayanlara nazaran daha fazla Anksiyete ve depresyon belirtisi bulunduğu görülmüştür. Dağaşan'ın (2017) bir vakıf üniversitesinde, üniversite öğrencileri üzerinde gerçekteştirdiği araştırmaya göre ise Liebowitz Sosyal Fobi Puanları ile KBÖ alt boyutlarından biri olan hiperaktivite ve DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir.

DEHB ve Sosyal Fobi birlikteliği hakkında çalışma gerçekteştiren Koyuncu'ya göre (2016) Dikkat Eksikliği baskın tip DEHB çoğunlukla doktorların gözünden kaçmakta, bu bozukluğa sahip çocuklar kişi ise zaman içerisinde özgüvenini yitirerek sosyal fobik olmaktadır. Ders ve toplantıları dinleyemezler. Koyuncu, Dikkat Eksikliği baskın tip olan DEHB'lilerin dikkatlerini sürdürmediğini, zor odaklandıklarını, organize olmakta zorlandıklarını, unutkan ve sosyal anlamda görece başarısız olduklarını, bu sebeple de Sosyal Fobi bozukluğuna sahip olma risklerinin yüksek olduğunu belirtmektedir. Koyuncu'ya göre, DEHB eştanısı olan Sosyal Fobiklerin tedavisinde kullanılması gereken yöntemler, DEHB eştanısı bulunmayanlara göre farklılık göstermektedir. Koyuncu, Dikkat Eksikliği baskın tip DEHB eştanılı Sosyal Fobi bozukluklarının tedavisi için "İkili Yaklaşım Adını" verdiği yöntemi, yani antidepresanın yanında, uzun

salınlı metilfenidat tedavisinin de gerçekleştirilmesini önermektedir (Koyuncu, 2012).

3. YÖNTEM

Araştırmanın bu bölümünde, çalışma ile ilgili araştırmanın modeli, evren ve örnekleme, verilerin elde edildiği lme araçları, verilerin işlem ve analizi hakkında bilgi verilmesi amaçlanmaktadır.

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma Üsküdar niversitesi ğrencilerinde 18-27 yaş aralığında olan, gönüllü yetişkin özelliğine sahip olan rastgele seçilen 200 öğrenciden oluşan örnekleme grubunun Sosyodemografik Veri Formu, Liebowitz Sosyal Kaygı lği (LSKÖ), Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim lği (KB)'den aldıkları puanlar arasındaki ilişkiyi saptamak ve bazı değişkenler kapsamında incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın yöntemi ise betimsel ve nedensel karşılaştırmalı araştırma modeli oluşurmaktadır. Betimsel yöntem, Belli bir davranışın tanımlanması, sınıflanması ve diğer davranışlarla olan ilişkilerin belirlenmesine yönelik oluşturulan yöntemlerdir. Çalışılan konunun mevcut durumuna yönelik hipotezlerin test

edilmesi veya sorulara yanıt bulmak için genellikle gözlem, anket, görüşme veya test gibi bilgi toplama yöntemleri ile veri toplamayı sağlamaktadır. Karşılaştırmalı araştırma modeli ise, ortaya çıkmış bir durumun ya da olayın nedenlerini etkileyen değişkenleri ya da bir etkinin sonuçlarını belirlemeye yönelik, iki veya daha fazla grup veya olgu arasında belirli açılardan farklılık olup olmadığının araştırılmasının gerçekleştirildiği bir yöntemdir (Dağışan, 2017; Sözbilir, t.y.).

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın örneklemini Üsküdar Üniversitesi öğrencilerinden 18-27 yaş aralığında 102 kadın (%51) ve 98 erkek (%49) yetişkin katılımcı olmak üzere toplamda 200 gönüllü katılımcıdan oluşmaktadır.

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu

Sosyodemografik veri formunun kullanım amacı, uygulanan ölçeklere katkı sağlayan katılımcılar hakkında detaylı bilgi edinmektir. Anket ve belirli formları pekiştirmek, istenilen verileri tamamlamak üzere sorular oluşturulmuştur. Form 12 sorudan (Yaş, Cinsiyet, Medeni Durum, Anne ve Babanın Eğitim Durumu, Şuan Beraber Yaşanılan Kişi/yer, Hayatınızın Büyük Bölümünün Geçtiği Yer, Aylık Gelir Miktarı, Akademik Not Ortalaması, Alkol/Madde Bağımlılığının Varlığı/Yokluğu, Tanı Koyulmuş Bir Psikolojik Rahatsızlığın Varlığı/Yokluğu, Varsa Rahatsızlığın İsmi) oluşmaktadır ve bu konular hakkında bilgi edinmek amaçlanmaktadır.

3.3.2. Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ)

24 maddeden oluşan ölçek Liebowitz (1987) tarafından geliştirilmiştir. Sosyal etkileşim ve performans durumları için bireylerin korku ve/veya kaçınma düzeylerini belirlemek üzere hazırlanmıştır. Ölçek kapsamında 13 performans ve 11 sosyal etkileşim durumunu ölçek iki alt boyut bulunmaktadır. Dörtlü Likert tipinde toplam 24 madde olan ölçek, ayrı ayrı kaygı ve kaçınma alt başlıkları için değerlendirilir. Ülkemizde ölçek ile ilgili çeşitli geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları gerçekleştirilmiş olup, ölçeğin iç tutarlılık katsayısının 0,96 olduğu saptanmıştır. Ayrıca bağıntı katsayısının da 0,83 olarak bulunan ölçeğin Türkçe versiyonu, kişilerdeki Sosyal Fobi ve buna ilişkin bulguların şiddetini ölçmede nesnel, geçerli ve güvenilir bulunmuştur (Dilbaz ve Güz, 2001).

3.3.3. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (KBÖ)

Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen ölçek, 18 adet DEHB DSM-IV-TR tanı kriteri üzerinden, bireylerin kendi bildirdikleri DEHB semptomlarını saptamak amacıyla oluşturulmuştur. Doğan ve arkadaşları (2009) bu ölçeği Türkçe'ye çevirerek geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını gerçekleştirmiş ve çalışma sonucunda ölçeğin hem büyük ölçekli toplum çalışmaları hem de klinik çalışmalarda kullanılabileceği sonucuna ulaşmıştır. Ölçek 6 soruluk A ve 12 soruluk B bölümünden oluşmaktadır. Tarama için A bölümü

kullanılmış ve ilgili bölümde 4 veya daha fazla pozitif cevap varlığında, sonuç erişkin DEHB açısından pozitif kabul edilmiştir (Taneri P. E, Akış, N. Ve Sarandöl, A., 2016).

3.4. Araştırmanın Soruları ve Hipotezi

Araştırma kapsamında araştırmacı tarafından belirlenen hipotez ve sorular şu şekildedir:

Soru 1: Üniversite öğrencilerinde Sosyal Fobi ve Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu düzeyleri, anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

Hipotez: Üniversite öğrencilerinde Sosyal Fobi düzeyi ile Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu düzeyi istatistiksel açıdan anlamlı yönde bir korelasyon bulunmaktadır.

Soru 2: Üniversite öğrencilerinde çeşitli sosyodemografik özellikler ile Sosyal Fobi veya Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu düzeyleri arasında bir ilişki görülmekte midir?

Alt Hipotez: Üniversite öğrencilerinde, çeşitli sosyodemografik özellikler ile Sosyal Fobi veya Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

3.5. İşlem

Araştırmanın ölçekleri, Üsküdar Üniversitesi öğrencilerinden rastgele seçilen gönüllü katılımcılar esas alınarak uygulanmıştır. Katılımcılara ulaşmak için dersliklerden yararlanılmıştır. Katılımcılara ilk olarak sözlü bilgilendirme yapılmış, ardından 15 dakika sürecek Sosyodemografik Veri Formu, Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ), Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (KBÖ) yöneltilmiştir. Ölçekler araştırmacı tarafından elden verilmiş, araştırmacı gözetiminde doldurulmuş ve bitiminde elden toplanmıştır. Toplamda 200 katılımcıdan elde edilen veriler ile çalışılmıştır.

3.6. Veri Analizi

Araştırmada kullanılan veriler bilgisayar ortamına aktarılarak SPSS 21.0 yardımıyla çözümlenmiştir. Araştırmada öncelikle katılımcılara ilişkin demografik özelliklerin dağılımını gösteren frekans tablosuna yer verilmiştir. Daha sonra ölçeklerin güvenirlik analizi ve tanımsal istatistiklere ilişkin tablo gösterilmiştir. Daha sonra ölçeklerin alt boyut puanlarına ilişkin normallik testi yapılmış ve hiçbir alt boyut ve genel toplam puanının normal dağılım özelliği göstermediği saptanmıştır. Normallik varsayımı sağlanmadığı için hipotez testlerinde ikili grup karşılaştırmasında Man Whitney U testi, iki üzeri grup karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Ayrıca alt boyutlar arasındaki ilişki Spearman's rho testi ile araştırılmıştır.

Tüm istatistiksel hesaplamalarda anlamlılık düzeyi $p < ,05$ olarak kabul edilmiştir ve uygulanan sonuçlar bu doğrultuda değerlendirilmiştir. Bu değerler araştırma doğrultusunda uygun tablolarla açıklanmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Tablo 3’de araştırmaya katılan öğrencilerin demografik özelliklerine yönelik frekans dağılımı sonuçlarını göstermektedir. Araştırmaya toplamda 200 öğrenci katılmıştır. Katılan öğrencilerin %51,0’ı kadın (n=102) ve %49,0’ı erkek (n=98)’dir. Katılımcıların yaş aralıkları incelendiğinde en küçük katılımcının 18 en büyük katılımcının 27 yaşında olduğu saptanmıştır. Gruplandırılan yaş değişkeni incelendiğinde öğrencilerin %51,5’i 18-20 yaş arasında, %43,5’i 21-23 yaş arasında ve %5,0’ı 24 yaş ve üzeri olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin büyük bir bölümü bekâr (%96,5) görülmüştür. Katılımcıların %56,5’i ailesi ile, %18,5’i yurtda, %17,0’ı arkadaşı ile ve %8,0’ı tek başına yaşadığı saptanmıştır. Katılımcıların büyük çoğunluğu büyükşehirlerde yaşadığı saptanmıştır (%54,0). Bu değişken daha sonra köy, kasaba ve ilçe birleştirilerek küçük belde şeklinde tekrar gruplandırılmıştır. Aylık geliri incelendiğinde %36,5’inin 3000 TL ve üzeri geliri olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencileri demografik özellikleri aşağıda Tablo 3’de verilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların Demografik Özellikleri

		N	%
Cinsiyet	Kadın	102	51,0%
	Erkek	98	49,0%
Yaş	18-20	103	51,5%
	21-23	87	43,5%
	24 ve üzeri	10	5,0%
Medeni Durum	Bekar	193	96,5%
	Evli	7	3,5%
Yaşadığı kişi	Ailem	113	56,5%
	Arkadaş	34	17,0%
	Yurt	37	18,5%
	Tek Başına	16	8,0%
Yaşamının büyük bölümünü geçirdiği	Köy/Kasaba	7	3,5%
	İlçe	29	14,5%
	İl	56	28,0%
	Büyükşehir	108	54,0%
Aylık gelir	0-1000 TL	37	18,5%
	1000-2000TL	29	14,5%
	2000-3000 TL	61	30,5%
	3000 TL ve üzeri	73	36,5%

Yaş değişkeni için $\bar{X}=20,64$, $SS=1,62$

4.2 Katılımcıların Eğitim Özellikleri

Tablo 4’de araştırmaya katılan öğrencilerin eğitim gördüğü sınıf ve not ortalamasına yönelik frekans dağılımı gösterilmiştir. Buna göre öğrencilerin %37,0’ı ikinci ve üçüncü sınıf (toplam %74), %20,5’i birinci sınıf ve %5,5’i dördüncü sınıfta okuduğu saptanmıştır. Öğrencilerin akademik not ortalaması incelendiğinde %48,0’nın 3.01 – 4.00 arasında, %44,0’ı 2.01-3.00, %6.0’ı 1.01-2.00 ve %2’si 0-1.00 arasında başarıya sahiptir. Akademik not ortalaması ileriki analizlerde daha kolay çözümleme için üç gruba indirilmiştir; 0.00 -2.00 arasında akademik notu olanları “başarısız”, 2.01-3.00 akademik notu olanlara “orta” ve 3.01-4.00 arasında akademik notu olanlara “başarılı” olarak tekrar gruplandırılmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin eğitim özellikleri Tablo 4’de verilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların Eğitim Özellikleri

		N	%
Eğitim Gördüğü Sınıf	1. Sınıf	41	20,5%
	2. Sınıf	74	37,0%
	3. Sınıf	74	37,0%
	4. Sınıf	11	5,5%
Akademik not ortalaması	0-1.00	4	2,0%
	1.01-2.00	12	6,0%
	2.01-3.00	88	44,0%
	3.01-4.00	96	48,0%

4.3 Katılımcıların Ebeveynlerinin Eğitim Durumları

Tablo 5’de araştırmaya katılan öğrencilerin anne ve babalarının eğitim durumuna ilişkin frekans dağılımı sonucu gösterilmektedir. Buna göre öğrencilerin %35,0’nin annesi lise – ortaöğretim mezunu, %31,0’ı üniversite mezunu, %29,5’i ilköğretim mezunu ve %4,5’nin okuryazar olmadığı saptanmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin %44,0’nin babası üniversite mezunu, %32,5’i lise-ortaöğretim ve %23,5’i ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin ebeveynlerinin eğitim özellikleri aşağıda Tablo 5’de verilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların Ebeveynlerinin Eğitim Durumları

		N	%
Annenin eğitim durumu	Okuryazar değil	9	4,5%
	İlköğretim	59	29,5%
	Lise - Ortaöğretim	70	35,0%
	Üniversite	62	31,0%
Babanın eğitim durumu	İlköğretim	47	23,5%
	Lise - Ortaöğretim	65	32,5%
	Üniversite	88	44,0%

4.4 Katılımcıların Madde Bağımlılığı ve Psikolojik Rahatsızlığı Durumu

Araştırmaya katılan öğrencilerin %3,0'nın alkol ve madde bağımlılığının olduğu, %2,5'nin psikolojik rahatsızlığı olduğu saptanmıştır. Psikolojik rahatsızlığı olanların Anksiyete, Bipolar, Kaygı Bozukluğu ve Manik Depresif olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin ebeveynlerinin eğitim özellikleri aşağıda Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6. Katılımcıların Madde Bağımlılığı ve Psikolojik Rahatsızlığı Durumu

	N	%	
Alkol/Madde bağımlılığı	Evet	6	3,0%
	Hayır	194	97,0%
Psikolojik rahatsızlık	Var	5	2,5%
	Yok	195	97,5%

4.5 Ölçeklerin Güvenirlik Analizi Sonuçları

Tablo 7'de Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği alt boyutlarının iç tutarlılığı ve genel ölçek puanının güvenilirlik durumunu gösteren cronbach alpha sonuçları gösterilmiştir. LSKÖ alt boyutlarından kaygı için 0,890 ve kaçınma için 0,877 cronbach alpha değeri hesaplanmıştır. Genel LSKÖ cronbach alpha değeri ise 0,937 hesaplanmıştır. Bu sonuçlara göre LSKÖ ölçeğinin son derece güvenilir sonuçlara sahip olduğu saptanmıştır. KBÖ ölçeğinin alt boyutlarından dikkat eksikliği için 0,794 ve hiperaktivite için 0,728 cronbach alpha değerleri hesaplanmıştır. Bu değerlerde ölçek alt boyutlarının son derece güvenilir olduğunu göstermektedir.

Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği (LSKÖ) ve Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (KBÖ) yönelik güvenilirlik analizi sonuçları aşağıdaki Tablo 7'de verilmiştir.

Tablo 7. Ölçeklerin Güvenirlik Analizi Sonuçları

	Cronbach' Alpha	Madde
Liebowitz Kaygı	,890	24
Liebowitz Kaçınma	,877	24
LSKÖ Toplam	,937	48
Dikkat Eksikliği	,794	9
Hiperaktivite	,728	9
KBÖ Toplam	,848	18

4.6 Öğrencilerin Sosyal Fobi Belirtileri ve Dikkat eksikliği - Hiperaktivite Bozukluğu İlişkin Betimsel İstatistikler

Tablo 8’de görüldüğü üzere, öğrencilerin sosyal fobi ve dikkat eksikliği-hiperaktivite durumlarına yönelik aritmetik ortalamaları 21,94 ile 91,93 arasında değişmektedir. Kaygı ve kaçınma alt boyut puanları 24-96 arasında değişen puanlar alabilmektedir. Öğrencilerin LSKÖ alt boyut puanları 96’ya yaklaştıkça kaygı ve kaçınma puanlarının arttığı söylenebilir. Genel LSKÖ ise 48 ile 196 arasında değişmektedir. Buna göre öğrencilerin kaygı ortalaması ($\bar{x} = 47,50$) ve kaçınma ortalaması ($\bar{x} = 44,42$) saptanmıştır. Bu değerler kestirim değeri 48’e yakındır. Öğrencilerin orta derecede kaygı ve kaçınmaya sahip olduğunu söyleyebiliriz. Diğer yandan KBÖ ölçeği alt boyut puanları 9 ile 45 puanı arasında değişirken genel DEHB’nin ise 18 ile 90 arasında değişmektedir. 45 ve 90 yaklaşan puanlar öğrencilerin dikkat eksikliği hiperaktivite sorunu olduğunu göstermektedir. Araştırmaya katılan öğrencilerin dikkat eksikliği ortalaması ($\bar{x} = 22,28$) ve hiperaktivite ortalaması ($\bar{x} = 21,94$)’dir. Her iki değerde kestirim değeri olan 22,25 çok yakındır. Buna öğrencilerin genel olarak orta derecede dikkat eksikliği ve hiperaktiviteye sahip olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği yönelik betimsel istatistikler (aritmetik ortalama, standart sapma ve katılım aralığı) ölçeklerin alt boyutlarına ve toplam ölçek puanına göre aşağıda Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 8. Öğrencilerin Sosyal Fobi Belirtileri ve Dikkat eksikliği - Hiperaktivite Bozukluğu İlişkin Betimsel İstatistikler

	N	\bar{X}	SS	M	Min.	Mak.
Liebowitz Kaygı	200	47,50	11,56	46,00	24,00	82,00
Liebowitz Kaçınma	200	44,42	10,96	42,00	24,00	77,00
LSKÖ Toplam	200	91,93	21,61	89,00	48,00	152,00
Dikkat Eksikliği	200	22,27	5,33	22,00	10,00	38,00
Hiperaktivite	200	21,94	5,12	21,00	10,00	37,00
KBÖ Toplam	200	44,21	9,40	43,00	23,00	74,00

4.7 Öğrencilerin Sosyal Fobi Belirtileri ve Dikkat eksikliği - Hiperaktivite Bozukluğu Arasındaki İlişki

Araştırmaya katılan öğrencilerin sosyal fobi ile erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite arasındaki ilişki Tablo 9’da gösterilmiştir. Buna göre sosyal fobi alt boyutlarından kaygı ve sosyal fobi toplam puanı ile dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun alt boyutları ve erişkin DEHB toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü zayıf bir ilişki söz konusudur ($r= 0.332$, $p<0,05$); ($r= 0.379$, $p<0,05$); ($r= 0.400$, $p<0,05$); ($r= 0.280$, $p<0,05$); ($r= 0.338$, $p<0,05$); ($r= 0.349$, $p<0,05$). Diğer yandan sosyal fobilerden kaçınma alt boyutu ile DEHB alt boyutu olan hiperaktivite ve DEHB Toplam değeri arasında yine istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($r=0.257$, $p<0,05$); ($r=0.255$, $p<0,05$). Sonuç olarak sosyal fobi ile Erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki söz konusu olduğu söylenebilir.

Test sonuçları her iki ölçek ve ölçek alt boyutlarına göre Tablo 9’da verilmiştir.

Tablo 9. Öğrencilerin Sosyal Fobi Belirtileri ve Dikkat eksikliği - Hiperaktivite Bozukluğu Arasındaki İlişki

		Leibowitz Kaygı	Leibowitz Kaçınma	LSKÖ Toplam	Dikkat Eksikliği	Hiperak tivite	KBÖ Toplam	
Spear man's rho	Liebowitz Kaygı	r	1,000					
		p	.					
		N	200					
	Liebowitz Kaçınma	r	,817**	1,000				
		p	,000	.				
		N	200	200				
	LSKÖ Toplam	r	,958**	,944**	1,000			
		p	,000	,000	.			
		N	200	200	200			
	Dikkat Eksikliği	r	,332**	,190**	,280**	1,000		
		p	,000	,007	,000	.		
		N	200	200	200	200		
	Hiperaktivite	r	,379**	,257**	,338**	,593**	1,000	
		p	,000	,000	,000	,000	.	
		N	200	200	200	200	200	
	DEHB Toplam	r	,400**	,255**	,349**	,888**	,885**	1,000
		p	,000	,000	,000	,000	,000	.
		N	200	200	200	200	200	200

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

4.8 Öğrencilerin Sosyal Fobi Belirtileri ve Dikkat eksikliği - Hiperaktivite Bozukluğu Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan öğrencilerin Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği alt boyutlarının cinsiyetlerine bağlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için Mann Whitney U testi yapılmıştır. Tablo 10 LSKÖ ve KBÖ ölçeklerinin cinsiyete göre nasıl değiştiğini gösteren test sonucu ve aritmetik ortalama sonuçlarını göstermektedir. Buna göre LSKÖ alt boyut puanından kaygı, öğrencilerin cinsiyetine göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmıştır ($p < 0,05$). Kadınların kaygı puan ortalaması ($\bar{X} = 48,63$) erkeklere ($\bar{X} = 46,33$) göre daha yüksek saptanmıştır. Genel LSKÖ ve kaçınma alt boyutları cinsiyete göre anlamlı olarak farklılaşmamıştır ($p > 0,05$). Diğer yandan KBÖ ölçeği genel puanı ve iki alt boyutu (dikkat eksikliği ve hiperaktivite) öğrencilerin

cinsiyetlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. Kadın öğrencilerin dikkat eksikliği ($\bar{x} = 23,13$), hiperaktivite ($\bar{x} = 22,89$) ve KBÖ Toplam puan ortalaması ($\bar{x} = 46,02$) erkek öğrencilere ($\bar{x} = 21,38$, $\bar{x} = 20,94$, $\bar{x} = 42,32$) göre daha yüksektir.

Test sonuçları her iki ölçek ve ölçek alt boyutlarına göre Tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 10. Öğrencilerin Sosyal Fobi Belirtileri ve Dikkat eksikliği - Hiperaktivite Bozukluğu Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Ölçek	Alt boyut	Cinsiyet	N	\bar{x}	SS	MW	p
Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği	Liebowitz Kaygı	Kadın	102	48,63	10,62	-2,027	,043
		Erkek	98	46,33	12,41		
	Liebowitz Kaçınma	Kadın	102	44,31	10,19	-,380	,704
		Erkek	98	44,54	11,77		
LSKÖ Toplam		Kadın	102	92,94	19,56	-1,304	,192
		Erkek	98	90,87	23,61		
Kendi Bildirim Ölçeği	Dikkat Eksikliği	Kadın	102	23,13	5,17	-2,814	,005
		Erkek	98	21,38	5,36		
	Hiperaktivite	Kadın	102	22,89	4,99	-2,771	,006
		Erkek	98	20,94	5,08		
KBÖ Toplam		Kadın	102	46,02	9,12	-3,010	,003
		Erkek	98	42,32	9,36		

4.9 Öğrencilerin Sosyal Fobi Belirtileri ve Dikkat eksikliği - Hiperaktivite Bozukluğu Yaşa Göre Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan öğrencilerin Liebowitz sosyal fobi belirtileri ölçeği ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu kendi bildirim ilişkin sıra ortalamaların öğrencilerin yaşlarına bağlı olarak istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılaşp farklılaşmadığı Kruskal Wallis testi ile belirlenmeye çalışılmıştır. Tablo 11 LSKÖ ve KBÖ ölçeklerinin öğrencilerin yaş grubuna göre nasıl değiştiğini gösteren test sonucu ve aritmetik ortalama sonuçlarını göstermektedir. Bu sonuca göre her iki ölçeğin genel toplamları ve alt boyutları katılımcıların yaşına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p > 0,05$). Başka bir söylem ile sosyal fobi durumları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite her yaş grubunda aynı düzeydedir.

Test sonuçları her iki ölçek ve ölçek alt boyutlarına göre Tablo 11'de verilmiştir.

Tablo 11. Öğrencilerin Sosyal Fobi Belirtileri ve Dikkat eksikliği - Hiperaktivite Bozukluğu Yaşa Göre Karşılaştırılması

Ölçek	Alt boyut	Yaş	N	\bar{X}	SS	X^2	p
Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği	Liebowitz Kaygı	18-20	103	48,31	11,72	1,262	,532
		21-23	87	46,71	11,36		
		24 ve üzeri	10	46,00	12,11		
Liebowitz Kaçınma Ölçeği	Liebowitz Kaçınma	18-20	103	44,83	11,39	,052	,974
		21-23	87	43,86	10,41		
		24 ve üzeri	10	45,10	12,03		
LSKÖ Toplam		18-20	103	93,15	22,26	,569	,752
		21-23	87	90,57	20,75		
		24 ve üzeri	10	91,10	23,53		
Dikkat Eksikliği		18-20	103	22,59	5,03	5,786	,055
		21-23	87	22,33	5,66		
		24 ve üzeri	10	18,40	3,95		
Kendi Bildirim Ölçeği	Hiperaktivite	18-20	103	22,14	4,80	1,507	,471
		21-23	87	21,98	5,56		
		24 ve üzeri	10	19,50	4,03		
KBÖ Toplam		18-20	103	44,73	8,70	4,241	,120
		21-23	87	44,31	10,19		
		24 ve üzeri	10	37,90	7,49		

4.10 Öğrencilerin Sosyal Fobi Belirtileri ve Dikkat eksikliği - Hiperaktivite Bozukluğu Beraber Yaşadığı Kişi/Yerlere Göre Karşılaştırılması

LSKÖ ve KBÖ ölçeklerinin öğrencilerin yaşadığı kişiye göre nasıl değiştiğini gösteren test sonucu ve aritmetik ortalama sonuçlarını göstermektedir. Bu sonuca göre her iki ölçeğin genel toplamları ve alt boyutları katılımcıların yaşadığı kişiye/yere bağlı olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). Başka bir söylem ile sosyal fobi durumları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite aile, arkadaş, yurt ve yalnız yaşayan öğrencilerde aynı düzeydedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu kendi bildirim ilişkin sıra ortalamaların

öğrencilerin beraber yaşadığı kişilerebağlı olarak istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığı Kruskal Wallis testi ile belirlenmeye çalışılmıştır. Test sonuçları her iki ölçek ve ölçek alt boyutlarına göre Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12. Öğrencilerin Sosyal Fobi Belirtileri ve Dikkat eksikliği - Hiperaktivite Bozukluğu Beraber Yaşadığı Kişi/Yerlere Göre Karşılaştırılması

Ölçek	Alt boyut	Yaşadığı kişi	N	\bar{X}	SS	X^2	p
Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği	Leibowitz Kaygı	Ailem	113	47,21	11,29	1,936	,586
		Arkadaş	34	48,24	11,71		
		Yurt	37	48,89	12,75		
		Tek Başına	16	44,75	10,62		
	Leibowitz Kaçınma	Ailem	113	42,78	10,27	6,151	,104
		Arkadaş	34	46,74	10,93		
		Yurt	37	46,38	12,24		
		Tek Başına	16	46,63	11,76		
	LSKÖ Toplam	Ailem	113	89,99	20,43	2,599	,458
		Arkadaş	34	94,97	22,21		
		Yurt	37	95,27	24,59		
		Tek Başına	16	91,38	21,52		
Kendi Bildirim Ölçeği	Dikkat Eksikliği	Ailem	113	22,48	5,18	1,626	,654
		Arkadaş	34	21,91	6,13		
		Yurt	37	22,49	5,47		
		Tek Başına	16	21,06	4,40		
	Hiperaktivite	Ailem	113	21,97	4,83	1,133	,769
		Arkadaş	34	21,21	5,72		
		Yurt	37	22,68	5,90		
		Tek Başına	16	21,50	3,90		
	KBÖ Toplam	Ailem	113	44,45	8,97	1,451	,694
		Arkadaş	34	43,12	11,10		
		Yurt	37	45,16	9,91		
		Tek Başına	16	42,56	7,56		

4.11 Öğrencilerin Sosyal Fobi Belirtileri ve Dikkat eksikliği - Hiperaktivite Bozukluğu Yaşamının Büyük bölümünü Geçirdiği Yere Göre Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan öğrencilerin Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu kendi bildirim ilişkin sıra ortalamaların öğrencilerin yaşamının büyük bölümünü geçirdiği bölgeye bağlı olarak istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığı Kruskal Wallis testi ile belirlenmeye çalışılmıştır. Tablo 13 LSKÖ ve KBÖ ölçeklerinin öğrencilerin yaşamının büyük bölümünü sürdürdüğü yere göre nasıl değiştiğini gösteren test sonucu ve aritmetik ortalama sonuçlarını göstermektedir. Bu sonuca göre her iki ölçeğin genel toplamları ve alt boyutları katılımcıların yaşamının büyük bölümünü sürdürdüğü yere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). Başka bir söylem ile sosyal fobi durumları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite büyük şehir, ve küçük şehirde yaşamış veya yaşıyor olanlarda aynı düzeydedir.

Test sonuçları her iki ölçek ve ölçek alt boyutlarına göre Tablo 13’de verilmiştir.

Tablo 13. Öğrencilerin Sosyal Fobi Belirtileri ve Dikkat eksikliği - Hiperaktivite Bozukluğu Yaşamının Büyük bölümünü Geçirdiği Yere Göre Karşılaştırılması

Ölçek	Alt boyut	Yaşamının büyük bölümünü geçirdiği	N	\bar{X}	SS	X^2	p
Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği	Leibowitz Kaygı	Küçük Belde	36	49,25	14,25	2,330	,312
		İl	56	49,07	12,10		
		Büyük Şehir	108	46,10	10,12		
	Leibowitz Kaçınma	Küçük Belde	36	47,36	13,81	4,122	,127
		İl	56	45,96	11,45		
		Büyük Şehir	108	42,65	9,30		
	LSKÖ Toplam	Küçük Belde	36	96,61	27,51	3,190	,203
		İl	56	95,04	22,19		
		Büyük Şehir	108	88,75	18,57		
Kendi Bildirim Ölçeği	Dikkat Eksikliği	Küçük Belde	36	23,11	5,20	1,039	,595
		İl	56	21,57	5,23		
		Büyük Şehir	108	22,35	5,42		
	Hiperaktivite	Küçük Belde	36	22,72	5,81	,756	,685
		İl	56	21,34	4,70		
		Büyük Şehir	108	21,98	5,09		
	KBÖ Toplam	Köy/Kasaba/İlçe	36	45,83	9,71	,870	,647
		İl	56	42,91	8,80		
		Büyük Şehir	108	44,33	9,59		

- Küçük Belde (Köy, Kasaba, Küçük İlçe)

4.12 Öğrencilerin Sosyal Fobi Belirtileri ve Dikkat eksikliği - Hiperaktivite Bozukluğu Aylık Gelirine Göre Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan öğrencilerin Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu kendi bildirim ilişkin sıra ortalamaların öğrencilerin aylık gelirine bağlı olarak istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığı kruskall Wallis testi ile belirlenmeye çalışılmıştır. Tablo 14 LSKÖ ve KBÖ ölçeklerinin öğrencilerin gelir grubuna göre nasıl değiştiğini gösteren test sonucu ve aritmetik ortalama sonuçlarını göstermektedir. Bu sonuca göre her iki ölçeğin genel toplamları ve alt boyutları katılımcıların gelir grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı

farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). Başka bir söylem ile sosyal fobi durumları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite her gelir grubunda aynı düzeydedir.

Test sonuçları her iki ölçek ve ölçek alt boyutlarına göre Tablo 14’de verilmiştir.

Tablo 14. Öğrencilerin Sosyal Fobi Belirtileri ve Dikkat eksikliği - Hiperaktivite Bozukluğu Aylık Gelirine Göre Karşılaştırılması

Ölçek	Alt boyut	Aylık gelir	N	\bar{X}	SS	χ^2	p
Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği	Leibowitz Kaygı	0-1000 TL	37	49,32	11,80	2,424	,489
		1000-2000TL	29	45,07	10,12		
		2000-3000 TL	61	46,77	12,08		
		3000 TL ve üzeri	73	48,15	11,54		
Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği	Leibowitz Kaçınma	0-1000 TL	37	47,73	12,33	3,455	,327
		1000-2000TL	29	43,62	10,37		
		2000-3000 TL	61	42,75	10,16		
		3000 TL ve üzeri	73	44,47	10,96		
LSKÖ Toplam		0-1000 TL	37	97,05	23,54	2,437	,487
		1000-2000TL	29	88,69	19,63		
		2000-3000 TL	61	89,52	21,36		
		3000 TL ve üzeri	73	92,62	21,45		
Dikkat Eksikliği		0-1000 TL	37	21,54	4,62	1,746	,627
		1000-2000TL	29	21,59	5,70		
		2000-3000 TL	61	22,41	5,61		
		3000 TL ve üzeri	73	22,79	5,30		
Kendi Bildirim Ölçeği	Hiperaktivite	0-1000 TL	37	21,30	4,21	1,027	,795
		1000-2000TL	29	22,10	5,47		
		2000-3000 TL	61	21,75	5,77		
		3000 TL ve üzeri	73	22,34	4,88		
KBÖ Toplam		0-1000 TL	37	42,84	7,07	,802	,849
		1000-2000TL	29	43,69	10,65		
		2000-3000 TL	61	44,16	10,29		
		3000 TL ve üzeri	73	45,14	9,21		

4.13 Öğrencilerin Sosyal Fobi Belirtileri ve Dikkat eksikliği - Hiperaktivite Bozukluğu Eğitim Gördüğü Sınıfa Göre Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan öğrencilerin Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu kendi bildirim ilişkin sıra ortalamaların öğrencilerin bulunduğu sınıfa bağlı olarak istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığı kruskall Wallis testi ile belirlenmeye çalışılmıştır. Tablo 15 LSKÖ ve KBÖ ölçeklerinin öğrencilerin eğitim gördüğü sınıfa göre nasıl değiştiğini gösteren test sonucu ve aritmetik ortalama sonuçlarını göstermektedir. Bu sonuca göre her iki ölçeğin genel toplamları ve alt boyutları katılımcıların eğitim gördüğü sınıfa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). Başka bir söylem ile sosyal fobi durumları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite her sınıfta aynı düzeydedir.

Test sonuçları her iki ölçek ve ölçek alt boyutlarına göre Tablo 15’de verilmiştir.

Tablo 15. Öğrencilerin Sosyal Fobi Belirtileri ve Dikkat eksikliği - Hiperaktivite Bozukluğu Eğitim Gördüğü Sınıfa Göre Karşılaştırılması

Ölçek	Alt boyut	Eğitim Gördüğü Sınıf	N	\bar{X}	SS	X^2	p	
Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği	Liebowitz Kaygı	1. Sınıf	41	48,41	11,51	2,482	,478	
		2. Sınıf	74	48,39	11,97			
		3. Sınıf	74	45,99	10,81			
		4. Sınıf	11	48,27	14,16			
	Liebowitz Kaçınma	1. Sınıf	41	43,20	10,88	2,761	,430	
		2. Sınıf	74	46,20	11,82			
		3. Sınıf	74	43,14	9,70			
		4. Sınıf	11	45,73	12,98			
LSKÖ Toplam		1. Sınıf	41	91,61	21,81	2,589	,459	
		2. Sınıf	74	94,59	22,83			
		3. Sınıf	74	89,12	19,38			
		4. Sınıf	11	94,00	26,89			
	Dikkat Eksikliği		1. Sınıf	41	22,24	4,96	2,917	,405
			2. Sınıf	74	22,73	4,96		
			3. Sınıf	74	22,20	5,97		
			4. Sınıf	11	19,73	4,17		
Kendi Bildirim Ölçeği		Hiperaktivite	1. Sınıf	41	22,15	4,50	1,980	,577
			2. Sınıf	74	22,41	4,73		
			3. Sınıf	74	21,62	5,75		
			4. Sınıf	11	20,09	5,43		
KBÖ Toplam		1. Sınıf	41	44,39	8,48	2,606	,457	
		2. Sınıf	74	45,14	8,45			
		3. Sınıf	74	43,82	10,72			
		4. Sınıf	11	39,82	9,06			

4.14 Öğrencilerin Sosyal Fobi Belirtileri ve Dikkat eksikliği - Hiperaktivite Bozukluğu Akademik Başarısına Göre Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan öğrencilerin Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu kendi bildirim ilişkin sıra ortalamaların öğrencilerin akademik başarısına bağlı olarak istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığı kruskall Wallis testi ile belirlenmeye çalışılmıştır. Tablo 16 LSKÖ ve KBÖ ölçeklerinin öğrencilerin akademik başarısına göre nasıl değiştiğini

gösteren test sonucu ve aritmetik ortalama sonuçlarını göstermektedir. LSKÖ ölçeği incelendiğinde; kaygı, kaçınma ve genel ölçek puan sıra ortalaması öğrencilerin akademik başarısına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p < 0,05$). Başarısız öğrencilerin LSKÖ kaygı, kaçınma ve toplam aritmetik ortalaması ($\bar{X} = 58,19$, $\bar{X} = 56,00$, $\bar{X} = 114,19$) başarılı ve orta başarılı öğrencilere göre daha yüksektir. Diğer yandan DEHB alt boyutlarından hiperaktivite ortalaması öğrencilerin akademik başarısına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p < 0,05$). Başarısız olan öğrencilerin aritmetik ortalaması ($\bar{X} = 24,75$), başarı seviyesi orta ve başarılı olanlara göre daha yüksektir ($\bar{X} = 22,08$ $\bar{X} = 21,33$). Dikkat eksikliği alt ölçeği ve DEHB toplam puanı, öğrencilerin başarı durumuna göre anlamlı farklılık göstermemiştir ($p > 0,05$). Test sonuçları her iki ölçek ve ölçek alt boyutlarına göre Tablo 16'da verilmiştir.

Tablo 16. Öğrencilerin Sosyal Fobi Belirtileri ve Dikkat eksikliği - Hiperaktivite Bozukluğu Akademik Başarısına Göre Karşılaştırılması

Ölçek	Alt boyut	Akademik başarı	N	\bar{X}	SS	X^2	p
Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği	Leibowitz Kaygı	Başarısız	16	58,19	11,88	14,367	,001
		Orta	88	47,82	11,27		
		Başarılı	96	45,43	10,84		
	Leibowitz Kaçınma	Başarısız	16	56,00	13,04	19,144	,000
		Orta	88	45,33	10,39		
		Başarılı	96	41,67	9,75		
	LSKÖ Toplam	Başarısız	16	114,19	24,32	17,655	,000
		Orta	88	93,15	20,81		
		Başarılı	96	87,09	19,47		
Kendi Bildirim Ölçeği	Dikkat Eksikliği	Başarısız	16	24,31	7,11	,570	,752
		Orta	88	21,99	4,77		
		Başarılı	96	22,19	5,46		
	Hiperaktivite	Başarısız	16	24,75	5,26	6,254	,044
		Orta	88	22,08	5,13		
		Başarılı	96	21,33	4,97		
	KBÖ Toplam	Başarısız	16	49,06	10,62	3,683	,159
		Orta	88	44,07	8,96		
		Başarılı	96	43,52	9,45		

- Başarısız (0.00-2.00), Orta (2.01-3.00), Başarılı (3.01-4.00)

4.15 Öğrencilerin Sosyal Fobi Belirtileri ve Dikkat Eksikliği-Hiperaktivite Bozukluğu Annesinin Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırma

Araştırmaya katılan öğrencilerin Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu kendi bildirim ilişkin sıra ortalamaların öğrencilerin annesinin eğitim durumuna bağlı olarak istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığı kruskall Wallis testi ile belirlenmeye çalışılmıştır. Tablo 17 LSKÖ ve KBÖ ölçeklerinin öğrencilerin anne eğitim durumuna göre nasıl değiştiğini gösteren test sonucu ve aritmetik ortalama sonuçlarını göstermektedir. Bu sonuca göre her iki ölçeğin genel toplamları ve alt boyutları katılımcıların annelerin eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Test sonuçları her iki ölçek alt boyutlarına göre Tablo 17’de verilmiştir.

Tablo 17. Öğrencilerin Sosyal Fobi Belirtileri ve Dikkat eksikliği - Hiperaktivite Bozukluğu Annesinin Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması

Ölçek	Alt boyut	Annenin eğitim durumu	N	\bar{x}	SS	X^2	p	
Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği	Leibowitz Kaygı	Okur yazar değil	9	53,33	14,65	3,125	,373	
		İlköğretim	59	47,44	11,76			
		Lise-Ortaöğretim	70	47,89	10,52			
		Üniversite	62	46,27	12,00			
	Leibowitz Kaçınma	Okur yazar değil	9	51,00	15,22	2,188	,534	
		İlköğretim	59	45,17	11,55			
		Lise-Ortaöğretim	70	43,89	10,11			
		Üniversite-Lisansüstü	62	43,37	10,53			
	LSKÖ Toplam	Okur yazar değil	9	104,33	29,66	2,262	,520	
		İlköğretim	59	92,61	22,80			
		Lise-Ortaöğretim	70	91,77	19,64			
		Üniversite-Lisansüstü	62	89,65	21,18			
	Kendi Bildirim Ölçeği	Dikkat Eksikliği	Okur yazar değil	9	23,44	6,04	3,749	,290
			İlköğretim	59	22,34	5,30		
			Lise-Ortaöğretim	70	22,91	5,00		
			Üniversite-Lisansüstü	62	21,31	5,57		
Hiperaktivite		Okur yazar değil	9	24,22	6,04	3,964	,265	
		İlköğretim	59	20,80	4,58			
		Lise-Ortaöğretim	70	22,37	4,96			
		Üniversite-Lisansüstü	62	22,19	5,53			
KBÖ Toplam		Okur yazar değil	9	47,67	10,90	3,194	,363	
		İlköğretim	59	43,14	8,65			
		Lise-Ortaöğretim	70	45,29	9,15			
		Üniversite-Lisansüstü	62	43,50	10,11			

4.16 Öğrencilerin Sosyal Fobi Belirtileri ve Dikkat eksikliği - Hiperaktivite Bozukluğu Babasının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan öğrencilerin Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu kendi bildirim ilişkin sıra ortalamaların öğrencilerin babasının eğitim durumuna bağlı olarak istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığı Kruskal Wallis testi ile belirlenmeye çalışılmıştır. Tablo 18 LSKÖ ve KBÖ ölçeklerinin öğrencilerin baba eğitim durumuna göre nasıl değiştiğini gösteren test sonucu ve aritmetik ortalama sonuçlarını göstermektedir. Bu sonuca göre her iki ölçeğin genel toplamları ve alt boyutları katılımcıların babalarının eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Test sonuçları her iki ölçek ve ölçek alt boyutlarına göre Tablo 18’de verilmiştir.

Tablo 18. Öğrencilerin Sosyal Fobi Belirtileri ve Dikkat eksikliği - Hiperaktivite Bozukluğu Babasının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması

Ölçek	Alt boyut	Babanın eğitim durumu	N	\bar{X}	SS	X^2	p	
Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği	Leibowitz Kaygı	İlköğretim	47	46,98	12,75			
		Lise- Ortaöğretim	65	47,83	11,34	,491	,782	
		Üniversite- Lisansüstü	88	47,53	11,17			
	Leibowitz Kaçınma	İlköğretim	47	44,47	12,86			
		Lise- Ortaöğretim	65	44,37	10,57	,236	,889	
		Üniversite- Lisansüstü	88	44,44	10,27			
	LSKÖ Toplam	İlköğretim	47	91,45	25,05			
		Lise- Ortaöğretim	65	92,20	20,84	,499	,779	
		Üniversite- Lisansüstü	88	91,98	20,41			
	Kendi Bildirim Ölçeği	Dikkat Eksikliği	İlköğretim	47	22,45	5,63		
			Lise- Ortaöğretim	65	21,80	5,09	,289	,866
			Üniversite- Lisansüstü	88	22,52	5,37		
Hiperaktivite		İlköğretim	47	21,72	4,95			
		Lise- Ortaöğretim	65	21,74	4,85	,202	,904	
		Üniversite- Lisansüstü	88	22,19	5,44			
KBÖ Toplam		İlköğretim	47	44,17	9,49			
		Lise- Ortaöğretim	65	43,54	8,84	,424	,809	
		Üniversite- Lisansüstü	88	44,72	9,82			

4.17 Öğrencilerin Sosyal Fobi Belirtileri ve Dikkat eksikliği - Hiperaktivite Bozukluğu Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan öğrencilerin Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği alt boyutlarının medeni duruma bağlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için Man Whitney U testi yapılmıştır. Tablo 19 LSKÖ ve KBÖ ölçeklerinin medeni duruma göre nasıl değiştiğini

gösteren test sonucu ve aritmetik ortalama sonuçlarını göstermektedir. Bu sonuca göre her iki ölçeğin genel toplamları ve alt boyutları katılımcıların medeni durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). Diğer bir söylem ile bekar/boşanmış ve evli öğrencilerin aynı seviyede sosyal fobi ve dikkat eksikliği-hiperaktivite sorunu olduğu görülmüştür.

Test sonuçları her iki ölçek ve ölçek alt boyutlarına göre Tablo 19’da verilmiştir.

Tablo 19. Öğrencilerin Sosyal Fobi Belirtileri ve Dikkat eksikliği - Hiperaktivite Bozukluğu Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması

Ölçek	Alt boyut	Medeni Durum	N	\bar{X}	SS	MW	p
Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği	Leibowitz	Bekar	193	47,56	11,56	-,366	,714
	Kaygı	Evli	7	45,71	12,34		
	Leibowitz	Bekar	193	44,36	10,93	-,313	,755
	Kaçınma	Evli	7	46,29	12,71		
	LSKÖ	Bekar	193	91,92	21,58	-,070	,944
	Toplam	Evli	7	92,00	24,19		
Kendi Bildirim Ölçeği	Dikkat	Bekar	193	22,34	5,35	-,936	,349
	Eksikliği	Evli	7	20,43	4,69		
	Hiperaktivite	Bekar	193	22,01	5,13	-,956	,339
		Evli	7	20,00	4,83		
	KBÖ	Bekar	193	44,34	9,40	-,985	,325
	Toplam	Evli	7	40,43	9,16		

4.18 Öğrencilerin Sosyal Fobi Belirtileri ve Dikkat eksikliği - Hiperaktivite Bozukluğu Alkol/Madde bağımlılığı Durumuna Göre Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan öğrencilerin Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği alt boyutlarının alkol/madde bağımlılığına bağlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için Man Whitney U testi yapılmıştır. Tablo 20 LSKÖ ve KBÖ ölçeklerinin alkol/madde bağımlılığına göre nasıl değiştiğini gösteren test sonucu ve aritmetik ortalama sonuçlarını göstermektedir. KBÖ ölçeği alt boyutlarından hiperaktivite, öğrencilerin alkol/madde bağımlılığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0,05$). Madde bağımlısı olan öğrencilerin hiperaktivite durumu ($\bar{X} = 26,83$), madde bağımlısı olmayanlara göre daha yüksek saptanmıştır. Diğer yandan LSKÖ ölçeği ve alt

boyutları ile DEHB toplam ve dikkat eksikliği alt boyutu, öğrencilerin madde bağımlısı olmasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Test sonuçları her iki ölçek ve ölçek alt boyutlarına göre Tablo 20’de verilmiştir.

Tablo 20. Öğrencilerin Sosyal Fobi Belirtileri ve Dikkat eksikliği - Hiperaktivite Bozukluğu Alkol/Madde bağımlılığı Durumuna Göre Karşılaştırılması

Ölçek	Alt boyut	Alkol/Madde bağımlılığı	N	\bar{X}	SS	MW	p
Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği	Leibowitz Kaygı	Evet	6	55,17	8,54	-1,892	,059
		Hayır	194	47,26	11,57		
	Leibowitz Kaçınma	Evet	6	49,33	10,76	-1,401	,161
		Hayır	194	44,27	10,96		
	LSKÖ Toplam	Evet	6	104,50	18,80	-1,766	,077
		Hayır	194	91,54	21,61		
Kendi Bildirim Ölçeği	Dikkat Eksikliği	Evet	6	25,33	4,63	-1,521	,128
		Hayır	194	22,18	5,33		
	Hiperaktivite	Evet	6	26,83	6,01	-2,042	,041
		Hayır	194	21,78	5,03		
	KBÖ Toplam	Evet	6	52,17	10,53	-1,871	,061
		Hayır	194	43,96	9,29		

4.19 Öğrencilerin Sosyal Fobi Belirtileri ve Dikkat eksikliği - Hiperaktivite Psikolojik Rahatsızlık bağımlılığı Durumuna Göre Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan öğrencilerin Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği alt boyutlarının Psikolojik rahatsızlık bağı olarak farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için Man Whitney U testi yapılmıştır. Tablo 21 LSKÖ ve KBÖ ölçeklerinin psikolojik rahatsızlık bağımlılığına göre nasıl değiştiğini gösteren test sonucu ve aritmetik ortalama sonuçlarını göstermektedir. LSKÖ ölçeği alt boyutlarından kaygı öğrencilerin psikolojik rahatsızlık olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0,05$). Psikolojik rahatsızlığı olan öğrencilerin kaygı durumu ($\bar{X} = 61,40$), psikolojik rahatsızlığı olmayanlara göre daha yüksek saptanmıştır. Diğer yandan KBÖ ölçeği ve alt

boyutları ile LSKÖ toplam ve kaçınma öğrencilerin psikolojik rahatsızlığı olmasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Test sonuçları her iki ölçek ve ölçek alt boyutlarına göre Tablo 21’de verilmiştir.

Tablo 21. Öğrencilerin Sosyal Fobi Belirtileri ve Dikkat eksikliği - Hiperaktivite Psikolojik Rahatsızlık bağımlılığı Durumuna Göre Karşılaştırılması

Ölçek	Alt boyut	Psikolojik rahatsızlık	N	\bar{x}	SS	MW	p
Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği	Leibowitz Kaygı	Var	5	61,40	14,38	-2,157	,031
		Yok	195	47,14	11,30		
	Leibowitz Kaçınma	Var	5	54,00	19,62	-1,057	,290
		Yok	195	44,18	10,63		
Kendi Bildirim Ölçeği	LSKÖ Toplam	Var	5	115,40	33,55	-1,671	,095
		Yok	195	91,32	21,00		
	Dikkat Eksikliği	Var	5	25,40	8,47	-,659	,510
		Yok	195	22,19	5,23		
Hiperaktivite	Var	5	26,20	8,04	-1,192	,233	
	Yok	195	21,83	5,01			
KBÖ Toplam	Var	5	51,60	16,24	-,905	,366	
	Yok	195	44,02	9,15			

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

5.1. Tartışma

Çalışma içerisindeki temel hipotezimiz “üniversite öğrencilerinde Sosyal Fobi düzeyi ile Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu düzeyi arasında korelasyon bulunmaktadır.” şeklindedir. Çalışmamız sonucunda sosyal fobi alt boyutlarından kaygı ve sosyal fobi toplam puanı ile dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun alt boyutları ve erişkin DEHB toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü zayıf bir ilişki söz konusudur. Diğer yandan sosyal fobilerden kaçınma alt boyutu ile DEHB alt boyutu olan hiperaktivite ve DEHB Toplam değeri arasında yine istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır. Sonuç olarak sosyal fobi ile Erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki söz konusu olduğu söylenebilir. Özellikle Dikkat Eksikliği baskın tip DEHB’ye sahip kişilerin dikkat dağınıklığı, odaklanma zorluğu, unutkan ve sosyal anlamda başarısız olmaları vb. sebeplerle zaman içerisinde özgüvenini yitirmeleri, sosyal fobi bozukluğunu edinmelerine de sebep olabilmektedir. İki bozukluk arasındaki anlamlı pozitif ilişkinin varlığı bu ve benzeri olgular aracılığıyla açıklanabilir. Konu hakkında literatür incelendiğinde, çalışmamız sonuçlarıyla uyumlu olarak Sosyal Fobi ve erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin varlığı gözlemlenmektedir. Van Ameringen ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında 129 anksiyete bozukluğu hastasında erişkin DEHB sıklığı %27.9 bulunmuştur. Biederman ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada, erişkin DEHB’li kadın ve erkeklerde sosyal fobi oranı %23 ve %11 oranlarında bulunmuştur. Genel

toplum araştırmaları incelendiğinde ise, kaygı düzeyi arttıka DEHB semptomlarının ortaya çıktığı görülmektedir (Koyuncu ve Binbay, 2014). Yapılan genel toplum çalışmalarında erişkin DEHB ile anksiyete bozuklukları eştanısı varlığı ilişkili bulunmuştur (Kessler ve ark., 2006; Park ve ark., 2011). Park ve arkadaşlarının çalışmasında erişkin DEHB ile Sosyal Fobi eştanısı varlığı ilişkili bulunmuştur. Erişkin DEHB hastalarında yapılan çalışmalarda ise %40-60 anksiyete bozukluğu eştanısı saptanmıştır. Sosyal Fobi birlikteliğinin, DEHB’de g r len d rt selliği arttırdığı, işlevselliğin daha çok bozulmasına neden olmanın yanı sıra tedaviye uyumu bozduğu ve direnç oluşmasına neden olduğu bildirilmektedir (Semerci, 2012). Edel ve arkadaşlarının çalışmasında 73 erişkin DEHB hastasının %40’ı Sosyal Fobi tanı ölçütlerini karşılamıştır (Semerci, 2012). Biederman ve arkadaşları çalışmasında erişkin DEHB’li grubun Sosyal Fobi eştanı oranı %32 olarak bulunmuştur ve erişkin DEHB’li grubun Sosyal Fobi eştanı oranı, kontrol grubunun Sosyal Fobi eştanı oranından daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Biederman ve ark., 1993). Sobanski ve arkadaşları ise 70 erişkin DEHB hastası ve 70 kişilik kontrol grubunu karşılaştırmışlardır. Erişkin DEHB’li grubun Sosyal Fobi eştanı oranı %18.6, kontrol grubunun %10 olarak bulunmuş, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Sobanski ve ark., 2007). Millstein ve arkadaşları ise erişkin DEHB dikkat eksikliği baskın grubunun Sosyal Fobi eştanı oranı %31, erişkin DEHB kombine alt grubunun Sosyal Fobi eştanı oranı %24 bulunmuştur (Millstein ve ark., 1997). Bir diğer çalışmada, 6-18 yaş arası gençlerde DEHB dikkat eksikliği baskın grubunun (hiperaktif belirtisi olmayan) Sosyal Fobi eştanı oranı %23.9, erişkin DEHB dikkat eksikliği baskın grubunun) Sosyal Fobi eştanı oranı %15.2, DEHB’siz kontrol grubunun Sosyal Fobi eştanı oranı %5 olarak bulunmuştur. DEHB dikkat eksikliği baskın grubunun Sosyal Fobi eştanı oranının DEHBsi olmayan kontrol grubunun SAB eştanı oranından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Schmitz, Ludwig ve Rohde, 2010). Türkiye’de yapılan çalışmalara bakıldığında, ilgili çalışmalardan bazılarında örneklemin eğitim sektörü içerisindeki aktörler olduğu görülebilir. Örneğin Ahmetoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışma (2017), öğretmenlik okuyan  niversite  ğrencilerinde erişkin DEHB ve Anksiyete bozukluklarının yaygınlığı ve komorbiditesini tespit etmek amacıyla gerçekleştirilmiş, çalışma sonuçlarına göre Sosyal Fobi ve erişkin DEHB yaygın bir komorbidite olarak gözlemlenmiştir. Taneri ve arkadaşlarının alışması (2016), Dikkat

Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Anksiyete ve depresyon belirtilerinin sıklığı incelenmiş, çalışma sonucuna göre yüksek DEHB riski taşıyan kişilerde, olmayanlara nazaran daha fazla Anksiyete ve depresyon belirtisi bulunduğu görülmüştür. Dağaşan'ın (2017) bir vakıf üniversitesinde, üniversite öğrencileri üzerinde gerçekleştirdiği araştırmaya göre ise Liebowitz Sosyal Fobi Puanları ile KBÖ alt boyutlarından biri olan hiperaktivite ve DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Adler ve arkadaşlarının (2009) 442 erişkin DEHB ve Sosyal Fobi eşanlı grup üzerinde yaptığı araştırmada, amotoksetinin etkinliğinin plasebodan daha üstün olduğu bulunmuştur. Sosyal Fobi ve erişkin DEHB eşanlı hastalarda amotoksetin tedavisinin, hem Sosyal Fobi'nin hem de DEHB'nin düzelmesinde oldukça etkili olduğu keşfedilmiştir. Ayrıca Koyuncu'nun çalışmalarına göre, DEHB eşansı olan Sosyal Fobi tanılı kişilerin tedavisinde kullanılması gereken yöntemler, DEHB eşansı bulunmayanlara göre farklılık göstermelidir. Koyuncu, Dikkat Eksikliği baskın tip DEHB eşanlı Sosyal Fobi bozukluklarının tedavisi için "İkili Yaklaşım Adını" verdiği yöntemi, yani antidepresanın yanında, uzun salınımlı metilfenidat tedavisinin de gerçekleştirilmesini önermektedir (Koyuncu, 2012).

Çalışmamızın alt hipotezi "Üniversite öğrencilerinde, çeşitli sosyodemografik özellikler ile Sosyal Fobi ve Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu düzeyi arasında açıdan anlamlı yönden bir korelasyon bulunmaktadır" şeklindedir. Buna uygun olarak sosyodemografik veri formu aracılığıyla çalışma örneklemden cinsiyet, medeni durum, anne ve babanın eğitim durumu, şuan beraber yaşanılan kişi/yer, hayatın büyük bölümünün geçtiği yer, aylık gelir miktarı, akademik not ortalaması, alkol/madde bağımlılığının varlığı ve tanı koyulmuş bir psikolojik rahatsızlığın varlığı hakkındaki veriler alınmış ve bu veriler ile iki bozukluk arasındaki ilişki analize tabi tutulmuştur.

Çalışmamız bulgularına göre yaş değişkeni ile iki bozukluk arasında istatistiksel yönden anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Başka bir söylem ile sosyal fobi ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu her yaş grubunda aynı düzeydedir. Literatürde yaşın Sosyal Fobi ve DEHB ile ilişkisi olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Fakat her ne kadar her iki bozukluğun belirli dönemler için görülme sıklığı ve başlangıç yaşları hakkında çalışmalar bulunsa da, üniversite öğrencilerinin yaş aralığı olarak kabul edilebilecek 18-27 yaş arası özelinde yaş ile bozukluklar arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya literatürde rastlanmamıştır. Literatürdeki çalışmalar büyük oranda

ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinin ilgili bozukluklar ile arasındaki ilişkiyi incelemektedir. Sosyal Fobi için Sevinçok ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada bozukluğun başlangıç yaşı $12,5 \pm 4,1$ yıl (Sevinçok ve ark., 1998), Tükel ve arkadaşlarının çalışmasında ise başlangıç yaşı $17,4 \pm 7,3$ yıl olarak saptanmıştır (Tükel ve ark., 1998). Ayrıca yeni sosyal ya da mesleki ihtiyaçlar (yeni insanlarla tanışma, toplum önünde konuşma vb.) bu sendromu tetiklemedikçe, 25 yaşından sonra sosyal fobi rahatsızlığının başlamasının nadir olduğu bildirilmiştir. Amerikan Psikiyatri Birliği yayınlarında, DEHB rahatsızlığı için en büyük risk altındaki grubun 6-9 yaş aralığındaki çocuklar olduğu görülmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2007). Lauth ve Schlottke, DEHB görülme sıklığını gelişim dönemlerine göre ayırmıştır. Bu ayrıma göre ergenlik döneminde DEHB görülme oranı %6'dır (akt. Kaymak Özmen, 2010).

Çalışma bulgularımızda LSKÖ alt boyut puanından kaygı, öğrencilerin cinsiyetine göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmıştır. Kadınların sosyal fobi kaygı alt ölçeği puan ortalaması erkeklere göre daha yüksek saptanmıştır. Bu sonuç da literatürle uyumludur. Genel LSKÖ ve kaçınma alt boyutları cinsiyete göre anlamlı olarak farklılaşmamıştır. Memik ve arkadaşları (2011) sosyal fobi yaygınlığı üzerine tarama çalışmasında, sosyal fobinin kadınlarda erkeklere nazaran daha sık görüldüğünü belirlemişlerdir. Gültekin ve Dereboy'un yaptığı çalışmada ise sosyal fobi gösterme ihtimalinin kadınlarda erkeklere göre 1,7 kat daha yüksek olduğu ölçülmüştür. Dilbaz'a (1997) göre ise sosyal fobi alan araştırmalarında kadınlarda erkeklere nazaran daha fazla görülmektedir

LSKÖ kaygı alt boyutu, KBÖ iki alt boyutu (dikkat eksikliği ve hiperaktivite) ve KBÖ toplam için öğrencilerin cinsiyetlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. Kadın öğrencilerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite alt ölçek ortalaması erkek öğrencilere göre daha yüksektir. Sonuç olarak iki bozukluğun LSKÖ kaçınma ve LSKÖ toplam için istatistiksel açıdan cinsiyetler arası anlamlı bir farklılık göstermediği, LSKÖ kaygı ve KBÖ alt boyutları ve KBÖ toplam için ise erkeklere oranla kadınlarda daha yüksek çıktığı saptanmıştır. DEHB için, cinsiyet farklılıkları ile ilgili literatürde çok sayıda çalışma olduğu görülmektedir. Amerikan Psikiyatri Birliğine göre DEHB, erkeklerde kızlardan 4-6 kat fazla görülmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2007). DEHB sıklığını araştıran bazı çalışmalarda ise cinsiyetler arasında anlamlı bir fark belirlenmemiştir (Doğan ve ark., 2009).

Çalışmamız bulgularına göre medeni durum ile iki bozukluk arasında istatistiksel yönden anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Başka bir söylem ile sosyal fobi ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu her medeni durum için aynı düzeydedir. Çalışmanın üniversite öğrencileri ile yapılması sebebiyle geç evlenme ve boşanma faktörlerinin izlenmemiş olması çalışmamızda çıkan sonucun sebebi olarak gösterilebilir. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde, özellikle geç evlenme, evlenmeme ya da boşanma medeni hallerinin sosyal fobi ile ilişkilendirildiği görülmektedir (Witchen ve Fehm'den akt. Uzun, 2016; “Sosyal Fobi Tehlikeyi Arttırıyor”, 2012). Yapılan çalışmalar, geç evlenme, evlenmeme ya da boşanma durumlarının sosyal fobi risk faktörünü arttıran durumlar olduğunu göstermektedir.

Çalışmamız bulgularına göre anne ve babanın eğitim durumu ile sosyal fobi ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu arasında istatistiksel yönden anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Başka bir söylem ile sosyal fobi ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu her anne-baba eğitim durumu için aynı düzeydedir. Anne-baba eğitim durumu ile sosyal fobi ve erişkin DEHB arasındaki ilişki hakkında literatürde çok az çalışma vardır. İlgili durumdan, büyük oranda bozuklukların tedavisi özelinde bahsedildiği görülmektedir. Örneğin Öztürk'e göre (2014) eğitim düzeyi yüksek anne-baba, sosyal kaygılı bireylere destek olarak bu rahatsızlığın çözümünde yardımcı olma noktasında oldukça önemli bir değişkendir.

Çalışmamız bulgularına göre de öğrenim görülen sınıf ile sosyal fobi ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu arasında istatistiksel yönden anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Başka bir söylem ile sosyal fobi ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu her okunan üniversite sınıfı için aynı düzeydedir. Sosyal fobi ve/veya erişkin DEHB ile öğrenim görülen üniversite sınıfı arasındaki ilişkinin incelenmesi noktasında, literatür içerisinde herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamız bulgularına göre beraber yaşanan kişi/yer ile iki bozukluk arasında istatistiksel yönden anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Başka bir söylem ile sosyal fobi ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu her beraber yaşanan kişi/yer grubu için aynı düzeydedir. Beraber yaşanan kişi/yerin sosyal fobi ya da DEHB ile ilişkisi hakkında ilişkisel bir analiz gerçekleştirmiş çalışmaya literatür içerisinde rastlanmamıştır. Yalnızca Sosyal Fobi'nin arkadaş çevresi ve geç evlenmeyle ilişkisinin

literatürde yer aldığı görülmektedir, yalnızlığın risk faktörü olduğu görülmüştür.(Witchen ve Fehm'den akt. Uzun, 2016; “Sosyal Fobi Tehlikeyi Arttırıyor”, 2012).

Çalışmamız bulgularına göre beraber hayatın büyük bölümünü geçtiği yer ile iki bozukluk arasında istatistiksel yönden anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Başka bir söylem ile sosyal fobi ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu hayatın büyük bölümünün geçtiği her mahal grubu için aynı düzeydedir. Çalışmamızdaki sonuç, literatürde bulunan çalışmalarda göre farklıdır. Literatür içerisinde Sosyal Fobi ile kişinin yaşadığı/hayatının büyük bölümünü geçirdiği yer arasında anlamlı bir ilişki görülmektedir. Gültekin ve Dereboy'un yaptığı çalışmada ilçelerde yaşayanlar şehirlerde yaşayanlara göre 1.5 kat, köyde yaşayanlar ise 1.9 kat sosyal fobi belirtisi gösterme riskine sahiptirler (Gültekin ve Dereboy, 2011). Bizim çalışmamızda hayatının büyük bölümünü köyde geçirmiş örneklem sayısının araştırma örneklemindeki azlığı, anlamlı bir ilişkinin ortaya çıkmaması ve literatürdeki sonuçtan farklı bir sonuca ulaşılmasında bir sebep olarak öne sürülebilir. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ile kişinin yaşadığı/hayatının büyük bölümünü geçirdiği yer hakkında ise literatür çalışmaları, büyük oranda kişinin yaşadığı yerin tehlikeli olup olmamasına ya da olumsuz hayat koşullarının olup olmamasına odaklanmaktadır. Çalışmamız içerisindeki gibi Köy, İlçe, İl ya da Büyükşehir yerleşim türleri ile erişkin DEHB ile ilişkisel bir analiz yapan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamız bulgularından öğrencilerin akademik başarısına göre LSKÖ ölçeği incelendiğinde; kaygı, kaçınma ve genel ölçek puanı sıra ortalaması istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmektedir. Başarısız öğrencilerin aritmetik ortalaması, başarı seviyesi orta ve başarılı öğrencilere göre kaygı ve kaçınma ortalaması daha yüksektir. Diğer yandan KBÖ alt boyutlarından hiperaktivite sıra ortalaması da öğrencilerin akademik başarısına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. Başarısız olan öğrencilerin aritmetik ortalaması, başarı seviyesi orta ve başarılı olanlara göre daha yüksektir. KBÖ alt boyutlarından Dikkat eksikliği ve DEHB toplam puanı ise öğrencilerin başarı durumuna göre anlamlı farklılık göstermemiştir. Sosyal fobi bozukluğu açısından incelendiğinde, çalışma içerisindeki sonucun literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir. Van Ameringen ve arkadaşlarının (2003) kaygı bozuklukları ile eğitimsel başarıyı araştırdığı bir çalışmada sosyal fobinin özellikle okuldan kaçmayla

bağlantılı olduğu görülmüştür. Schneier ve arkadaşlarının (1992) yaptıkları araştırmada ise sosyal fobiklerin eğitim düzeyi, tanı almayanlara göre daha düşük bulunmuştur. Heimberg, Holt ve Schneier'in (1993) yaptıkları araştırmada da yaygın sosyal fobisi olanların özgül sosyal fobisi olanlara oranla daha düşük akademik başarı ve performans gösterdikleri gözlemlenmiştir. Sosyal Fobi ile aylık gelir arasında da akademik başarı ve gösterilen işlevsellik üzerinden dolaylı bir ilişkinin bulunduğunu söyleyebilmemiz mümkündür. Turner ve arkadaşları (1986) “vakaların %92’sinin mesleki işlevlerinde, %85’inin akademik başarılarında, %70’inin ise sosyal ilişkilerinde belirli ölçüde bozukluk olduğunu” bulmuşlardır. Ayrıca Sosyal Fobi ve aylık gelir durumu, ilişkisel olarak iki yönlü olarak birbirini etkileyebilmektedir. Sosyal Fobi aylık kazançta düşüşe yol açabileceği gibi, aylık gelirin ya da sosyoekonomik gelişmemişlik de sosyal fobiye sebebiyet verebilir. Konu hakkında sosyal fobi üzerinde yapılan çalışmalarda, düşük sosyoekonomik durum ve düşük sosyal sınıf, başlıca risk faktörlerinden bazıları olarak belirtilmektedir (Witchen ve Fehm’den akt. Uzun, 2016). Akademik ve mesleki başarı ile erişkin DEHB’li bireyler hakkında yapılan ilişkisel çalışmalar da literatür içerisinde mevcuttur. Erişkin DEHB’de akademik başarının düşük olduğu, buna bağlı olarak da iş hayatlarında başarısız olma eğiliminde oldukları, iş yaşamında daha alt düzeyde işlevsellik gösterdikleri ve düşük kazançlarla geçindikleri ilgili çalışmalarda görülmektedir (Tuğlu ve Şahin, 2010). Erişkin DEHB’li bireyler herhangi bir zeka bozukluğuna sahip olmamalarına rağmen, akademik durum, gelir durumu ve kariyerlerinde de daha az başarı gösterme eğilimindedirler (Gill ve Bhatt, 2016).

Çalışmamız bulgularına göre aylık gelir miktarı ile iki bozukluk arasında ise istatistiksel yönden anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Başka bir söylem ile sosyal fobi ve dikkat eksikliği hlaktivite bozukluğu her aylık gelir grubu için aynı düzeydedir. Bir önceki paragrafta görüldüğü üzere literatürde akademik başarı ve mesleki başarı, birbiri ile doğrudan ilgili olarak kabul edilmiş ve ilgili bozukluklardan ikisinin de belirli oranda etkilendiği ortaya konulmuştur. Bu durum düşünüldüğünde, çalışmamız içerisinde çıkan bu sonucun literatür ile farklılık gösterdiği söylenebilir. Bu farklılığın sebebi olarak ise, çalışma yapılan örneklem grubunun yaş olarak halen büyük oranda ailesinden maddi destek alan üniversite öğrencisinden oluşması ve çalışma yapılan üniversitenin maddi durumları görece daha yüksek olan özel üniversite içerisinde gerçekleştirilmesi gösterilebilir. Çoğu halen ailesinden maddi yardım almaya devam

eden bireyler, aylık gelir konusunda bireysel yetenek ve sıkıntılarında büyük oranda bağımsızdırlar.

Çalışma bulgularımıza göre KBÖ ölçeği alt boyutlarından hiperaktivite, öğrencilerin alkol/madde bağımlılığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. Madde bağımlısı olan öğrencilerin hiperaktivite durumu, madde bağımlısı olmayanlara göre daha yüksek saptanmıştır. LSKÖ ölçeği için anlamlı ilişki bulunamamıştır. KBÖ için de toplam sonuç ve dikkat eksikliği alt ölçeği için anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu sonuç ile uyumlu bazı literatürler varken, farklı sonucu olan literatürler de mevcuttur. Bulduğumuz sonucun DEHB için uyumluluk gösterdiğini söylememiz mümkündür. Alkol/madde bağımlısı olduğunu belirten kişi sayısının örneklem içerisinde az olması (n=6), ilgili analizin sağlıklı bir şekilde yapılmasını zorlaştıran bir olgu olarak gösterilebilir. Literatüre baktığımızda, alkoliklerde sosyal fobi görülme yaygınlığının %8 ile %56 arasında olduğu görülmektedir. Sosyal fobikler hastalıklarıyla baş edebilmek için ilaç yerine alkol kullandığı literatür içerisinde belirtilmektedir (Dilbaz, 1997). Kendler ve arkadaşları da (1992) yaptıkları araştırmalarda Sosyal Fobi majör depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozulğun yanı sıra alkolizm ve yeme bozuklukları komorbidite oranlarında anlamlı sonuç olduğunu belirtmişlerdir. Erişkin DEHB ile alkol/madde kullanımı arasında da bir anlamlı bir ilişkinin varlığı, literatürde bulunan çalışmalar incelendiğinde görülmektedir. Alkol bağımlılığı tanısı almış hastalarda %25 oranında erişkin DEHB'nin varlığı bildirilmiştir (Tuğlu ve Şahin, 2010). Biederman ve Spencer (1998) tarafından yapılan araştırmaya göre bipolar bozukluk ve madde kullanımı bozuklukları, DEHB tanısı alan yetişkinlerde oldukça yaygın görülmektedir. Özellikle erişkin DEHB'li erkeklerde alkol ve madde bağımlılığının görüldüğü saptanmıştır. Yine Biederman'ın bir çalışmasına göre erişkin DEHB bozukluğuna sahip çocukların, nikotin, alkol ve madde bağımlılığı, duygudurum ve anksiyete bozuklukları açısından kontrol grubuna oranla yüksek risk altında olduğu görülmektedir (Biederman ve ark., 2006). Erişkin DEHB'li kadın ve erkeklerde yaşam boyu madde kötüye kullanımı %26 ve %44, alkol bağımlılığı %24 ve %39, alkol kötüye kullanımı %13 ve %24, madde bağımlılığı ise %12 ve %27 bulunmuştur (Biederman ve ark., 2004).

Çalışma bulgularımıza göre LSKÖ ölçeği alt boyutlarından kaygı, öğrencilerin psikolojik rahatsızlık olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık

göstermiştir. Psikolojik rahatsızlığı olan öğrencilerin kaygı durumu, psikolojik rahatsızlığı olmayanlara göre daha yüksek saptanmıştır. Bu sonuç literatür ile uyumludur. Sosyal fobi ile başka birtakım bozuklukların/rahatsızlıkların yaşam boyu beraber görülme oranlarına bakıldığında, sosyal fobi-majör depresyon %17 ile %80 arası, panik bozukluğu %17 ile %50 arası, obsesif-kompulsif bozukluk ise %4 ile %11 arasında ölçülmektedir (Dilbaz, 1997; Mourier ve Stein, 1999). Diğer yandan KBÖ ölçeği ve alt boyutları ile LSKÖ toplam ve kaçınma öğrencilerin psikolojik rahatsızlığı olmasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir. Daha önce tanı konulmuş bir psikolojik rahatsızlığı olduğunu belirten kişi sayısının örneklem içerisinde az olması (n=5), ilgili analizin sağlıklı bir şekilde yapılmasını zorlaştıran bir olgu olarak gösterilebilir. Psikolojik rahatsızlığı olanların Anksiyete (3), Bipolar(2) , testi çözen bireyler tarafından belirtilmiştir DEHB'nun ile ilgili en önemli eştanılar, duygudurum bozukluğu ve anksiyete bozukluğu olarak görülmektedir. Duygudurum bozukluğu ve DEHB komorbiditesi %15-75 oranı arasında değişmektedir. Anksiyete bozukluğu ile olan eştanı oranı da %30 olarak belirtilmektedir.

Sonuç

1. Sosyal fobi alt boyutlarından kaygı ile dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu alt boyutları ve toplam değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü zayıf bir ilişki söz konusudur. Diğer yandan sosyal fobilerden kaçınma alt boyutu ile KBÖ alt boyutu olan hiperaktivite ve KBÖ Toplam değeri arasında yine istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır. Sonuç olarak Sosyal Fobi ile erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişkinin varlığından söz etmemiz mümkündür.

2. Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ) alt boyut puanından kaygı, öğrencilerin cinsiyetine göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmıştır. Kadınların kaygı puan ortalaması erkeklere göre daha yüksek saptanmıştır. Genel LSKÖ ve kaçınma alt boyutları ise cinsiyete göre anlamlı olarak farklılaşmamıştır. Diğer yandan Kendi Bildirim Ölçeği (KBÖ) genel puanı ve iki alt boyutu (dikkat eksikliği ve hiperaktivite) öğrencilerin cinsiyetlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. Kadın öğrencilerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite ortalaması erkek öğrencilere göre daha yüksektir. Sonuç olarak iki bozukluğun bazı alt boyutlar için istatistiksel açıdan cinsiyetler arası anlamlı bir farklılık göstermediği, bazı alt boyutlar için ise erkeklere oranla kadınlarda daha yüksek çıktığı saptanmıştır.

3. LSKÖ ölçeği incelendiğinde; kaygı, kaçınma ve genel ölçek puanı sıra ortalaması öğrencilerin akademik başarısına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. Başarısız öğrencilerin aritmetik ortalaması başarılı ve orta öğrencilere göre kaygı ve kaçınma ortalaması daha yüksektir. Diğer yandan KBÖ alt boyutlarından hiperaktivite sıra ortalaması öğrencilerin akademik başarısına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. Başarısız olan öğrencilerin aritmetik ortalaması, başarı seviyesi orta ve başarılı olanlara göre daha yüksektir. Dikkat eksikliği ve DEHB toplam puanı öğrencilerin başarı durumuna göre anlamlı farklılık göstermemiştir.

4. KBÖ ölçeği alt boyutlarından hiperaktivite, öğrencilerin alkol/madde bağımlılığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. Madde bağımlısı olan öğrencilerin hiperaktivite düzeyi, madde bağımlısı olmayanlara göre daha yüksek saptanmıştır. Diğer yandan LSKÖ ve alt boyutları ile KBÖ toplam ve dikkat eksikliği

öğrencilerin madde bağımlısı olmasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir.

5. LSKÖ ölçeği alt boyutlarından kaygı, öğrencilerin psikolojik rahatsızlık olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. Psikolojik rahatsızlığı olan öğrencilerin kaygı durumu, psikolojik rahatsızlığı olmayanlara göre daha yüksek saptanmıştır. Diğer yandan KBÖ ölçeği ve alt boyutları ile LSKÖ toplam ve kaçınma öğrencilerin psikolojik rahatsızlığı olmasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir. Psikolojik rahatsızlığı olanların Anksiyete, Bipolar, Kaygı Bozukluğu ve Manik Depresif oldukları, testi çözen bireyler tarafından belirtilmiştir.

6. Yaş değişkeni ile iki bozukluk arasında istatistiksel yönden anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Başka bir söylem ile sosyal fobi ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu her yaş grubunda aynı düzeydedir.

7. Medeni durum değişkeni ile iki bozukluk arasında istatistiksel yönden anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Başka bir söylem ile sosyal fobi ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu her medeni durum için aynı düzeydedir.

8. Anne ve babanın eğitim durumu ile iki bozukluk arasında istatistiksel yönden anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Başka bir söylem ile sosyal fobi ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu her anne-baba eğitim durumu için aynı düzeydedir.

9. Beraber yaşanan kişi/yer ile iki bozukluk arasında istatistiksel yönden anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Başka bir söylem ile sosyal fobi ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu her beraber yaşanan kişi/yer grupları için aynı düzeydedir.

10. Öğrenim görülen sınıf ile iki bozukluk arasında istatistiksel yönden anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Başka bir söylem ile sosyal fobi ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu her okunan üniversite sınıfı için aynı düzeydedir.

11. Hayatın büyük bölümünün geçtiği yer ile iki bozukluk arasında istatistiksel yönden anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Başka bir söylem ile sosyal fobi ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu hayatın büyük bölümünün geçtiği her mahal grubu için aynı düzeydedir.

12. Aylık gelir miktarı ile iki bozukluk arasında ise istatistiksel yönden anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Başka bir söylem ile sosyal fobi ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu her aylık gelir grubu için aynı düzeydedir.

5.2. Sınırlılıklar

1. Araştırmanın örneklemini 2017-2018 eğitim öğretim döneminde, yalnızca Üsküdar Üniversitesinin çeşitli bölümlerinde eğitim gören öğrencilerin oluşturması, çalışmanın yalnızca bir üniversitede yapılmasının sonuçları arasından bir sınırlılık taşımaktadır.

2. Çalışma, özel bir üniversite içerisinde yapılması bakımından, maddi olarak orta-yüksek bir sınıfı temsil etmesi bakımından bir sınırlılığa sahiptir.

3. Öğrencilerin erişkin DEHB ile ilgili ilişkin verileri, kullanılan Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Ölçeği ve ondan alınan puanlar ile sınırlıdır.

4. Öğrencilerin sosyal fobi ile ilgili ilişkin verileri, kullanılan Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği ve ondan alınan puanlar ile sınırlıdır.

5. Öğrencilerin değerlendirilen kişisel bilgileri, Sosyodemografik Veri Formunun kapsamı ile sınırlıdır.

6. Bazı sosyodemografik sorular için n örneklem değeri, tek hanelidir. Bu durum, gerçekleştirilen analizlerin tutarlılığını azaltan bir sınırlılık olarak ortaya çıkmaktadır.

5.3. Öneriler

1. Hata payının azalması ve güvenilirlik oranlarının artması adına, ileride yapılacak çalışmalar daha yüksek örneklem sayısı ile gerçekleştirilebilir.

2. Temsil etmeyi hedeflediği kitle hakkında daha sağlıklı bilginin elde edilebilmesi adına, ileride yapılacak çalışmalar, hem devlet hem de özel üniversiteleri kapsayacak şekilde genişletilebilir.

3. Temsil etmeyi hedeflediği kitle hakkında daha sağlıklı bilginin elde edilebilmesi adına, ileride yapılacak çalışmalar, birden fazla Şehir ve bölge içerisinde gerçekleştirilebilir.

4. Sosyal Fobi ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu hakkında farklı perspektiflerden bir ilişki kurulmasını sağlamak adına, ilgili bozuklukların bulgulandırılması farklı ölçekler aracılığıyla gerçekleştirilebilir.



KAYNAKÇA

- Adler, L. A., Liebowitz, M., Kronenberger, W., Qiao, M., Rubin, R., Hollandbeck, M., 2009, “Atomoxetine treatment in adults with attention deficit/hyperactivity disorder and comorbid social anxiety disorder”, *Depress Anxiety*, 26, 212-221.
- Ahmetoğlu, E., Görmez, V., Coşkun, M., Öztürk, M., Ögeyik Coşkun M., 2017, “Öğretmen Adaylarında Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Sosyal Kaygı Bozukluğunun Yaygınlığı ve Komorbiditesi”, *Trakya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 7(1), 96-103.
- Albayrak, C., 1998, “Bursa ilinde bir ilkokul örnekleminde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu sıklığı ve ilgili sosyodemografik özellikler”, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bursa.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013, “Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-V)”, Çev. E. Köroğlu, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, 2007, “Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-IV)”, Çev. E. Köroğlu, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Ateş, B. & Gençdoğan, B., 2017, “Analyzing the Effects of Solution Focused Group Psychosocial Counseling upon University Student Coping with Social Phobia”, *Journal of the Faculty of Education*, 18(1), 188-203.
- Atkinson, R. C, Hilgard, E.R., 2010, *Atkinson & Hilgard’s introduction to psychology*, Harcourt Brace College Publishers.
- Austin, V. L., Sciarra, D. T., 2015, *Çocuk ve Ergenlerde Duygusal ve Davranışsal Bozukluklar (1.Baskı)*, Çev. M. Özekes, Nobel Akademi Yayıncılık, Ankara.
- Baptista, A., Loureiro, S. R., Zuardi, A. W., Magalhaes, P. V., Kapczinski, F., Filho, A. S., 2012, “Social Phobia in Brazilian University Students: Prevalance, under-recognition and academic impairment in women”, *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 857-861.
- Barkley, R. A., Murphy, K. R., Fischer, M., 2008, *Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults. What the Sciene Says, (1.Baskı)*, The Guilford Press, New York.

- Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., Fletcher, K., 2002, "The persistence of attention deficit hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder", *J Abnorm Psychol*, 111, 279-289.
- Beck, A. T., 2008, *Bilişsel Terapi ve Duygusal Bozukluklar (2.Baskı)*, Çev. V. Öztürk, Litera Yayıncılık, İstanbul.
- Beck, A. T. & Emery, G., 2011, *Anksiyete Bozuklukları ve Fobiler (2.Baskı)*, Çev. V. Öztürk, Litera Yayıncılık, İstanbul.
- Beidel, D. C., 1998, "Social Anxiety Disorder: Etiology and Early Clinical Presentation", *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(17), 27-32.
- Biederman, J., Monuteaux, M. C., Mick, E., 2006, "Young adult outcome of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A controlled 10-year follow-up study", *Psychol Med*, 36, 167-179.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Monuteaux, M. C., Bober, M., Cadogen, E., 2004, "Gender effects on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in adults: Revisited", *Biol Psychiatry*, 55, 692-700.
- Chartier M.J., Walker R.J. & Stein M.B., 2001, "Social phobia and potential childhood risk factors in a community sample", *Psychological Medicine*, ss. 307-315.
- Clarke, S., Kohn, H. M. R., 2005, "Attention deficit disorder: not just for children", *Int Med J*, 35, 721-725.
- Corey, G., 2008, *Psikolojik Danışma ve Uygulamaları (1.Baskı)*, Çev. T.Ergene, Mentis Yayıncılık, Ankara.
- Dağışan, G., 2017, "Sağlıklı Erişkin Üniversite Öğrencilerinde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ile Sosyal Fobi Arasındaki İlişki", Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Demir, T., 1997, "Çocuk ve Ergenlerde Sosyal Fobi: Epidemiyolojik Bir Çalışma", Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul.
- Dilbaz, N., 1997, "Sosyal Fobi", *Psikiyatri Dünyası*, 1, 18-24.

- Dilbaz, N., 2000, “Sosyal Fobi: Tanı, Epidemiyoloji, Etiyoloji, Klinik ve Ayırıcı Tanı”, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2(3), 21.
- Dilbaz, N., Güz, H., 2001, “Liebowitz sosyal kaygı ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği”, 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi, 2-6.
- Doğan, S., Öncü B., Varol Saraçoğlu, G., Küçükgöncü, S., 2009, “Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (KBÖ-v1.1): Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliği”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10(2), 77-87.
- Doğangün, B., Yavuz, M., 2011, “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu”, *Türk Pediatri Arşivi*, 46(11), 25-28.
- Durukan, İ., Erdem, M., Tufan, A. E., Cöngöloğlu, A., Yorbık, Ö., Türkbay, T., 2008, “DEHB olan Çocukların Annelerinde Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile Kullanılan Başa Çıkma Yöntemleri: Bir Ön Çalışma”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9, 217-223.
- Edel M. A., Rudel A., Hubert C., Scheele D., Brüne M., Juckel G., 2010, “Alexithymia, emotion processing and social anxiety in adults with ADHD” *Eur J Med Res*, 15, 403-409.
- Ekinci, S., Öncü, B., Canan, S., 2011, “Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu: Eştanı ve İşlevsellik”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12(3), 185-191.
- Ellis, A., 1991, “Rational-Emotive Treatment of Simple Phobias”, *Psychotherapy Theory Research Practice Training*, 28(3), 452-456.
- Ercan, S. E., Aydın, C., 2007, *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (15. Baskı)*, Gendaş Kültür Yayınları, İstanbul.
- Ersoy, F., Edirne, T., Oğuz, T. F., 2003, “Birinci Basmakta Anksiyete Bozuklukları”, *Sted*, 12(9), 326-327.
- Fairbrother N., 2002, “The Treatment of Social Phobia-100 Years Ago”, *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1297-1304.
- Gill, A., Bhatt, A. (2016). “Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Short Review”. *International Journal of Advances in Medicine*, 3(3), 446-451.

- Gökalp, A. & Cinemre, B., 1996, “Betimsel Özellikleri ve Tanımlama Sorunlarıyla Sosyal Fobi”, *3P Dergisi*, 4 (Ek:1), 8.
- Göker, Z., 2009, “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Bulunan Çocuk ve Ergenlerin Benlik Saygısı ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi”, Yayımlanmamış Doktora Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Trabzon.
- Güleç, C., 2003, *Psikiyatri ve Psikoterapilerin ABC’si (1.Baskı)*, HYB Yayınları, Ankara.
- Gültekin, B. K. & Derebay, İ. F., 2011, “Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Fobinin Yaygınlığı ve Sosyal Fobinin Yaşam Kalitesi, Akademik Başarı ve Kimlik Oluşumu Üzerine Etkileri”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(3), 150-158.
- İzgiç, F., Akyüz, G., Doğan, O., Kuğu, N., 2000, “Üniversite öğrencilerinde sosyal fobi yaygınlığı”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1(4), 207-214.
- İzgiç F, Akyüz G, Doğan O, Kuğu N., 2004, “Social phobia among university students and its relation to self-esteem and body image”, *Can J Psychiatry*. 49(9), 630-634.
- Haspolat, N. K., 2016, “Üniversite Öğrencilerinde Beden İmajı Benlik Saygısı ve Sosyal Fobinin İncelenmesi”, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Erzincan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzincan.
- Hechtman, L., McGough, J. J., 2007, *Dikkat Eksikliği Bozuklukları (8.Baskı) (Comprehensive Textbook fo Psychiatry içinde 3183-3205)*, Çev. Öner, M. ve Aysev. A., Güneş Tıp Kitabevi, Ankara.
- Heckelman, L. R., & Schneier, F. R., 1995, *Social Phobia. Diagnosis, Assessment and Treatment*, Guilford Press, New York.
- Hughes, A. A., Furr, J. M., Sood, E. D., Barmish, A. J. & Kendall, P. C., 2009, “Anxiety, mood and substance use disorders in parents of children with anxiety disorders”, *Child Psychiatry and Human Development*, 40(3), 405-419.
- Karahan, T. F. & Sardoğan, M. E., 2012, *Psikolojik Danışma ve Psikoterapide Kuramlar (1.Baskı)*, Nobel Akademi Yayıncılık, Ankara.

Karakaya, E., Öztop, D. B., 2013, “Kaygı Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Bilişsel Davranışçı Terapi”, *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 2, 10-24.

Karamustafaoğlu, O., Yumrukçal, H., 2011, “Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları”, *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45, 65-74.

Kayaalp, L., 2008, “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu”, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar, Sempozyum Dizisi, 62, 147-152.

Kaymak Özmen, S., 2010, “Okulda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)”, *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 6(2), 1-10.

Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., Eaves, L. J., 1992, “The Genetic Epidemiology of Phobias in Women: The Interrelationship of Agoraphobia, Socialphobia, Situational Phobia and Simple Phobia”, *General Psychiatry*, 49, 273-281.

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

Kılıç, C., 1997, Türkiye’nin ruh sağlığı profili: Ruh sağlığı hizmeti kullanımı, Bahar Sempozyumları Derneği I, Ankara Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, 38-39.

Koyuncu, A., 2012, *Sosyal Fobiklerde Dikkat Sorunları ve Hiperaktivite (1.Baskı)*, Liman Yayın, Ankara.

Koyuncu, A., 2016, *İkincil Sosyal Fobi (1.Baskı)*, Roza Yayınevi, İstanbul.

Koyuncu, A., Binbay, Z., 2014,. “Sosyal Fobi Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Birlikteliği”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(1), 10-21.

Koyuncu, A., Binbay, Z., Özyıldırım, İ., Ertekin, E., Grubu, B. B. H., Hekim, S., 2012, “Sosyal Fobinda Başlangıç Yaşının Klinik Gidiş Üzerine Etkisi”, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 15(2), 111-120.

Köknel, Ö., 1999, *Günlük Hayatta Ruh Sağlığı (1.Baskı)*, Alfa Yayıncılık, İstanbul.

Kulaksızoğlu, I., Tükel, R., Üçok, A., Yargıç, I., Yazıcı, O., 2009, *Psikiyatri*, İstanbul Üniversitesi Yayın No: 4888, İstanbul.

La Greca, A. M. & Harrison, H. M., 2005, “Adolescent peer relations, friendships, and romantic relationships: Do they predict social anxiety and depression?”, *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(1), 49-61.

Liebowitz, M. R., 1987, “Social Phobia”, *Mod Probl Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.

Magee, W. J., Eaton, W. W., Wittchen, H., 1996, “Agoraphobia, simple phobia and social phobia in the National Comorbidity Survey”, *Arch Gen Psychiatry*, 53, 159-168.

Mannuzza, S., Klein R. G, Bessler, A., Malloy P., LaPadula, M., 1993, “Adult outcome of hyperactive boys. Educational achievement, Occupational rank and Psychiatric status”, *Arch Gen Psychiatry*, 50, 565-576.

Marks, I. M., 1986, “Genetics of fear and anxiety disorders”, *The British Journal of Psychiatry*, 149, 406-418.

Marshall, J. R., 1994, “The diagnosis and treatment of social phobia and alcohol abuse”, *Bull Menninger Clin*, 58, 59-65.

Martin, A., 2005, “The hard work of growing up with ADHD”, *Am J Psychiatry*, 162, 1575-1577.

McGough, J. J., McCracken, J. T., 2006, “Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Moving beyond DSM-IV”, *Am J Psychiatry*, 163, 1673-1675.

McKenzie, K., 2006, *Anksiyete ve Panik Atak (1.Baskı)*, Çev. Ü. Şensoy, Morpa Kültür Yayınları, İstanbul.

Memik, N. Ç., Yıldız, Ö., Tural, Ü., Ağaoğlu, B., 2011, “Sosyal Fobinin Yaygınlığı: Bir Gözden Geçirme”, *Nöropsikiyatri Arşivi*, 48, 4-10.

Millstein, R. B., Wilens, T. E., Biederman, J., Spencer, T. J., 1998, “Presenting ADHD symptoms and subtypes in clinically referred adults with ADHD”, *Journal of Attention Disorders*, 2, 76-167.

Millstein R. B, Wilens TE, Biederman J, Spencer T. J., 1997, “Presenting ADHD symptoms and subtypes in clinically referred adults with ADHD”, *J Atten Disord*, 2, 159-166.

Morbel, H., 2015, “Artvin Çoruh Üniversitesi Öğrencilerinin Yaşamlarının Çoğunu Geçirdikleri Yer ve Cinsiyetlerinin Sosyal Fobi Düzeyleri Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Aydın Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Motavallı, N., 1994, “Kentsel kesimde Türk İlkokul çocuklarında Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Nozolojik bağlamda prevalansının araştırılması”, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul.

Moutier, C. Y., Stein, M. B., 1995, “The history, epidemiology and differential diagnosis of social anxiety disorder”, *J Clin Psychiatry*, 60, 4-8.

Murdoch, N. L., 2012, *Psikolojik Danışma ve Psikoterapi Kuramları (1.Baskı)*, Çev. F. Akkoyun, Nobel Akademi Yayıncılık, Ankara.

National Institute of Mental Health, 2007, “Always Embarrassed: Social Phobia (Social Anxiety Disorder)”, U.S. Department of Health and Human Services, https://www.nimh.nih.gov/health/publications/social-anxiety-disorder-more-than-just-shyness/508-social-anxiety-disorder_153750.pdf, 19.06.2018.

Öncü, B., Şenol, S., 2002, “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Etiyolojisi: Bütüncül Yaklaşım”, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5(2), 111-119.

Öner, Ö., Arsev, A. S., 2007, *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları içinde 397-421)*, Golden Print, İstanbul.

Öyekçin, U. D. D. G., Şahin, E. M., 2011, “Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna Birinci Basamak Yaklaşımı”, *Turkish Family Phycian*, 2(4), 1-8.

Öztürk, A., 2014, “Sosyal Kaygıyı Açıklayan Yaklaşımlar”, *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(48), 15-26.

Öztürk, O. & Uluşahin, A., 2011, *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, Tuna Matbaacılık, Ankara.

Park S, Cho MJ, Chang MS, Jeon HJ, Cho S, Kim BS, 2011, "Prevalence, correlates, and comorbidities of adult ADHD symptoms in Korea: results of the Korean epidemiologic catchment area study", *Psychiatry Res*, 186, 378-383.

Rasmussen, P., Gillberg, C., 2000, "Natural outcome of ADHD with developmental coordination disorder at age 22 years: A controlled, longitudinal, community-based study", *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39, 1424-1431.

Said, Z., Huzair, H., Helal, M. N., Mushtaq, I., 2015, "Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children and Adoslescents", *Progress in Neurology and Psychiatry*, 19(3), 16-23.

Sağat, B., 2017, "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan Ergenlerde Görülen İnternet Bağımlılığının Benlik Algısı ve Benlik Saygısı Üzerine Etkisi", Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Işık Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Schachar, R., Tannock, R., 2002, "Syndromes of Hyperactivity and Attention Deficit. *In Child and Adolescent Psychiatry Textbook*, 4th Edition, 399-400.

Schmitz M., Ludwig H., Rohde L. A., 2010, "Do hyperactive symptoms matter in ADHD-I restricted phenotype?", *J Clin Child Adolesc Psychol*, 39, 741-748.

Schneier, F. R., Heimberg, R. G., Holt, C. S., 1993, "The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia", *Journal of Anxiety Disorders*, 7(3), 2449-2469.

Schneier, F. R., Johnson, J., Horning, C., 1992, "Social Phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiological sample", *Arch Gen Psychiatry*, 49, 282-288.

Millstein RB, Wilens TE, Biederman J, Spencer TJ. Presenting ADHD symptoms and subtypes in clinically referred adults with ADHD. *J Atten Disord* 1997; 2:159-166.

Semerci B., 2012, "Erişkin dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğunda anksiyete ve tik bozuklukları birlikteliği", *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi*, 5(1), 54-59.

Sevinçok, L., Şahin, M., Yüksel, N., 1998, "Sosyal fobi ve çekingen kişilik bozukluğu: Sosyal fobili bir grup hasta üzerinde kavramsal bir tartışma", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 9, 38-42.

Sergün Türe, F., 2010, “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan Çocukların (8-12 Yaş) Değişik Anne Tutumlarına Göre Benlik Saygı Düzenlerinin İncelenmesi”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

“Sosyal Fobi Tehlikeyi Arttırıyor”, 2012, *Hürriyet*, <http://www.hurriyet.com.tr/kelebek/saglik/sosyal-fobi-tehlikeyi-arttiriyor-19931282>, 01.07.2018.

Sübaşı, G., 2007, “Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Kaygıyı Yordayıcı Bazı Değişkenler”, *Eğitim ve Bilim*, 144(32), 3-15.

Şahin, Ö. Ö., 2009, “Üniversite Öğrencilerinde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Yaygınlığı, Eşanı, ve Riskli Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Edirne.

Şenol, S., 1996, “Dikkat Eksikliği yıkıcı davranış bozukluklarının klinik özellikleri, aynı grup ve diğer DSM-IV tanılarıyla birliktelikleri, risklerin ve tedavi eğiliminin belirlenmesi”, Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.

Şenol, S., 2008, *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu*, HYB Basın Yayım, Ankara.

Sobanski E., Bruggemann D., Alm B., Kern S., Deschner M., Schubert T., 2007, “Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)” *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 257, 371–377.

Sözbilir, M., t.y., “Araştırma Yaklaşım – Desen ve Yöntemleri”, *Wordpress*, <https://msbay.files.wordpress.com/2009/10/6-hafta-arac59fc4b1rma-yaklac59fc4b1m-desen-ve-yc3b6ntemleri.pdf>, 25.05.2018.

Spencer, T. J., Biederman, J., Mick, E., 2006, “Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Diagnosis, lifespan, comordibities and neurobiology”, *J Pediatr Psychol*, 32, 631-642.

- Taneri, P. E., Akış, N., Sarandöl, A., 2016, “Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Anksiyete ve Depresyon Belirtilerinin Sıklığı”, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 42(1), 23-27.
- Tınaz, D., 2004, “Ergen ve yetişkinlerde ADHD-Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite bozukluğu”, *Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1, 95-116.
- Topçu, A. A., 2004, “Sosyal Fobi Olgularında Aile İçi Yaşantıların İncelenmesi”, *Yayımlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.*
- Tuğlu, C., Şahin, Ö. Ö., 2010, “Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Nörobiyoloji, Tanım Sorunları ve Klinik Özellikler”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(1), 75-116.
- Turner, S., Beidel D. C., Dancu C. V., 1986, “Physopatology of social phobia comparison to avoidant personality disorder”, *J Abnorm Psychol*, 95, 389-394.
- Tükel, R., Kızıltan, E., Demir, T., Demir, D., 1998, “Sosyal fobide alt tiplerin ve çekingen kişilik bozukluğunun psikopatoloji üzerine etkileri”, *3P Dergisi*, 6, 15-20.
- Tükel, R., 2002, “Panik Bozukluğu”, *Klinik Psikiyatri*, 3, 5-15.
- Türe, S., 2013, “Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sosyal Anksiyete Düzeyini Etkileyen Etkenler, Anne-Babaya Bağlanma ve Yetişkin Bağlanma Biçimleri”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14, 310-317.
- Türkçapar, M. H., 1999, “Sosyal Fobinin Psikolojik Kuramı”, *Klinik Psikiyatri*, 2, 247-253.
- Uzun, Ö., 2016, “Üniversite öğrencilerinde sosyal fobi, içe ve dışa dönük kişilik özellikleri ve okul başarı durumu”, *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.*
- Van Ameringen, M., Mancini, C., Farvolden, P., 2003, “The impact of anxiety disorders on educational achievements”, *Journal of Anxiety Disorders*, 17(5), 561-571.
- Van Ameringen, M., Mancini, C., Simpson, W., Patterson, B., 2011, “Adult attention deficit hyperactivity disorder in an anxiety disorders population”. *CNS Neurosci Ther*, 17, 221-226.

Yalçın, M., Sütçü, S. T., 2016, “Yetişkinlerde Sosyal Fobinin Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Tedavisinin Etkililiği: Sistemik Bir Gözden Geçirme”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(Ek 1), 61-78.

Weiss, M., Hetchman, L. T., Weis, G., 1999, *ADHD in adults. A guide to current theory, diagnosis and treatment (1. Baskı)*, John Hopkins University Press, Maryland.

Wolraich, M., Brown, L., Brown, R. T., DuPaul, G., Earls, M., Feldman, H. M., Ganiats, T. G., Kaplanek, B., Meyer, B., Perrin, J., Pierce, K., Reiff, M., Stein, M. T., Visser, S., 2011, “ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents”, *Pediatrics*, 128(5), 1007-1022.

EKLER

Ek 1: Sosyodemografik Veri Formu

Ek 2: Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği (LSKÖ)

Ek 3: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (KBÖ)

Ek: 1 Sosyodemografik Veri Formu

1. Yaş : _____
2. Cinsiyet : Erkek Kadın
3. Medeni Durum : Bekâr Evli Dul/Boşanmış
4. Annenizin eğitim durumu:
Okur-yazar değil İlköğretim Ortaöğretim
Üniversite ya da Yüksekokul Lisansüstü
5. Babanızın eğitim durumu:
Okur-yazar değil İlköğretim Ortaöğretim
Üniversite ya da Yüksekokul Lisansüstü
6. Okuldaki kaçınıcı seneniz? _____
7. Şuan kiminle yaşıyorsunuz?
Aile Arkadaş Yurt Tek başına
8. Yaşamınızın büyük bölümünü nerede geçirdiniz?
Köy/Kasaba İlçe İl Büyükşehir
9. Aylık gelir miktarı:
0-1000 TL 1000-2000 TL 2000-3000 TL 3000 TL ve üzeri
10. Akademik not ortalaması:
0-1.00 1.00-2.00 2.00-3.00 3.00-4.00
11. Alkol/Madde bağımlılığınız var mı? Evet Hayır
12. Tanı konulan herhangi bir psikolojik rahatsızlığınız var mı (varsa lütfen teşhisin hangi rahatsızlık olduğunu aşağıdaki boşluğa yazınız):

Var

Yok

Ek 2: Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği

Lütfen aşağıdaki formu dikkatle okuyun.

Sol kolondaki durumlarda duyduğunuz kaygının şiddetine göre, 1 ile 4 arasında puan verin. Sağ kolonda aynı durumlar tekrar sıralanmıştır. Bu defa bu durumlardan kaçınıyorsanız, kaçınmanın şiddetine göre yine 1 ile 4 arasında puan verin.

Puanlamayı aşağıdaki tariflere göre yapın.

Teşekkürler.

Kaygı	Kaçınma
1: Yok ya da çok hafif	1: Kaçınma yok ya da çok ender
2: Hafif	2: Zaman zaman kaçınırım
3: Orta derecede	3: Çoğunlukla kaçınırım
4: Şiddetli	4: Her zaman kaçınırım

Kaygı	Puan	Ka	Puan
1. Önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak		1. Önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak	
2. Seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak		2. Seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak	
3. Dikkatleri üzerinde toplamak		3. Dikkatleri üzerinde toplamak	
4. Romantik veya cinsel bir ilişki kurmak amacıyla birisiyle tanışmaya çalışmak		4. Romantik veya cinsel bir ilişki kurmak amacıyla birisiyle tanışmaya çalışmak	
5. Bir gruba önceden hazırlanmış sözlü bilgi sunmak		5. Bir gruba önceden hazırlanmış sözlü bilgi sunmak	
6. Başkaları içerdeyken bir odaya girmek		6. Başkaları içerdeyken bir odaya girmek	
7. Kendisinden daha yetkili biriyle		7. Kendisinden daha yetkili biriyle	
8. Satın aldığı bir malı ödediği parayı geri almak üzere mağazaya iade etmek		8. Satın aldığı bir malı ödediği parayı geri almak üzere mağazaya iade etmek	
9. Çok iyi tanımadığı birisine fikir ayrılığı veya hoşnutsuzluğun ifade edilmesi		9. Çok iyi tanımadığı birisine fikir ayrılığı veya hoşnutsuzluğun ifade edilmesi	
10. Gözlendiği sırada çalışmak		10. Gözlendiği sırada çalışmak	
11. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle yüz yüze konuşmak		11. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle yüz yüze konuşmak	
12. Bir eğlenceye gitmek		12. Bir eğlenceye gitmek	

13. Çok iyi tanımadığı birisinin gözlerinin içine doğrudan bakmak		13. Çok iyi tanımadığı birisinin gözlerinin içine doğrudan bakmak	
14. Yetenek, beceri ya da bilginin		14. Yetenek, beceri ya da bilginin	
15. Gözlendiği sırada yazı yazmak		15. Gözlendiği sırada yazı yazmak	
16. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle telefonla konuşmak		16. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle telefonla konuşmak	
17. Umumi yerlerde yemek yemek		17. Umumi yerlerde yemek yemek	
18. Evde misafir ağırlamak		18. Evde misafir ağırlamak	
19. Küçük bir grup faaliyetine katılmak		19. Küçük bir grup faaliyetine	
20. Umumi yerlerde bir şeyler içmek		20. Umumi yerlerde bir şeyler içmek	
21. Umumi telefonları kullanmak		21. Umumi telefonları kullanmak	
22. Yabancılarla konuşmak		22. Yabancılarla konuşmak	
23. Satış elemanının yoğun baskısına karşı koymak		23. Satış elemanının yoğun baskısına karşı koymak	
24. Umumi tuvalette idrar yapmak		24. Umumi tuvalette idrar yapmak	

Ek 3: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği

Sayfanın sağında gösterilen açıklamalara göre, kendinizi değerlendirip aşağıdaki soruları yanıtlayınız.

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

Teşekkürler.

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

cümlesini bitirmeden onun cümlesini bitirdiğinizi fark edersiniz?					
17. Sıraya girmek gerektiğinde, ne sıklıkla sıranızın gelmesini beklemekte güçlük çekersiniz?					
18. Başka bir işle meşgul olduklarında diğer insanları araya girip engeller misiniz?					
B Bölümü					

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı: Sami Başar ÖNDER

Doğum Yeri: Kocaeli

Doğum Tarihi: 14.02.1992

Eğitim Durumu

2016-Devam Ediyor: Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı

2011-2016: Yeditepe Üniversitesi Fen Edebiyat Enstitüsü, Psikoloji Bölümü

2006-2010: Kocaeli Atafen Koleji

Yabancı Dil

İngilizce (iyi)

İş Deneyimi

2018 Nisan: Üsküdar Üniversitesi NP Ümraniye Beyin Hastanesi (Staj)

Alınan Eğitimler/Testler

2017 Mart: Aile ve Çift Terapisinde Cinsel Terapi Eğitimi, CITEB