

T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE, DİKKAT EKSİKLİĞİ
HİPERAKTİVİTE DÜZEYLERİ İLE SOSYAL UYUMLARI VE
ATILGANLIK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ.**

Osman İLHAN

134102036

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Barış METİN

İSTANBUL – 2015



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE, DİKKAT EKSİKLİĞİ
HİPERAKTİVİTE DÜZEYLERİ İLE SOSYAL UYUMLARI VE
ATILGANLIK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ.**

OSMAN İLHAN

YRD. DOÇ. DR. BARIŞ METİN

İSTANBUL – 2015



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK
(İNSAN ÜZERİNDE YAPILAN)ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2015 / 103

13 Nisan 15

Sayın Yrd. Doç. Dr. Barış Metin
(Osman İlhan)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 10 Nisan 2015 tarihinde, 04 No.lu toplantısında değerlendirmeye almış olduğu "Üniversite Öğrencilerinde Dikkat Eksikliği-Hiperaktivite, Sosyal Uyum ve Atılganlık Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi" adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Yrd. Doç. Dr. Cumhuriyet TAŞ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 134102036
Öğrenci Adı Soyadı	: Osman İLHAN
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Yrd. Doç. Dr. Barış METİN
Tezin Başlığı	: Üniversite öğrencilerinde dikkat eksikliği hiperaktifliği- te düzeyleri ile sosyal uyumları ve aktiflik düzeyleri arasındaki ilişki- nin incelenmesi.
Toplantı Tarihi	: 06.07.2015
Saati	: 10.00
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="radio"/> 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.	
<input checked="" type="radio"/> Yapılan savunma sınavında adayın tez çalışması başarılı bulunarak KABUL edilmesine,	
<input type="radio"/> Yapılan savunma sınavı sonunda tez çalışmasının DÜZELTİLMESİNE , düzeltme için adaya ay EK SÜRE verilmesine (en fazla 3 ay)	
<input type="radio"/> Yapılan savunma sınavının sonunda tezin REDDEDİLMESİNE	
<input checked="" type="radio"/> OY BİRLİĞİ <input type="radio"/> OY ÇOKLUGU	
ile karar verilmiştir.	
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="radio"/> Değişmedi. <input type="radio"/> Değişti.
Tezin Yeni Başlığı	: Değişmedi
Öğrenci Savunmaya	: <input type="radio"/> 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,	
<input type="radio"/> OY BİRLİĞİ ile REDDEDİLMİŞTİR.	

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Başkan	Yrd.Doç.Dr. F. Duygu Yertutanel	
Danışman Üye	Yrd. Doç. Dr. Barış METİN	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Cumhur TAŞ	
Üye	Yrd. Doç. Dr. F. Duygu Kaya Yertutanel	
Üye		

(Tüm durumlarda jüri üyelerinin tez değerlendirme raporları gerekir.)

Tarih : / / 20

Sayı No :

Yukarıda kimlik bilgileri belirtilen ve Anabilim Dalımız Yüksek Lisans Programı öğrencisinin Tez Savunma Sınav Tutanağı ve eklerinin Enstitü Yönetim Kurulunda görüşülmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

.....
Anabilim Dalı Başkanı

Not : Bu forma orijinal raporlar (bir nüsha) eklenecektir.

ÖZET

(İLHAN, Osman, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2015)

Üniversite Öğrencilerinde Dikkat Eksikliği - Hiperaktivite Düzeyleri ile Sosyal Uyumları ve Atılganlık Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Bu çalışmadaa üniversite öğrencilerinde dikkat eksikliği hiperaktivite düzeyleri ile sosyal uyumları ve atılganlık düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırma, 2014-2015 eğitim – öğretim yılında Üsküdar üniversitesinin farklı bölümlerine devam eden ve rastlantısal olarak seçilen 25 kız 25 erkek toplamda 50 öğrenci ile gerçekleştirilmiştir. Veriler SPSS 15.00 Windows Paket Programı kullanılarak analiz edilmiştir. Analizlerde, Kolmogorov-Smirnov Normallik Testi sonucunda normal dağılım gösteren verilere Bağımsız Örneklem T Testi, Bağımsız Örneklem Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ve normal dağılım göstermeyen verilere Mann-Whitney U Testi, Kruskal-Wallis T Testi, ilişki düzeyleri için ise Pearson Korelasyon Testi kullanılmıştır.

Bu araştırmada . 50 kişinin, ASRS ölçeği A bölüm puan ortalaması 2,26 ve genel olarak dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu açısından sorun olmadığı gözlenmiştir. Araştırmada, 50 kişinin, Rathus atılganlık puan ortalaması 115,24 ve atılganlık düzeylerinin orta olduğu gözlenmiştir, 50 kişinin, aile çevresine uyum puan ortalamasının 9,92, sağlıkla ilgili uyum puan ortalamasının 7,92, sosyal uyum puan ortalamasının 11,58, heyecansal uyum puan ortalamasının 11,12 ve genel uyum puan ortalamasının 40,54 olduğu gözlenerek anlamlı bir sonuç bulunamamıştır.

DEHB ve alt ölçekleri ile sosyal uyum ve alt ölçekleri, atılganlık düzeyleri, demografik özellikler arasında bazı değişkenler arasında anlamlı ilişki gözlemlenmiştir. Bu ilişki, dikkat eksikliği ile sağlıkla ilgi uyum ve atılganlık düzeyleri arasında görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Yetişkinlerde Dikkat eksikliği – Hiperaktivite, Atılganlık, SosyalUyum

ABSTRACT

(İLHAN, Osman, Graduate thesis, Istanbul, 2015)

Attention Deficit at University Students- Analysis of Relation Between Levels of Hyperactivity with Social Adaptation and Levels of Assertiveness.

The objective of the study is to analyze the relation between levels of hyperactivity with social adaptation and levels of assertiveness. Research is conducted on a total of 50 students; 25 boys and 25 girls of different departments of University of Uskudar attending 2014-2015 education year. Data is analyzed by Windows SPSS 15.00 Software. Independent sample T Test for data that exposed a normal distribution as a result of Kolmogorov- Smirnov test of normality, One- Way Variance for Independent Samples, Mann-Whitney U test and Kruskal T Test and Pearson correlation test for levels of relation is used for the analysis.

With the research 50 people with a mean of A on ASRS, 2.26 average grade exposed no problem of attention deficit hyperactivity disorder. With the research 50 people observed having a mean of 115.24 points on Rathus Scale and medium assertiveness level, 50 people having a mean of 9.92 points for adaptation to a family environment, a mean of 7.92 points for adaptation to health, a mean of 11.58 social adaptation point, the mean of excitement adaptation point is 11.12 and the mean of general adaptation point observed 40.54 which has given no meaningful result.

Meaningful relation is observed with ADHD and sub scales with social adaptation and sub scales, assertiveness levels, demographic specification and some variables. This relation seem for attention deficit with adaptation to health and assertiveness.

Key words: Attention Deficit on Adults- Hyperactivity, Assertiveness, Social Adaptation.

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Üniversite Öğrencilerinde, Dikkat Eksikliği - Hiperaktivite Düzeyleri ile Sosyal Uyumları ve Atılganlık Düzeyleri 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

TEŐŐEKÜR

En başta her zaman yanımnda olan SEVGİLİ AİLEME, bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen Uzman Psikolog Őenay ÇETİN'e, yüksek lisans tezi olarak sunduğum bu çalışmada yardımcı olan arkadaşlarıma ve değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Barış METİN'e sonsuz teŐŐekürlerimi sunarım.



İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
ÖZET	i
ABSTRACT	ii
YEMİN METNİ	iii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar LİSTESİ	viii
KISALTMALAR	xi
GİRİŞ	1
Araştırmanın Önemi	8
Araştırmanın Amacı ve Araştırma Soruları	8
Tanımlar	9
Varsayımlar	9
Sınırlılıklar	10
1. LİTERATÜR	11
1.1 DİKKAT EKSİKLİĞİ-HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU	11
1.1.1 DEHB' nun Tanımı	11
1.1.2 DEHB'nun Tarihçesi	14
1.1.3 DEHB'nun Tanı Kriterleri	19
1.1.4 DEHB'nun Tedavi Yaklaşımları	26

1.2 ATILGANLIK	30
1.2.1 Atılganlığın Tanımı	30
1.2.2 İnsan Temel Davranış Biçimleri	35
1.2.2.1 Pasif Davranış	35
1.2.2.2 Saldırgan Davranış	36
1.2.2.3 Dolaylı Davranış	36
1.2.2.4 Atılgan Davranış	37
1.3 SOSYAL UYUM	38
1.3.1 Sosyal Uyum Kavramı ve Tanımı	38
1.3.2 Sosyal Uyum ve Becerileri Etkileyen Faktörler	41
1.3.2.1 Anne-baba Etkileşimi	41
1.3.2.2 Kardeş İlişkisi	43
1.3.2.3 Akranlık ve Arkadaşlık İlişkileri	44
1.3.2.4 Kitle İletişim Araçları	45
1.3.2.5 Sosyo – Ekonomik Düzey	45
1.3.3 Sosyal Uyumsuzluk Kavramı	46
1.3.4 Sosyal Uyumsuzluk ve Antisosyal Eğilimler	46
2. YÖNTEM	48
2.1 Araştırmanın Amacı ve Araştırma Soruları	48
2.2 Araştırmanın Örnekleme	50
2.3 Verilerin Toplanması	50
2.3.1 Veri Toplama Araçları	51
2.3.1.1 Yetişkinlerde Dikkat Eksikliği- Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği	51
2.3.1.2 Rathus Atılganlık Envanteri	52

2.3.1.3 Sosyal Uyum Envanteri	52
2.3.1.4 Demografik Veri Formu	53
2.4 Verilerin Değerlendirilmesi	53
3.BULGULAR	54
4.TARTIŞMA	100
5.SONUÇ VE ÖNERİLER	114
5.1 Sonuç	114
5.2 Öneriler	117
KAYNAKÇA	119
EKLER	124
ÖZGEÇMİŞ	137

TABLolar LİSTESİ

	Sayfa No.
Tablo 1: DEHB DSM-IV tanı ölçütleri (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994.)	20
Tablo 2: Wender tarafından geliştirilen Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Ölçütleri	23
Tablo 3: Yetişkinlerde Dikkat Eksikliği Bozukluğu Teşhis Kriterleri	25
Tablo 4: Yaş, Anne/Babanın Hayatta Olup Olmama, Anne/Babanın Birlikte Yaşama Durumu ve Kardeş Sayıları İle İlgili Dağılımlar	54
Tablo 5: Boş Zamanda Etkinlik Yapma, Herhangi Bir Psikiyatrik Rahatsızlık Olma, Herhangi Bir Kötü Alışkanlık Olma, Uyku ve Beslenme Düzenine Dikkat Etme, Çocuklukta DEHB Tanısı Alma Durumu İle İlgili Dağılımlar	55
Tablo 6: Rathus Atılganlık Puanı, ASRS Ölçeği A Bölüm ve Alt Boyut Puanı, Sosyal Uyum Ölçeği ve Alt Boyut Puanları İle İlgili İstatistikler	57
Tablo 7: Rathus Atılganlık Puanı, ASRS Ölçeği A Bölüm ve Alt Boyut Puanı, Sosyal Uyum Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarına Yönelik Normallik Testi	58
Tablo 8: ASRS Ölçeği ve Alt Boyut Puanları İle Rathus Atılganlık Puanı, Sosyal Uyum Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkilere Yönelik Pearson Korelasyon Analizi	59
Tablo 9: Rathus Atılganlık Puanı İle Sosyal Uyum Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkilere Yönelik Pearson Korelasyon Analizi	62
Tablo 10: Cinsiyete Göre ASRS Ölçeği ve Alt Boyut Puanları İle Rathus Atılganlık Puanı, Sosyal Uyum Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar	63
Tablo 11: Yaşlara Göre ASRS Ölçeği ve Alt Boyut Puanları İle Rathus Atılganlık Puanı, Sosyal Uyum Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar	66

Tablo 12: Aile Çevresine Uyum ve ASRS Ölçeği A Bölüm Puanlarının Hangi Yaşlar Arasında Farklılıklar Gösterdiğine Dair Test Sonuçları	69
Tablo 13: Anne/Babanın Hayatta Olup Olmama Durumlarına Göre ASRS Ölçeği ve Alt Boyut Puanları İle Rathus Atılganlık Puanı, Sosyal Uyum Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar	71
Tablo 14: Anne ve Baba Hayatta İse Birlikte Yaşama Durumlarına Göre ASRS Ölçeği ve Alt Boyut Puanları İle Rathus Atılganlık Puanı, Sosyal Uyum Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar	74
Tablo 15: Sosyal Uyum Puanlarının Anne ve Babanın Birlikte Yaşama Bakından Hangi Durumlar Arasında Farklılıklar Gösterdiğine Dair Test Sonuçları	78
Tablo 16: Kardeş Sayılarına Göre ASRS Ölçeği ve Alt Boyut Puanları İle Rathus Atılganlık Puanı, Sosyal Uyum Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar	79
Tablo 17: Boş Zamanda Etkinlik Yapma Durumlarına Göre ASRS Ölçeği ve Alt Boyut Puanları İle Rathus Atılganlık Puanı, Sosyal Uyum Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar	83
Tablo 18: Herhangi Bir Psikiyatrik Rahatsızlık Olup Olmama Durumlarına Göre ASRS Ölçeği ve Alt Boyut Puanları İle Rathus Atılganlık Puanı, Sosyal Uyum Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar	86
Tablo 19: Herhangi Bir Kötü Alışkanlık Olup Olmama Durumlarına Göre ASRS Ölçeği ve Alt Boyut Puanları İle Rathus Atılganlık Puanı, Sosyal Uyum Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar	89
Tablo 20: Uyku ve Beslenme Düzenine Dikkat Etme Durumlarına Göre ASRS Ölçeği ve Alt Boyut Puanları İle Rathus Atılganlık Puanı, Sosyal Uyum Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar	93

Tablo 21: Çocuklukta DEHB Tanısı Alıp Almama Durumlarına Göre ASRS Ölçeği ve Alt Boyut Puanları İle Rathus Atılganlık Puanı, Sosyal Uyum Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

96



KISALTMALAR

ADHD: Attention- Deficit Hyperactivity Disorder (Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu)

Akt. : Aktaran

Ark. : Arkadaşları

ASRS: Adult Attention- Deficit Hyperactivity Disorder Self-Report Scale (Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği).

Bkz.: Bakınız

DEB: Dikkat Eksikliği Bozukluğu.

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu.

DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Third Edition- (Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El kitabı,Üçüncü Baskı).

DSM-III-R: Psychiatry Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders– 3. Edition Revised (Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El kitabı, Gözden Geçirilmiş Üçüncü Baskı).

DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition- Text Revision (Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El kitabı, Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı).

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition (Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El kitabı, Dördüncü Baskı).

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ICD-10: 10. Revision of The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (hastalıkların ve sağlık sorunlarının uluslararası sınıflama ölçünü, 10. Basım)

MBD: Minimal Brain Dysfunction (Minimal Beyin Hasarı)

Vd.: Ve Diğerleri



GİRİŞ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu genelde çocukluk dönemi bozukluğu olarak ele alınan bir sendromdur, ancak zaman içinde yapılan çalışmalar da göstermiştir ki, bu bozukluğun sadece çocukluk dönemi ile sınırlı kalmayıp, semptomların yetişkinlik döneminde de ortaya çıktığı yada çocukluktan başlayarak devam ettiği yönünde bilimsel görüşler ortaya çıkmıştır. Sadece çocukluk dönemi ile sınırlı bir bozukluk olarak ele alınması yetişkinlerin yaşayabileceği DEHB'nun atlanmasına ve daha çok eşlik eden psikiyatrik durumlar üzerine yoğunlaşılmasına neden olmuştur.

DEHB'nun iki yönü olan dikkat eksikliği ve hiperaktivite durumlarını ayrı ayrı düşünmek ve buna göre yorumlamak gerektiği söylenmektedir. Bu bozukluk çocukluk döneminde dikkat eksikliği ve hiperaktivite olarak alınması uygun bulunmuş, bu iki durumunda çocukluk döneminde baskın olarak ortaya çıktığı yapılan çalışmalarda görülmüştür, ancak yetişkinlerde yapılan çalışmalar daha çok bu bozukluğun dikkat eksikliği semptomlarının hiperaktivite semptomlarına göre daha baskın olduğu anlaşılmıştır.

Bu çalışmayı ele almamızın temel nedenlerinden birisi de, DEHB'nun yetişkinlerde hiperaktivite semptomlarının dışa dönük enerjisinin topluma uyum sağlamak için gerekli olan atılgan davranışa evrilip evrilmediğini görmek istemektir.

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu , Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) yaşamın erken dönemlerinde başlayan çocuğun yaşına, gelişim evresine uygun düşmeyen aşırı hareketlilik (hyperactivity),dürtü denetiminde yetersizlik (impulsivity), dikkatin yoğunlaştırılmaması (attention deficit) ve kolay uyarılabilirlik (excitability) gibi belirtilerle kendini gösterir (Soykan, 1991).

DEHB farklı yaş gruplarında ve farklı yaşam dönemlerinde ortaya çıkabilen bir sendromdur. DEHB göreceli olarak sık görülen bir bozukluk olmasına rağmen yapılan çalışmalarda farklı yöntem ve tanı koyma ölçütleri nedeniyle sıklık ve yaygınlık konusunda kesin bir görüş birliği yoktur. Erkeklerde sıklığı kızlardan fazla olup, erkek/kız oranı 3-5/1 arasında bildirilmektedir. Kızlarda DEHB'nun daha çok dikkatsizlik ve bilişsel zorluklarla seyretmesi, dürtüsellik ve saldırgan davranış sorunlarının daha az olması nedeniyle, gözden kaçtığı ya da önemsenmediği düşünülmektedir (Kayaalp, 2008). Bileşik tip sıklıkla erişkin yaşamda da sürebilmektedir (Tahiroğlu ve arkadaşları, 2005; Akt: Yılmaz, vd., 2012).

Yetişkinlerde DEHB'nun oluşumuyla ilgili olarak epidemiyolojik çalışmalar yetersizdir. Ancak yapılan araştırmalar sonucunda çocukluk çağında başlayan DEHB nun %30-60'ın erişkinlikte de devam ettiği ortaya konmuştur (Weiss ve ark. 1985). DEHB nun çocuklarda görülme oranı %4 olarak düşünülürken bu oranın yirmili yaşlarda %0.8 olduğu, ve 40 yaşlarında da %0.05 oranına ulaştığı görülmüştür (Hill ve Schoner, 1996). Bir başka çalışmada ise yetişkinlerde DEHB'nun toplam yetişkin oranının % 2 sini oluşturduğunu bulmuştur (Wender, 1988). Hiperaktif çocukların 2/3' ünde hastalığın en az bir semptomu erişkin dönemde de devam etmektedir (Weiss, 2000). ABD de yapılan geniş örneklemlili (10,000 denek) bir çalışmada ise genel erişkin toplumunun % 4.4 ünde DEHB olduğu saptanmıştır (Kessler, 2004; Akt: Yılmaz, vd. , 2012).

DEHB olarak adlandırdığımız sendrom yüzyıllardır olmasına rağmen bu sendromun bütün diğer "kötü davranışlarla" birlikte aynı kefeye konmuş olması hiç de şaşırtıcı değildir. Ancak içinde bulunduğumuz yüzyılda bu sendrom medikal bir durum olarak tanınmaya başlanmıştır. Sendromu ilk tanımlayanın kim olduğunun söylenmesi zor olmasına rağmen genel olarak bu şerefe, İngiliz pediyatrist George Frederic Still uygun görülmüştür. Still 1902 de Royal Collage Of Physicians' da verdiği bir dizi konferansda kontrol edilmesi güç kişilerle yaşadığı tıbbi deneyimleri aktarırken, "kuralsızlık", "kısıtlayıcı irade" den

yoksunluk gibi terimlerle genelde ele avuca sığmaz ve inatçı semptomlar gösteren bazı çocukları tanımlayarak bu alanda ilk adımları atmıştır. Still bu durumun kötü ebeveynlik ya da ahlaksızlığın bir sonucu değil biyolojik olarak kalıtsal olduğu yada doğumda bir zedelenmeye bağlı olduğu varsayımında bulunmuştur. (Hallowell ve Ratey, 2013).

DEHB'nun bir erişkin bozukluğu olarak geçerliliğine yönelik önemli sayıda literatür bulunsa da, tanı ölçütlerinin geçerliliğine fazla dikkat gösterilmemiştir. DSM-IV-TR tanı ölçütlerinin deneysel olarak geçerli olduğu gösterilmiştir. Ancak DSM-IV DEHB alan çalışmaları sadece çocuklar üzerinde yapılmıştır. Erişkinlerdeki DEHB ölçütleri için büyük ölçekli alan çalışmaları yapılmamıştır (Hechtman ve McGough, 2007).

Genel anlamda çocukluk dönemi rahatsızlığı olarak ele alınan DEHB rahatsızlığına bazı uzmanlar yetişkinlik dönemi açısından da ele almışlardır. Bu uzmanlardan olan Hallowell ve Ratey'e göre yetişkinlerde dikkat eksikliği bozukluğu için önerilen teşhis kriterleri şöyledir:

Tablo 3: Yetişkinlerde Dikkat Eksikliği Bozukluğu Teşhis Kriterleri

- A. Aşağıdakilerden en az 15 tanesinde kronik bir bozukluk var olması:
1. Yetersiz başarı, hedeflere ulaşamama (kişinin aslında ne kadarını başarı elde etmiş olduğuna aldırmaksızın) hissi.
 2. Organize olmakta zorluk.
 3. İşe başlamada kronik gecikme yada zorluk.
 4. Aynı anda devam eden pekçok proje; sonunu getirmekte zorluk yaşamak.
 5. Zamanlamayı ya da düşüncenin uygunsuzluğunu göz önünde bulundurmaksızın, aklına geleni söyleme eğilimi.
 6. Devamlı olarak aşırı uyarılma arayışı.
 7. Can sıkıntısına tahammül edememe

8. Kolayca dikkat dağılması, dikkati odaklamada zorluk, bir sayfanın yada konuşmanın ortasında kopma ya da dış dünyayla bağlantıyı kesme eğilimi; bunlara kimi zaman hiper-odaklanma yeteneğinin de eşlik etmesi.

DEB'nin ayırıcı özelliğidir. 'Kopma' oldukça istemsizdir.

9. Sıkça yaratıcı, sezgisel, son derece zeki olma.

10. Kurulu kanalları gözden geçirmede, "uygun" prosedürü takipte zorluk.

11. Sabırsız; düş kırıklığı karşısında düşük tolerans.

12. Para harcamada, plan değiştirmede, yeni tasarı yada kariyer planları yürürlüğe koymakta vb.dürtüsellik, sözel yada hareket olarak da dürtüsel olma.

13. Gereksiz yere endişelenme eğilimi.

14. Güvensizlik hissi

15. Ruh halinin çalkantılı olması, hızlı değişen ruh hali.

16. Huzursuzluk; bir çocukta görülebilecek tamamen gelişmiş hiper-aktivite bir yetişkinde genellikle görülmeyebilir. Bunun yerine, "asabi enerjiye" benzeyen birşey görülebilir.

17. Bağımlı davranışa eğilim

18. Öz saygıya dair kronik problemler

19. Hatalı öz-gözlem

20. DEB, manik-depresif rahatsızlık, depresyon, madde bağımlılığı ya da dürtü veya ruh hali denetimine dair diğer bozuklukların aile geçmişi.

B. DEB'nin çocukluk geçmişi.(resmi olarak teşhis edilmemiş olabilir, ancak geçmişe bakıldığında belirti ve semptomlar orada olmalıdır.)

C. Diğer medical yada psikiyatrik koşullar tarafından açıklanamayan durum.

Erişkin dönemde DEHB kişinin davranışları, duyguları, ilişkilerini ve kendisini nasıl değerlendirdiğini güçlü biçimde etkiler. Erişkin dönemde özsaygı ve utancın birincil belirleyicisi kişinin kendini çocukluk ve ergenlik döneminde nasıl değerlendirdiğidir. Erişkin DEHB vakaları çocukluk çağından beri başlamış olan ve

etkili başa çıkma becerilerini engelleyen temel nöropsikiyatrik bozukluklara sahiptirler. Dikkatin çelinebilirliği, organize olamama, verilen görevleri sürdürme güçlüğü ve dürtüsellik gibi özgül belirtiler DEHB olan bireylerin etkili başa çıkma becerileri geliştirmelerini öğrenme ya da kullanmalarını önleyebilir. Etkili başa çıkma becerilerinin yokluğu nedeniyle bu bozukluğa sahip kişilerin çoğu yineleyen başarısızlıklar yaşamıştır ya da yenilgi olarak adlandırabilecekleri deneyimleri olmuştur. Bu başarısızlık öyküleri kişinin kendi hakkında olumsuz düşünceler geliştirmesine yol açabilir. Bunun yanı sıra üstlendikleri görevler konusunda da işlevsel olmayan düşünceler geliştirebilirler. Sonuç olarak ortaya çıkan bu olumsuz düşünce ve inançlar var olan kaçınma davranışları ya da çelinebilirliği arttırabilir. Bu düşünce ve inançların sonucu olarak kişiler görev ya da sorunla karşı karşıya kaldığında dikkatleri daha çok kayabilir ve ilişkili davranışsal belirtiler daha da kötüleşebilir. Tedavide bu bozukluğa sahip olanlar sıklıkla bildirdikleri gibi organizasyon ve planlama güçlükleri, dikkat dağınıklığı, kaytarma-kaçınma davranışları, iletişim güçlükleri ve anksiyete-depresyon-öfke belirtilerine odaklı, yapılandırılmış bilişsel davranışçı psikoterapilerden önemli yararlar sağlayabilir (Anonim, 2015).

Araştırmamızın ana başlıklarından birisi olan atılganlık kavramına bakacak olursak; İngilizce “assertiveness” kavramının karşılığı olarak kullanılan “atılganlık” kavramı literatürde; kişilerarası ilişkilerin ve etkileşimin sağlıklı olabilmesine olanak tanıyan, başkalarının haklarına saygılı olmayı ve bireyin duygu, inanç, ve düşüncelerini doğrudan, içtenlikle ve açıkça anlatımını içeren bir davranış biçimi olarak tanımlanmaktadır (Tan, 2006).

Atılgan davranış biçimi insan ilişkilerinde eşitliği gözetir ve gereksiz endişelerden arınmış bir şekilde, kendi çıkarlarımız doğrultusunda hareket edebilmemizi, kendimizi savunabilmemizi, duygularımızı dürüstçe ve rahatlıkla ifade edebilmemizi ve başkalarının haklarını çiğnemenen kendi haklarımızı kullanabilmemizi mümkün kılar (Alberti, Emmons, 1998).

Bununla beraber, insan olarak gelişimizi sürdürebilmemiz açısından dünya koşullarının her alanında uyum göstermemiz gerekmektedir, bu noktada bireylerin uyum düzeylerini göz önünde bulundurmamak son derece önemlidir. Yaşam büyük ölçüde içinde bulunduğumuz koşullara gösterilen bir uyum sürecidir. Uyum iki yönlü bir süreç olup, bir yandan yaşam boyunca devamlı bir değişme ve gelişme içerisinde olan bireyin kendisinde meydana gelen biyolojik, zihinsel, sosyal ve duygusal değişiklikleri kabul ederek, onlara uygun davranış ve tutumlar göstermesini, diğer yandan çevresindeki diğer insanlarla olumlu ilişkiler kurmasını kapsamaktadır. Farklı psikolojik yaklaşım ve disiplinlerce değişik şekillerle ifadelendirilen ve bu haliyle görece bir nitelik taşıyan uyum kavramı genel olarak “ bireyin hem kendisi, hem de çevresiyle iyi ilişkiler kurabilmesi ve bu ilişkileri sürdürebilme derecesi “ şeklinde tanımlanabilir (Özgüven, 1992).

İnsanlar davranışlarını şekillendirirken, içinde buldukları toplumun özelliklerinden etkilenirler. Toplumun kültürünü, gelenek ve göreneklerini ve değer yargılarını benimseyerek içinde bulunduğu toplumun kültürüne göre davranışlarını düzenleme gereği duyarlar. Bununla beraber, sosyal etkileşim ve iletişim de artar (Karaoğlu, 2007).

Sosyal uyumu etkileyen pek çok faktör vardır. Bireyin yaşamında en önemli sosyalleşme aracı olan aile, sosyal uyumu etkileyen en önemli faktördür. Aile yaşamı içerisinde bireyler, iletişimle, etkileşimle, kendileri ve diğerleriyle ilgili temel tutumları geliştirirler (Koç 2001). Uyumlu ve özgür bir aile ortamı içinde, tutarlı ve sağlıklı ilişkiler içinde yetişen birey, özerk bir birey olarak yetişkin yaşamına ulaşabilir. Anne ve babanın, çocuklarına yönelttikleri tutumların sağlıklı olması, büyük ölçüde onların kendi içlerinde barışık, dengeli, huzurlu ve birbirlerine karşı sevgi ve saygılı olmalarına bağlıdır (Öğüt 2000). Aile içerisinde bireylerin birbirlerine karşı olumsuz tutum ve davranışları sonucu sosyal uyuma yönelik çeşitli problemler yaşanmasına neden olabilmektedir (Akıncı, 2007).

Araştırmanın Önemi

Çalışmada elde edilen veriler yetişkin bireylerin atılganlık ve sosyal uyum becerilerini olumsuz yönde etkileyen dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu düzeyleri ile ilişkisini daha ileri boyutlarda araştırılmasına basamak oluşturmaktadır. Araştırmadan elde edilen bulguların yetişkin bireylerin daha atılgan bir şekilde, sağlıklı bir sosyal uyum geliştirebilmeleri açısından bu alanda yapılacak çalışmalara katkıda bulunacağı düşünülmektedir. Bu anlamda çalışma, bireylerin ruhsal, sosyal sağlıklarının korunmasına ve iyileştirilmesine yönelik oluşturulacak literatüre katkı sağlaması açısından önem taşımaktadır.

Araştırmanın Amacı ve Araştırma Soruları

Bu araştırmanın amacı üniversite öğrencilerinde dikkat eksikliği hiperaktivite düzeyleri ile sosyal uyumları ve atılganlık düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Bu doğrultuda aşağıdaki araştırma sorularına yanıt aranacaktır.

1. Bireylerin cinsiyetleri ile a) Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) b) Rathus Atılganlık Envanteri c) Sosyal Uyum Envanteri alt ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
2. Bireylerin yaşı ile a) Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) b) Rathus Atılganlık Envanteri c) Sosyal Uyum Envanteri alt ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
3. Bireylerin anne ve babalarının hayatta olma durumu ile a) Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) b) Rathus Atılganlık Envanteri c) Sosyal Uyum Envanteri alt ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
4. Bireylerin anne ve babalarının birlikte yaşama durumu ile a) Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) b) Rathus

Atılganlık Envanteri c) Sosyal Uyum Envanteri alt ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

5. Bireylerin kardeş sayıları ile a) Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) b) Rathus Atılganlık Envanteri c) Sosyal Uyum Envanteri alt ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

6. Bireylerin boş zaman etkinliklerinde bulunma durumu ile a) Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) b) Rathus Atılganlık Envanteri c) Sosyal Uyum Envanteri alt ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

7. Bireylerin herhangi bir psikiyatrik rahatsızlıklarının olması durumu ile a) Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) b) Rathus Atılganlık Envanteri c) Sosyal Uyum Envanteri alt ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

8. Bireylerin herhangi bir kötü alışkanlıklarının olması durumu ile a) Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) b) Rathus Atılganlık Envanteri c) Sosyal Uyum Envanteri alt ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

9. Bireylerin uyku ve beslenme düzenlerine dikkat etmesi durumu ile a) Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) b) Rathus Atılganlık Envanteri c) Sosyal Uyum Envanteri alt ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

10. Bireylerin çocukluklarında DEHB tanısı alma durumu ile a) Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) b) Rathus Atılganlık Envanteri c) Sosyal Uyum Envanteri alt ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

11. Bireylerin Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) puanları ile Rathus Atılganlık Ölçeği puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

12. Bireylerin Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) puanları ile Sosyal Uyum Envanteri alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

13. Bireylerin Sosyal Uyum Envanteri alt ölçeklerinin puanları ile Rathus Atılganlık Ölçeği puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Tanımlar

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) çocukluk döneminde başlayan, yaşam boyu süren, etkilenen erişkinlerin akademik, sosyal ve iş yaşamlarındaki işlevsellikleri gibi birçok alanda günlük işlevselliği ciddi şekilde bozan nöropsikiyatrik bir bozukluktur (Tuğlu ve Şahin, 2010).

Atılgan Davranış: Atılgan Davranış kendi haklarını iyi bilen ve savunabilen kişi olarak tanımlanmaktadır. (Alberti ve Emmons, 1998).

Uyum: Uyum kavramı, bireyin çevresiyle ve kendisi ile sağlıklı iletişim kurabilmesi, kurduğu ilişkilerini sürdürebilmesi ilişki kurarken karşılaştığı sorunlarla başa çıkabilmesi şeklinde de açıklanabilir. Uyumlu birey araştırmacı, bilgi toplayan, olumlu-olumsuz duygularını ifade edebilen, sorunları kabul edebilen, diğerlerinden yardım isteyebilen, kendine güvenen, sorunları çözme eyleminde bulunan, stresle baş etme stratejilerini kullanan bireydir (Tutkun, 2006).

Varsayımlar

Araştırmada, örneklem grubunun sorulara gerçekçi cevaplar verdiği ve evreni temsil ettiği varsayılmıştır.

Veri toplama araçlarının araştırma sorularını test edebilecek bir biçimde hazırlandığı varsayılmıştır.

Sınırlılıklar

Örneklem grubu Üsküdar Üniversitesi öğrencileri ile sınırlıdır.

Öğrencilerin dehb düzeylerine ilişkin veriler, Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)'nden alınan puanlar ile sınırlıdır.

Öğrencilerin atılganlık düzeylerine ilişkin veriler, Rathus Atılganlık Ölçeği'nden alınan puanlarla sınırlıdır.

Öğrencilerin sosyal uyum düzeylerine ilişkin veriler, Sosyal Uyum Envanteri Formu'ndan alınan puanlarla sınırlıdır.

1. LİTERATÜR

Bu bölümde, dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu, tanımı, tanı ölçütlerini, dehb'nin nedenlerini ve tarihçesini, atılganlık ile ilgili genel bilgiler, temel davranış biçimleri, sosyal uyum, sosyal uyum kavramı ve tanımı, sosyal uyum ve becerileri etkileyen faktörler gibi konular hakkında bilgi verilmiştir.

1.1 DİKKAT EKSİKLİĞİ-HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

1.1.1 DEHB Tanımı

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu , Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) yaşamın erken dönemlerinde başlayan çocuğun yaşına, gelişim evresine uygun düşmeyen aşırı hareketlilik (hyperactivity), dürtü denetiminde yetersizlik (impulsivity), dikkatin yoğunlaştırılmaması (attention deficit) ve kolay uyarılabilme (excitability) gibi belirtilerle kendini gösterir (Soykan, 1991).

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) çocukluk döneminde başlayan, yaşam boyu süren, etkilenen erişkinlerin akademik, sosyal ve iş yaşamlarındaki işlevsellikleri gibi birçok alanda günlük işlevselliği ciddi şekilde bozan nöropsikiyatrik bir bozukluktur (Tuğlu ve Şahin, 2010).

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) kalıcı ve sürekli olan dikkat süresinin kısalığı gibi dikkat sorunları, aşırı hareketlilik, dürtüsellik ile karakterize, toplumda %3-5 oranı ile çocukluk ve ergenlik çağının en sık görülen psikiyatrik bozukluklarından. Son zamanlardaki klinik gözlemler ve çalışmalar hastaların yarısından fazlasında erişkinlik yaşamında da sürdüğü yönündedir. ABD'de erişkin DEHB prevalansı %1-6 olarak bildirilmiştir (Wender ve ark. 2001; Akt: Şengül vd. , 2004).

Toplum taramalarında ergenlik öncesi çocuklarda DEHB %3 ile %5 arası değişen oranlarda görülmektedir. Çocuklukta, erkeklerde kızlardan 3-5 kat daha fazla olup bu oran erişkinlik döneminde 1-2 kata düşmektedir. Kızlarda bilişsel geriliğin, erkeklerde hiperaktivitenin ön planda olduğu saptanmıştır (Şengül vd., 2004).

Ercana göre, DEHB genetik olarak kalıtılan genetik özellikler ile çevresel, biyolojik faktörlerin (kurşun-tiner-alkol gibi zehirli maddelere maruz kalma) etkileşimi sonucunda beyinde nörobiyolojik bozukluklara yol açan bir hastalıktır. DEHB oluşumunda genetiğin rolü %80-90 dolaylarındadır. Sanıldığı gibi aksine anne-babanın çocuğuna hatalı davranması gibi nedenlerle DEHB oluşmaz; anne-babanın hatalı tutumları DEHB belirtilerinde artışa veya DEHB ye başka psikiyatrik sorunların eklenmesine yol açabilir.

Ercan, DEHB'nin nasıl oluştuğuna dair görüşlerini gebelik öncesi, anne karnında ve doğumdan sonraki aşamaları olmak üzere 3 bölümde özetlemiştir. Yani DEHB kişiye anne- babasından miras olarak gelmekte, anne karnında, doğumda veya yaşamın ilk bir kaç yılında zehirli maddelerle karşılaşma veya travma geçirme gibi olumsuzluklarla bu miras belirli bir düzeyde biçimlenmekte ve sonuçta kişi DEHB olmaktadır (Ercan, 2015).

Dikkat eksikliği hiperaktivite sendromu (DEHB) tarihsel süreç içerisinde minimal beyin disfonksiyonu, hiperkinezi, hiperkinetik sendromu, hiperaktiviteli dikkat eksikliği sendromu gibi isimlerle anılmakla birlikte (McArdle, 2004), 1900'lı yılların başından beri tanınan bir sendromdur. Günümüzde DEHB alt tipleri tanımlanarak tanısal yaklaşım sınırları genişletilmiş, dikkat dağınıklığı, aşırı hareketlilik, dürtüsel davranışları içeren bireyin sosyal yaşamında, ilişkilerinde, eğitim ve iş yaşamında sorunlar oluşturan bir sendromdur. Son yıllarda DEHB anlayışında bir başka büyük gelişme olmuştur. Nöropsikologlar tarafından "yönetim işlevleri bozukluğu" olarak adlandırılan bozuklukla örtüştüğü giderek artan bir şekilde kabul edilmektedir (Brown, 2009:9; Akt: Yılmaz, vd. , 2012).

Özellikle 1990'lı yıllardan itibaren gerçekleştirilen binlerce beyin görüntüleme çalışmasıyla, genetik, çevresel etken, klinik ve tedaviyi içeren araştırmaların verileri toplandıkça DEHB nin çok karmaşık bir hastalık olduğu, tek bir beyin bölgesi yada tek bir etkenin sonucu oluşmadığı görüldü (Ercan, 2015).

DEHB konusunun en önemli duayenleri olan Russel Barkley, Joseph Biederman ve Thomas Brown gibi ünlü araştırmacıların başını çektiği gruplar bu bulgulardan yola çıkarak temelde aynı, ayrıntılarda birbirinden farklı DEHB teorileri ortaya koydular (Ercan, 2015).

Genetik yapının oluşması sürecinden başlayarak beynin en üst düzey işlevlerinin yürütüldüğü, prefrontostriatal bölge denilen bölgesinde bazı farklılıklar oluşmaktadır. Ercan'a göre DEHB beynin yönetimsel işlevlerinin eksikliği sonucu ortaya çıkmaktadır (Ercan, 2015).

İlk tanımlandığı yıllarda, sadece çocukluk döneminde görüldüğü düşünülen Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun erişkin döneminde de devam ettiği tespit edilmiştir. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu her toplumda rastlanan, hastaların yarısından fazlasında erişkinlik yaşamında da etkisini sürdüren, yaşama, kişiler arası ilişkilere, okul ve çalışma hayatına yansıyan çeşitli olumsuz yönleri açısından toplumun ve sağlık hizmetlerinin temel problemlerinin başında gelir.

DEHB farklı yaş gruplarında ve farklı yaşam dönemlerinde ortaya çıkabilen bir sendromdur. DEHB göreceli olarak sık görülen bir bozukluk olmasına rağmen yapılan çalışmalardaki farklı yöntem ve tanı koyma ölçütleri nedeniyle sıklık ve yaygınlık konusunda kesin bir görüş birliği yoktur. Erkeklerde sıklığı kızlardan fazla olup, erkek/kız oranı 3-5/1 arasında bildirilmektedir. Kızlarda DEHB'nun daha çok dikkatsizlik ve bilişsel zorluklarla seyretmesi, dürtüsellik ve saldırgan davranış sorunlarının daha az olması nedeniyle, gözden kaçtığı ya da önemsenmediği düşünülmektedir (Kayaalp, 2008). Bileşik tip sıklıkla erişkin yaşamda da sürebilmektedir (Tahiroğlu ve arkadaşları, 2005; Akt: Yılmaz, vd., 2012).

Yetişkinlerde DEHB'nun oluşumuyla ilgili olarak epidemiyolojik çalışmalar yetersizdir. Ancak yapılan araştırmalar sonucunda çocukluk çağında başlayan DEHB nun %30-60'ın erişkinlikte de devam ettiği ortaya konmuştur (Weiss ve ark. 1985). DEHB nun çocuklarda görülme oranı %4 olarak düşünülürken bu oranın yirmili yaşlarda %0.8 olduğu, ve 40 yaşlarında da %0.05 oranına ulaştığı görülmüştür (Hill ve Schoner, 1996). Bir başka çalışmada ise yetişkinlerde DEHB'nun toplam yetişkin oranının % 2 sini oluşturduğunu bulmuştur (Wender, 1988). Hiperaktif çocukların 2/3' ünde hastalığın en az bir semptomu erişkin dönemde de devam etmektedir (Weiss, 2000). ABD de yapılan geniş örneklemlili (10,000 denek) bir çalışmada ise genel erişkin toplumunun % 4.4 ünde DEHB olduğu saptanmıştır (Kessler, 2004; Akt: Yılmaz, vd. , 2012).

DEHB yaşama, kişiler arası ilişkilere, okul ve iş dünyasına yansıyan çeşitli olumsuz etkileri açısından toplumun ve sağlık hizmetlerinin önemli sorunlarından birisidir. DEHB çocukluk ya da erişkin döneminde olsun sadece hastaları değil çevrelerini, ailelerini, ebeveynlerini de etkiler. Riskli sağlık davranışları açısından tehdit altında olan ergen ve genç erişkinlerde DEHB varlığında sigara ve madde kötüye kullanımı, yasal sorunlar, kötü akran ilişkileri, kendine güven kaybı, okul ve iş başarısında düşüklük ve psikiyatrik komorbidite gözlenir. Bu kişilerde kazalar, intihar girişimi ve şiddet gibi aslında önlenabilir ve tedavi edilebilir sorunlar olan riskli davranışların belirlenip değerlendirilmesi de önemlidir (Tuğlu ve Şahin, 2010).

1.1.2 DEHB'nun Tarihçesi

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı geçmişe dayanmaktadır. DEHB'nin tipik bulguları 1846 yılında daha sonra Frankfurt'taki ilk akıl hastanesini kuran Heinrich Hoffmann tarafından basılmış olan bir çocuk kitabında tanımlanmıştır (Şahin, 2009).

DEHB olarak adlandırdığımız sendrom yüzyıllardır olmasına rağmen bu sendromun bütün diğer ‘‘kötü davranışlarla’’ birlikte aynı kefeye konmuş olması hiç de şaşırtıcı değildir. Ancak içinde bulunduğumuz yüzyılda bu sendrom medikal bir durum olarak tanınmaya başlanmıştır. Sendromu ilk tanımlayanın kim olduğunun söylenmesi zor olmasına rağmen genel olarak bu şerefe, İngiliz pediyatrist George Frederic Still uygun görülmüştür. Still 1902 de Royal Collage Of Physicians’ da verdiği bir dizi konferansda kontrol edilmesi güç kişilerle yaşadığı tıbbi deneyimleri aktarırken, ‘‘kuralsızlık’’, ‘‘kısıtlayıcı irade’’ den yoksunluk gibi terimlerle genelde ele avuca sığmaz ve inatçı semptomlar gösteren bazı çocukları tanımlayarak bu alanda ilk adımları atmıştır. Still bu durumun kötü ebeveynlik ya da ahlaksızlığın bir sonucu değil biyolojik olarak kalıtsal olduğu yada doğumda bir zedelenmeye bağlı olduğu varsayımında bulunmuştur. (Hallowell ve Ratey, 2013).

1941’de Gesell yayınladığı Gelişimsel Çocuk Hastalıkları kitabında minimal beyin hasarını daha çok kalıtsal olan motor güçsüzlük ve garip davranışlarla belirli bir durum olarak tanımlamıştır. Knobloch ve Pasamanick 1959 yılında yaptıkları çalışmada MBD olan çocukların belirtilerinin öğrenme bozuklukları, hiperaktivite gibi hafif bir sekelden mental retardasyon, serebral palsi gibi ciddi anormalliklere varan geniş bir yelpazede olduğunu göstermişlerdir (Şahin, 2009).

Bazı yazarlara göre ise; Bu bozukluk ilk kez 1902’de George Still tarafından tanımlanmış, 1960’larda ‘‘minimal beyin hasarı’’ tanımı kullanılmış, 1950’lilerde metilfenidat kullanılmaya başlamış, 70-80’li yıllar arası ilgi giderek artmış ve bugünkü adıyla anılmaya başlamıştır. Erişkin DEHB ise 1976 yılına kadar literatüre girmemiştir. İlk kez Wood ve arkadaşları 1976’da çocuklardaki DEHB semptomlarına benzer semptomları olan bir grup erişkinde psikostimulanların etkisini göstermiştir (Wood ve ark. 1976; Akt: Şengül, vd., 2004).

Doğumda zedelenme ve beyin hasarı konusu, ‘‘beyni zedelenmiş çocuk’’fikri içerisinde 30 ve 40 lı yıllarda da devam etmiştir. Nörolojik bozukluğa dair gerçek

hiçbir kanıt bulunamadığında bile kontrol edilemeyen davranışı açıklamak için “beyin zedelenmesi” terimine başvurulmuştur. Uyarıcı ilaç tedavisi, (amfetamin) bu çocuklardan bazılarının davranışlarını kontrol altına almaya yardımcı olmak adına, ancak bu son yıllarda ilk kez başarılı bir şekilde denenmiştir. “minimal beyin işlevi bozukluğu” gibi sınırları belli olmayan ve iç karartıcı terimler yerine bazıları “organik azimlilik” gibi oldukça tanımlayıcı başka terimler ortaya çıkarmaya başlamıştır. Eski terimi duyan biri beynin kendisinin mi, fonksiyon bozukluğunun mu yada başlangıçta ne olduğunu anlamının mı minimal olduğuna dair merakta kalmaktaydı (Şahin ve Tuğlu, 2010).

1968 yılında Harticollis ergen ve genç erişkin dönemdeki olguların nörofizyolojik ve psikiyatrik değerlendirmelerini yayınladığı makalesinde ilk kez DEHB'nin erişkin dönemde sürdüğünü bildirdi. Bu olguların nörofizyolojik değerlendirmesi minimal beyin disfonksiyonunu gösteriyordu. Davranış profilleri ise Still'in tanımladığı çocuk olgulara benzer şekilde dürtüsellik, aşırı hareketlilik, duygudurumda labilite ile saldırgan davranışlara ve depresyona yatkınlığı içeriyordu. Bu bireylerin bazıları bu davranışları çocukluklarından beri hiç değişmeksizin sergiliyordu. Harticollis psikoanalitik kurama dayanarak bu durumun ego gelişimindeki erken ve olasılıkla konjenital kusurun başarı, görev odaklı ve çok meşgul olan ebeveyn örüntüsü ile etkileşmesi sonucu oluştuğunu ileri sürdü. Yani belirli çocuk yetiştirme örüntüsüne sahip, mükemmeliyetçilik beklentisi içindeki ebeveynlerin yetiştirdiği, doğuştan gelen bilişsel kusurlar sergileyen çocuklarda minimal beyin disfonksiyonu oluşuyordu. Mendelson 1971 ve Menkes 1967 yıllarında yaptıkları izlem çalışmalarında pek çok olguda minimal beyin disfonksiyonu/hiperaktivite belirtilerinin erişkin dönemde sürdüğünü gösterdiler. 1970'li yıllarda yapılan iki ayrı çalışmada Cantwell ve Morison ise hiperaktif çocukların ebeveynlerinin de hiperaktif olduğunu ve erişkin dönemde sosyopati, histeri ve alkolizm sorunları olduğunu gösteren araştırmalarını yayınladılar.

Morison ve Minkoff 1975’de erişkinlerdeki patlayıcı kişilik bozukluğu ya da ataklarla giden kontrolsüzlük sendromunun hiperaktif çocukların erişkin görünümü olabileceğini ileri sürdü. Mann ve Greenspan 1976’da erişkinlerde minimal beyin disfonksiyonun ayrı bir klinik tanı olduğunu tartıştılar ve belirtilerin imipramin veya uyarıcı tedaviye yanıt verdiğini buldular. (Şahin ve Tuğlu, 2010).

1970’ lerde pekçok önde gelen araştırmacı hiper-aktivite sendromunu incelemekteydi. Kanada’ da Virginia Douglas hiper-aktivite ile bağlantılı olan semptomları ayrıntılı olarak gözden geçirmeye başladı ve klinik tabloyu açıklayan başlıca dört özellik buldu: (1) Dikkat ve çabada eksiklikler; (2) Dürtüsellik; (3) Kişinin uyarılma seviyesini düzenlemede problemler (4) Anında takviye ihtiyacı. Onun çalışmasının neredeyse tamamına dayanılarak 1980’de sendrom *Dikkat Eksikliği Bozukluğu* olarak yeniden adlandırılmıştır.

O zamandan beri araştırmalar balon gibi şişmiştir. Muhtemelen tarihin en güncel ve eksiksiz açıklaması ve alanına güncel durumuna dair bilgiler bu alandaki en büyük araştırmacılardan biri olan Russell Barkley tarafından yazılan kitapta bulabilir; bu kitabın başlığı *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*’dır (Hallowell ve Ratey, 2013).

DSM-III’ de (1980) ise dikkat eksikliği bozukluğu bir çocukluk tanısı olarak tanımlandı ve “Hiperaktivitenin eşlik ettiği dikkat eksikliği” ve “Hiperaktivitenin eşlik etmediği dikkat eksikliği” olarak adlandırıldı. DSM III’te tanı ölçütlerinde değişiklik yapılarak hastalığın ana belirtileri “dikkat eksikliği” “dürtüsellik” ve “hiperaktivite” olarak belirlenmiştir. Ayrıca Dikkat eksikliği bozukluğu-rezidüel tip olarak çocuklukta tanı konan olgulardan belirtileri devam edenlerde erişkin tanısına olanak sağlandı. Bu DSM-III kategorisi erişkinlerin tüm DEHB bulgularını göstermeyeceği düşüncesini içeriyordu. Gözden geçirilmiş DSM-III-R’de “Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu” olarak adlandırılmış ve DEHB olan çocukların %30 kadarında belirtilerin erişkinlikte devam ettiği belirtilmiştir. DSM-IV’te yıkıcı davranım bozuklukları başlığı altına alınmıştır ve ek önemli tanısallık açıklamalar yer

almıştır. DEHB'nin de dahil edildiği yıkıcı davranış bozukluklarının içinde, davranım bozukluğu ve karşıt olma karşı gelme bozukluğuna da yer verilmiş, bu durumlar yüksek birlikteliğine karşın farklı klinik durumlar olarak bildirilmiştir. Bulguların en azından 6 aydır devam ediyor olması vurgulanmış ve bulguların anlamlı olabilmesi için yaşa uygun normların dışında olması gerektiği üstünde durulmuştur. Günümüzde DSM-IV-TR yanı sıra ICD-10'da (International Classification of Diseases) çocukluk dönemi psikiyatrik bozuklukları başlığı altında ele alınmaktadır. ICD-10'da "Hiperkinetik bozukluk" olarak adlandırılan durumun 5 yaşından önce başlaması gerektiği, hemen her alanda dikkat süresi ve yoğunluğuna ilişkin sorunların bulunduğu ve aşırı motor hareketliliğin olduğu bildirilmiştir. ICD-10'da ek olarak sıklıkla motor ve dil gelişiminin geciktiği bildirilmiştir. DSM-IV-TR erişkin tanısına izin vermektedir ancak yinede olguların çoğunda belirtilerin genç ergenlik ve genç erişkinlikte kaybolacağı belirtilmiştir. Sayıları gittikçe artan yeni çalışmaların gelecekteki DSM baskılarında tanı ölçütlerinin erişkinlere daha uygun olmasını sağlaması beklenebilir (Şahin, 2009).

DEHB de beynin en üst düzey yönetimsel yapısının bozulması ve bunun insanda yol açtığı sorunların anlaşılması çok uzun yıllar almıştır. Çok uzun yıllar öncesinde yapılan araştırmalar DEHBnin beynin bir bölgesindeki bozukluk sonucu oluştuğu fikrine dayanmaktaydı. Beynin bir bölümündeki bir hasar belirlenecek ve bu hasarın onarılmasıyla DEHB düzelecek şeklinde düşünülüyordu. Bu nedenle DEHB'nun ilk ismi "minimal beyin hasarı"dır. Uzun yıllar yapılan beyin görüntüleme çalışmaları DEHB olan bireylerin beyinlerinin çok çeşitli bölgelerinin normal bireylerin beyinlerinden küçük olduğunu gösteriyor ama tek bir bölgenin küçüklüğünün DEHB ye neden olduğu gösterilemiyordu. Daha sonraki dönemlerde beyin görüntüleme sistemlerindeki gelişmeler beyin bölgelerinin büyüklüğünü belirlemenin çok daha ötesine geçerek, beynin işleyişi ile dikkat eksikliği-hiperaktivite-dürtüsellik belirtilerinin ilişkisinin değerlendirilmesi noktasına gelmiştir (Şahin, 2009).

Özellikle 1990'lı yıllardan itibaren gerçekleştirilen binlerce beyin görüntüleme çalışmasıyla, genetik, çevresel etken, klinik ve tedaviyi içeren araştırmaların verileri toplandıkça DEHB nin çok karmaşık bir hastalık olduğu, tek bir beyin bölgesi yada tek bir etkenin sonucu oluşmadığı görüldü (Ercan, 2015).

1.1.3 DEHB'nun Tanı Kriterleri

DEHB tanısını koymak için çeşitli tanı ölçütleri ortaya konmuştur. Bunlardan en önemlisi olan DEHB için DSM-IV-TR ölçütleri aşağıda listelenmiştir. Tanı için dikkat eksikliği veya hiperaktivite/dürtüsellik alanlarında yer alan 9 belirtiden 6 belirtinin karşılanması gerekmektedir. Birleşik tip DEHB tanısı konulması için her iki alandan en az 6 belirtinin bulunması zorunludur. Dikkat eksikliğinin baskın olduğu ya da hiperaktivite/dürtüsellik baskın olduğu tip DEHB tanısı konulması için bu belirtilerden en az 6 belirtinin bulunması gereklidir. Tanı konulabilmesi için belirtiler en az 6 aydan beri devam etmeli ve belirgin işlev kaybına yol açıyor olmalıdır.

Belirtilerin şiddetinin nasıl değerlendirileceği çok açık değildir, birçok belirtinin “sıklıkla” olması gereklidir ancak bu sıklıkla teriminden ne kastedildiği tam olarak belli değildir. İşlev kaybı için sosyal, akademik ve diğer işlev alanları göz önüne alınmalıdır. Bir diğer tanı ölçütü belirtilerin birden fazla ortamda (ev, okul gibi) olması gerektiğidir, bu durum belirtilerin belli bir yaygınlık göstermesi gerektiğine işaret etmektedir. Gerçekten de sadece bir ortamda olan dikkat eksikliği ve davranım sorunları prognoz açısından birden fazla ortamda yaygınlık gösteren belirtiler kadar önemli değildir.

DEHB'nun bir erişkin bozukluğu olarak geçerliliğine yönelik önemli sayıda literatür bulunsa da, tanı ölçütlerinin geçerliliğine fazla dikkat gösterilmemiştir. DSM-IV-TR tanı ölçütlerinin deneysel olarak geçerli olduğu gösterilmiştir. Ancak DSM-IV DEHB alan çalışmaları sadece çocuklar üzerinde yapılmıştır.

Erişkinlerdeki DEHB ölçütleri için büyük ölçekli alan çalışmaları yapılmamıştır (Hechtman ve McGough, 2007).

Tablo 1. DEHB DSM-IV tanı ölçütleri (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994)

A. Aşağıdakilerden (1) ya da (2) vardır:

(1) Aşağıdaki **dikkatsizlik** semptomlarından altısı (ya da daha fazlası) en az altı ay süreyle uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyiyle uyumsuz bir derecede sürmüştür:

Dikkatsizlik

- a. Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerinde dikkatsizce hatalar yapar.
- b. Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı oyunlarda dikkati dağılır.
- c. Doğrudan kendisiyle konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür.
- d. Çoğu zaman yönergeleri izleyemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da iş yerindeki görevlerini tamamlayamaz (karşıt olma bozukluğuna ya da yönergeleri anlayamamaya bağlı değildir).
- e. Çoğu zaman üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemede zorluk çeker.
- f. Çoğu zaman sürekli zihinsel çaba gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almada isteksizdir.
- g. Çoğu zaman üzerine aldığı görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örneğin; oyuncaklar, okul ödevleri, kalemler, kitaplar ya da araç gereçler).
- h. Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağılır.
- i. Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unutkanır.

(2) Aşağıdaki **hiperaktivite-dürtüsellik** semptomlarından altısı (ya da daha fazlası) en az altı ay süreyle uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine aykırı bir derecede sürmüştür:

Hiperaktivite

- a. Çoğu zaman elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.
- b. Çoğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar.
- c. Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşuşturup durur ya da tırmanır (ergenlerde ya da erişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir).
- d. Çoğu zaman sakin bir biçimde boş zamanları geçirme etkinliklerine katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır.
- e. Çoğu zaman hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi davranır.
- f. Çoğu zaman çok konuşur.

Dürtüsellik

- g. Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan önce cevabı yapıştırır.
- h. Çoğu zaman sırasını bekleme güçlüğü vardır.
- i. Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer (örneğin; başkalarının oyunlarına ya da konuşmalarına burnunu sokar).

B. Bozulmaya yol açmış olan bazı hiperaktif-dürtüsel semptomlar ya da dikkatsizlik semptomları yedi yaşından önce de vardır.

C. İki ya da daha fazla ortamda semptomlardan kaynaklanan bir bozulma vardır [örneğin; okulda (ya da işte) ve evde].

D. Toplumsal, okul ya da mesleki işlevsellikte klinik açıdan belirgin bir bozulma olduğunun açık kanıtları bulunmalıdır.

E. Bu semptomlar sadece bir yaygın gelişimsel bozukluk, şizofreni ya da diğer bir psikotik bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örneğin; duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu, dissosiyatif bozukluk ya da kişilik bozukluğu).

Alt tipler ise şöyle tanımlanmaktadır:

Dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu-bileşik tip: Son altı ay boyunca hem A1 hem de A2 tanı ölçütleri karşılanmıştır.

Dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu-dikkatsizliğin ön planda olduğu tip: Son altı ay boyunca A1 tanı ölçütü karşılanmıştır ancak A2 tanı ölçütü karşılanmamıştır.

Dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu-hiperaktivite ve dürtüsellikğin ön planda olduğu tip: Son altı ay boyunca A2 tanı ölçütü karşılanmıştır ancak A1 tanı ölçütü karşılanmamıştır (Yalnızoğlu, vd., 2004).

Çoğu araştırmacı ve hekim birbiriyle yarışan iki tanı sistemini, Wender tarafından önerilen Utah ölçütlerini ya da DSM ölçütlerinin uyarlamalarını kullanmaktadır. Bu tanısal yaklaşımlar arasındaki farklar sıklıkla göz ardı edilmektedir.

Wender'in ilk erişkin DEHB'yi tanımlama çalışmaları o dönemde baskın olan çocukların büyüdüğü zaman bu durumdan kurtuldukları görüşüyle çelişiyordu. Wender DSM-III'e katılması düşünülen DEHB tanı ölçütlerinin daha yaşlı hastalar için gelişimsel olarak uygun olmadığını farkındaydı. Geniş klinik deneyimine dayanarak erişkin DEHB için ampirik temelli tanı ölçütleri geliştirmeye çalıştı. Wender tarafından geliştirilen Utah Erişkin DEHB tanı ölçütleri Tablo.2'de özetlenmiştir. Utah ölçeği hastanın ve olası ise bir ebeveyninin ya da diğer bilgisi olan bir üçüncü tarafla görüşülerek geriye dönük bir çocukluk DEHB tanısı konmasını gerektirir. Ayrıca erişkinlikte devam eden hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerinin işlev bozukluğuna neden olduğuna ilişkin kanıt gereklidir. Son olarak, Wender tarafından erişkin DEHB hastaları için tipik olarak tanımlanan birçok belirtinin olması tanı için gereklidir. Utah ölçütleri ağır depresyon, psikoz ya da ciddi kişilik bozukluğu tanımlarının DEHB tanısına göre öncelikli tanımlar olduğunu belirtmektedir. Utah ölçütleri klinik uygulamada sıklıkla kullanılmaktadır ve ilaç, beyin görüntüleme ve genetik çalışmaları için de bir temel sağlamıştır. Başta çocuklukta DEHB tanısı ve hasta bildirimini desteklemek amacıyla üçüncü şahıslardan alınacak bilginin gerekliliğinin üzerinde durulması olmak üzere, Wender'in yaklaşımının bazı yönleri erişkin değerlendirilmesinde standart hale

gelmiştir. Yine de, ölçütlerin birçok kısıtlılığı bulunmaktadır. İlk olarak, DSM'nin yeni basımlarıyla beraber Utah ölçütleri giderek çocuk DEHB'ye ilişkin güncel kavramlaştırmalardan uzaklaşmaya başlamıştır. İkincisi, Utah ölçütleri sadece hem dikkatsizlik hem de hiperaktivite olan olgularda tanı koyar. Tanım olarak bu birincil olarak dikkat eksikliği olan hastaları dışlar. Üçüncü olarak Utah ölçütleri diğer ciddi psikopatolojilerin varlığında tanı konmasını engellemektedir. Utah ölçütleri genellikle tedaviye iyi yanıt veren ve göreceli olarak homojen hasta gruplarının tanımlanmasında yararlıdır. Ancak, ölçütler çok kısıtlayıcıdır ve DEHB tedavisinde yararlanabilecek birçok hastayı dışarıda bırakmaktadır (Tuğlu ve Şahin, 2010).

Tablo.2.Wender tarafından geliştirilen Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Ölçütleri

I.Geriye dönük Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı

A.Dar ölçüt: Anne baba görüşmesinde DSM-IV tanı ölçütlerinin karşılanması*

B.Geniş ölçüt: Hasta tarafından hem (1) hem de (2)'nin ve (3)-(6) arası en az bir ölçütün belirtilmesi**

1. Çocukluk hiperaktivitesi
2. Çocukluk dikkat eksikliği
3. Okulda davranış sorunları
4. Dürtüsellik
5. Aşırı uyarılmışlık
6. Duygudurumda ani değişkenlikler

II. Erişkin Özellikleri: Halen devam eden dikkat eksikliği ve hiperaktivite güçlüklerini içeren ek 5 belirti

- A. Dikkatsizlik
- B. Hiperaktivite

C. Duygudurum labilitesi

D. İrritabilite ve sinirlilik

E. Düşük engellenme eşiği

F. Organize olamama

G. Dürtüsellik

III. Dışlama ölçütü: Ağır depresyon, psikoz ya da ciddi kişilik bozukluğunda tanı konmaz

*Anne baba bildiri için 10 maddelik Anne Babanın Çocukluk Davranış Ölçeğinin yardımından yararlanır.

**Hastanın çocukluk belirtilerine ilişkin geriye dönük bildiri Wender Utah Derecelendirme Ölçeği ile desteklenir.

Erişkinlerde kullanım için uyarlanmış DSM ölçütleri de klinik değerlendirmelerde ve araştırma alanında sıklıkla kullanılmaktadır. Hekimler DSM ölçütlerini çocuklukta DEHB tanısını geriye dönük olarak koymak için kullanmaktadır. Eğer çocuklukta DEHB olduğuna ilişkin kanıtlar varsa belirtilerin devamlılığının değerlendirilmesi için hastalar sorgulanmaktadır. Eğer hasta çocuklukta DEHB tanısı alıyor ve DSM belirtileri devamlılık gösteriyorsa erişkin DEHB tanısı konur. Anne baba, daha büyük kardeşler ile yapılan görüşmeler, okul kayıtları ve işyeri değerlendirmeleri ile elde edilebilecek diğer bilgiler tanıyı desteklemek için kullanılabilir (Tuğlu ve Şahin, 2010).

Hallowell ve Rateye göre, kullanılan kriterler ile Utah kriterleri arasında pek çok ortak nokta varsa da; ikisi arasındaki temel fark, biz bir DEB sendromunu hiperaktivite olmaksızın tanıırken Utah kriterleri'nin bunu yapmamasıdır. Wender'in kendisi de hiperaktivitesiz DEB'in klinik bir sendrom olarak var olduğunu tanımaktadır. Bununla birlikte, Utah kriterleri bunu içermemektedir, çünkü araştırma amaçlı geliştirildiklerinden bunlar hiper- aktivite geçmişi olmayanları hariç bırakarak daha homojen bir dizi hastayı seçmektedirler (Hallowell ve Ratey, 2013).

Hallowell ve Ratey'e göre yetişkinlerde dikkat eksikliği bozukluğu için önerilen teşhis kriterleri şöyledir:

Tablo 3: Yetişkinlerde Dikkat Eksikliği Bozukluğu Teşhis Kriterleri

B. Aşağıdakilerden en az 15 tanesinde kronik bir bozukluk var olması:

1. Yetersiz başarı, hedeflere ulaşamama (kişinin aslında ne kadarını başarı elde etmiş olduğuna aldırmaksızın) hissi.
2. Organize olmakta zorluk.
3. İşe başlamada kronik gecikme yada zorluk.
4. Aynı anda devam eden pekçok proje; sonunu getirmekte zorluk yaşamak.
5. Zamanlamayı ya da düşüncenin uygunsuzluğunu göz önünde bulundurmaksızın, aklına geleni söyleme eğilimi.
6. Devamlı olarak aşırı uyarılma arayışı.
7. Can sıkıntısına tahammül edememe
8. Kolayca dikkat dağılması, dikkati odaklamada zorluk, bir sayfanın yada konuşmanın ortasında kopma ya da dış dünyayla bağlantıyı kesme eğilimi; bunlara kimi zaman hiperodaklanma yeteneğinin de eşlik etmesi.
DEB'nin ayırıcı özelliğidir. 'Kopma' oldukça istemsizdir.
9. Sıkça yaratıcı, sezgisel, son derece zeki olma.
10. Kurulu kanalları gözden geçirmede, 'uygun' prosedürü takipte zorluk.
11. Sabırsız; düş kırıklığı karşısında düşük tolerans.
12. Para harcamada, plan değiştirmede, yeni tasarı yada kariyer planları yürürlüğe koymakta vb.dürtüsellik, sözel yada hareket olarak da dürtüsel olma.
13. Gereksiz yere endişelenme eğilimi.

14. Güvensizlik hissi
15. Ruh halinin çalkantılı olması, hızlı değişen ruh hali.
16. Huzursuzluk; bir çocukta görülebilecek tamamen gelişmiş hiper-aktivite bir yetişkinde genellikle görülmeyebilir. Bunun yerine, “asabi enerjiye” benzeyen birşey görülebilir.
17. Bağımlı davranışa eğilim
18. Öz saygıya dair kronik problemler
19. Hatalı öz-gözlem
20. DEB, manik-depresif rahatsızlık, depresyon, madde bağımlılığı ya da dürtü veya ruh hali denetimine dair diğer bozuklukların aile geçmişi.
 - B. DEB'nin çocukluk geçmişi.(resmi olarak teşhis edilmemiş olabilir, ancak geçmişte bakıldığında belirti ve semptomlar orada olmalıdır.)
 - C. Diğer medical yada psikiyatrik koşullar tarafından açıklanamayan durum.

1.1.4 DEHB'nun Tedavi Yaklaşımları

DEHB'nun çocukluk döneminde tanınması ve tedavi edilmesi çok önemlidir, çocukluk döneminde farkedilememiş DEHB yetişkinlik döneminde sosyal ve iş hayatındaki işlevselliği ciddi oranda etkilediği, yapılan araştırmalarda görülmüştür.

Abalı'ya göre, Tedavi çocuğun bütün hayatı açısından mühim bir konu olup, bu çocukların bütün hayatını iyi ve kötü yönde etki edebilmektedir. Tedavisiz kalan çocukların ileri hayat aşamalarında karşılaştıkları sıkıntılar çok büyüktür. Bu sıkıntıları madde madde sıralamak yerinde olur.

a.özgüven azalması

b.kendilerinde olan kapasiteyi ortaya koyamama

c.ders başarısızlığı

d.okul ve öğretmen ilişkilerinin bozulması

e.anne baba ve aile ile ilişkilerin bozulması

f.arkadaş ilişkilerinin bozulması

g.sosyal aktivitelerin kısıtlanması

h.davranış problemleri

i.madde kullanımı

j.birlikte görülebilecek diğer psikiyatrik durumlar (Abalı, 2012).

Abalı'ya göre, Hiperaktivite tedavisinde ilaç kullanımı bu hastalığın gidişatı açısından önemli bir konudur. İlaç tedavisi olmadan hiperaktivite tedavisi çok zordur. Aileler malesef aylarca oyalanabilmektedir. İlaç tedavisi ile çocuğa ve ailesine rahat nefes aldirmek mümkündür. Zaten hiperaktivitenin ve dikkat eksikliğinin sıkıntılı belirtileri ile iyice yorulmuş ve işlevsellik kaybına uğramış olan ailenin alternatif tedavi metodları ile zaman kaybetmesi çok fazla geçerliliği olmayan bir yoldur ancak ilaç tedavisinin yanında destek olarak diğer alternatif tedavi metodları uygulanabilir. Dikkat alanlarına yapılacak eğitsel çalışmaların bu konuda önemli bir yeri vardır.

Çok kısa bir süre içinde hiperaktif çocukların ilaç ile birlikte iyi sonuçlar alarak okul ve ders başarılarını düzeltmeleri sıklıkla görülür. Hastalığın belirtilerini ilaç yardımı ile yenmeleri anne baba ve öğretmen ile ilişkilerin düzelmesi açısından ilaç tedavisi yararlıdır, şeklinde belirtmiştir. (Abalı, 2012).

Amerika' da 30-40 yıldır kullanılan ülkemizde de en az 20 yıldır kullanıla gelen metilfenidat etken maddeli "Ritalin" ve uzun etkili olan "concerta"tedavisi ülkemizde de son yıllarda başarı ile kullanılmaya başlanarak bu konuda dikkat eksikliği ve hiperaktivite belirtileri gösteren çocuklar için destek olmaktadır. Ayrıca

“Atomoksetin” etken maddeli farklı bir ilacında tedavide etkin bir şekilde kullanıldığını belirtmek gerekir.

Bu konuda sık kullanılan sayılan ilaçların yanı sıra ek başka tanıların olma durumuna göre SSRI türü antidepresanlar, trisiklik antidepresanlar veya doktor kontrolünde başka ilaçlar da kullanılabilir.

Tedavide en önemli prensip çocuk ve genç psikiyatristi uzmanları tarafından yapılan değerlendirme sonrasında ilaç tercihinin netleşmesidir. İlacın yaşa göre seçimi boy, kilo ve çocuğun tıbbi durumu değerlendirilerek yapılır. Unutulmamalıdır ki ilaç tedavisi doktor kontrolünde özellikle çocuk ve genç psikiyatristi nezaretinde kullanılması gerekir. Bunun sebebi gereksiz doz, aşırı doz, yanlış tanı, uygunsuz tedavinin önüne geçilmesidir (Abalı, 2012)

İdeal tedavi ve başarılı sonuç için, ilaç tedavisine ek olarak eğer ihtiyaç varsa terapi, psiko-eğitsel destek ve davranış tedavisi de faydalı olacaktır. Ancak ilaç tedavisi olmadan terapi ve eğitim yeterli gelmemektedir. Bu konuda ilaç tedavisi ile birlikte diğer ek tedavi metodları uygulanmalıdır. Bu durumda çocuk-hekim-aile-okul dörtgeni önemlidir. Bu dörtgenin bir ayağı eksik olursa ideal tedavi olamayacaktır (Abalı, 2012).

Erişkin dönemde neredeyse bir kural olan psikiyatrik eş tanı ve erişkin yaşamın karmaşıklığı çocuklardan farklı olarak erişkin DEHB tedavisinde daha kapsamlı tedavi yaklaşımlarını gerekli kılmaktadır. Nörobiyolojik zemini olan DEHB için ilaç tedavileri bütüncül tedavi yaklaşımının temelini oluşturmaktadır. İlaçların erişkinde tıbbi ve ruhsal eş tanıları gözeterek planlanması gereklidir. Bundan sonra sıra sorun odaklı, yapılandırılmış bilişsel davranışçı psikoterapileri tedaviye eklemeye gelmektedir.

Erişkin dönemde DEHB kişinin davranışları, duyguları, ilişkilerini ve kendisini nasıl değerlendirdiğini güçlü biçimde etkiler. Erişkin dönemde özsaygı ve utancın birincil belirleyicisi kişinin kendini çocukluk ve ergenlik döneminde nasıl

değerlendirdiğidir. Erişkin DEHB vakaları çocukluk çağından beri başlamış olan ve etkili başa çıkma becerilerini engelleyen temel nöropsikiyatrik bozukluklara sahiptirler. Dikkatin çelinebilirliği, organize olamama, verilen görevleri sürdürme gücü ve dürtüsellik gibi özgül belirtiler DEHB olan bireylerin etkili başa çıkma becerileri geliştirmelerini öğrenme ya da kullanmalarını önleyebilir. Etkili başa çıkma becerilerinin yokluğu nedeniyle bu bozukluğa sahip kişilerin çoğu yineleyen başarısızlıklar yaşamıştır ya da yenilgi olarak adlandırabilecekleri deneyimleri olmuştur. Bu başarısızlık öyküleri kişinin kendi hakkında olumsuz düşünceler geliştirmesine yol açabilir. Bunun yanı sıra üstlendikleri görevler konusunda da işlevsel olmayan düşünceler geliştirebilirler. Sonuç olarak ortaya çıkan bu olumsuz düşünce ve inançlar var olan kaçınma davranışları ya da çelinebilirliği arttırabilir. Bu düşünce ve inançların sonucu olarak kişiler görev ya da sorunla karşı karşıya kaldığında dikkatleri daha çok kayabilir ve ilişkili davranışsal belirtiler daha da kötüleşebilir. Tedavide bu bozukluğa sahip olanlar sıklıkla bildirdikleri gibi organizasyon ve planlama güçlükleri, dikkat dağınıklığı, kaytarma-kaçınma davranışları, iletişim güçlükleri ve anksiyete-depresyon-öfke belirtilerine odaklı, yapılandırılmış bilişsel davranışçı psikoterapilerden önemli yararlar sağlayabilir (Anonim, 2015).

Sonuç olarak bu alanda çalışan uzmanların erişkin DEHB konusunda daha dikkatli olmaları, özellikle poliklinikte unutkanlık, konsantrasyon problemleri, impulsivite gibi sık görülen belirtileri olan hastalarda diğer eksen I ve II bozuklukları yanında erişkin DEHB bozukluğunun da göz önünde bulundurulması gerektiği ortaya çıkmaktadır.

1.2. ATILGANLIK

1.2.1. Atılğanlığın Tanımı

İngilizce “assertiveness” kavramının karşılığı olarak kullanılan “atılğanlık” kavramı literatürde; kişilerarası ilişkilerin ve etkileşimin sağlıklı olabilmesine olanak tanıyan, başkalarının haklarına saygılı olmayı ve bireyin duygu, inanç, ve düşüncelerini doğrudan, içtenlikle ve açıkça anlatımını içeren bir davranış biçimi olarak tanımlanmaktadır (Tan, 2006).

Atılğanlık kavramının bugün kullanılan tanımı Alberti ve Emmons (1998) tarafından yapılmış ve atılğan kişiyi kendi haklarını iyi bilen ve savunabilen kişi olarak betimlemiştir.

Atılğan, atılğan olmayan ve saldırgan davranışları karşılaştırarak bu kavramları açıklamaya çalışacağız:

Saldırgan davranışlar alıcının önemsiz ve incinmiş hissetmesine yol açar karşıdaki kişi kendisine hak tanımadığı için alıcı kendini kırılmış, aşağılanmış hisseder ve savunma yapma gereği duyar. Söz konusu durumla ilgili hedeflerine de ulaşamaz. Saldırgan davranışların göndericisi hedeflerine ulaşabilir ama bu arada acı ve hayal kırıklığına neden olur ve bunlar daha sonra ona intikam olarak geri dönebilir.

Atılğan olmayan davranışlar alıcıda anlayıştan zihin karışıklığına ve göndericiyi itici ve değersiz bulmaya kadar değişkenlik gösteren bir dizi duyguya yol açarlar. Alıcı, göndericinin pahasına hedeflerine ulaşmış olmaktan dolayı suçluluk veya öfke de duyabilir. Buna karşılık atılğanlık her iki tarafında öz-değer duygularını kuvvetlendirir, her iki tarafa da kendini ifade ve hedeflere ulaşma imkanı sağlar.

Özetle, atılğan olmayan davranış biçiminde gönderici kendini inkar ettiği için acı çeker, saldırgan davranışların alıcısı (bazen her iki taraf da) acı çeker. Atılğanlık söz konusu olduğunda ise hiç kimse kırılmaz, acı çekmez ve büyük bir olasılıkla her iki taraf da başarıya ulaşır.

Atılğan davranış biçimi insan ilişkilerinde eşitliği gözetir ve gereksiz endişelerden arınmış bir şekilde, kendi çıkarlarımız doğrultusunda hareket edebilmemizi, kendimizi savunabilmemizi, duygularımızı dürüstçe ve rahatlıkla ifade edebilmemizi ve başkalarının haklarını çiğnmeden kendi haklarımızı kullanabilmemizi mümkün kılar (Alberti, Emmons, 1998).

Atılğanlığa bakacak olursak; evrensel bir özellik olmayıp, kişiye ve duruma göre değişmektedir. Bireysel ve kültürel farklılıklar önemli rol oynamaktadır. Özgüven ve özdenetim kazanmak için değerli bir araç olmakla birlikte her şeyin çözümü değildir. Atılğan kişiler, az kelime ile ne istediklerini kesin ve anlaşılır bir biçimde belirtirler. Olumlu ve olumsuz duygularını dürüst ve uygun şekilde ifade ederler. Kendileri ve başkaları hakkında genellikle iyi şeyler düşünürler. "Ben" dilini kullanırlar. Etkili, sağlıklı ve uyumlu etkileşime girebilirler. İletişimlerinde duyarlı ve hoşgörülüdürler. Stresle daha etkili başa çıkarlar (Şahin, 2011).

Atılğanlık, kavramlarının farklı yazarlar tarafından tanımları yapılmıştır. Voltan'a göre atılğanlık, bireylerin kendilerini oldukları gibi anlatabilme, olumlu ve olumsuz duygularını iletebilme, kendilerine ters gelen isteklere karşı direnebilme ve karşısındakinden bir istekte bulunabilme becerisidir (Voltan, 1981: 72). Atılğan davranış biçimi insan ilişkilerinde eşitliği gözetir ve gereksiz endişelerden arınmış bir şekilde bireyin çıkarları doğrultusunda hareket edebilmesini, kendisini savunabilmesini, duygularını dürüstçe ve rahatlıkla ifade edebilmesini ve başkalarının haklarını çiğnmeden kendi haklarını kullanabilmesini mümkün kılmaktadır (Alberti ve Emnos, 2002:6). Dökmen (1991) çalışmasında (Gökalan, 2000:19' da belirttiği üzere) atılğanlığı, bir insanın duygu ve düşüncelerini rahatlıkla belirtebilmesi, gerektiğinde hakkını araması kısacası iradesini ortaya koyabilmesi olarak ifade etmiştir. Bu tanımlardan hareketle atılğanlığı, bireyin duygu, düşünce, istek ve şikayetlerini demokratik bir tutum çerçevesinde dile getirip, gerektiğinde hayır diyebilme yetisine sahip olması şeklinde tanımlamak mümkündür. Atılğanlıkla ilgili tutum ve gözlemler, bireyin sosyo-ekonomik

bağımsız değişkenleriyle ilişkileri incelenmiş ve atılganlık tutumunu etkilediği düşünülen farklı bulgulara ulaşılmıştır (Kapancı, 2010).

Atılganlık kavramı, ilk kez Wolpe ve Lazarus (1966) tarafından tanımlanmıştır. Wolpe ve Lazarus, duyguların ve hakların sosyal olarak kabul edilebilir tüm ifadelerinin atılgan davranışlar olarak değerlendirilebileceğini belirtmişlerdir. Buna ek olarak atılgan davranış, öfkenin, şiddetin, anlaşmazlığın, sıkıntı ve üzüntünün, sevincin, övgünün ve sevginin olumlu ifadesini içermektedir (Yatağan, 2005).

Lazarus (1973), atılgan davranışın birbirini tamamlayan dört özelliği olduğunu belirterek, bu özellikleri şöyle sıralamıştır:

1. Hayır diyebilme yeteneği
2. İsteyebilme, ricada bulunabilme yeteneği
3. Olumlu ve olumsuz duyguları ifade edebilme yeteneği
4. Bir davranışı başlatabilme, sürdürme ve sona erdirebilme yeteneği (Arı, 1989).

Alberti ve Emmons, Atılgan davranışın sözel ve sözel olmayan birçok öğeden oluştuğunu belirtmişlerdir. Bunlar:

Göz Teması: Bir başka insanla konuşurken nereye baktığınız çok önemlidir. Genelde, konuşulan kişiye bakmak sizin içten olduğunuz anlamına gelir ve söylediğiniz şeyin daha etkili olmasını sağlar. Eğer sürekli başka tarafa bakar ya da gözlerinizi kaçırırsanız karşınızdaki kişi sizin kendinize güvenmediğinizi veya onu ciddiye almadığınızı düşünür. Öte yandan çok ısrarla bakarsanız, konuştuğunuz kişiye rahatsızlık verirsiniz.

Vücut Duruşu: Alberti ve Emmons, kişilerin birbirleri ile iletişimleri sırasında, vücut duruşlarının 30 derecelik açıyla birbirlerine dönmesi, iletişimi daha özel ve sıcak bir hale getirdiğini, bir konuşmada, oturmak yada ayakta durmanın güç göstergesi olabileceğini belirtir.

Bireylerin kendi haklarını savunması gereken bir durumla karşılaştığında, sadece ayağa kalkmalarının bile etkili olabileceğini, çevik ve dik bir duruşla bireyin karşısındaki insana doğrudan bakması halinde, söyleyeceklerinin daha da etkili olacağını anlatmaktadır.

Mesafe/Fiziksel Temas: Bir insanla araya konulan mesafe, iletişimi büyük ölçüde etkiler. Çok yakın durmak, oturmak veya dokunmak eğer insanlar bir kalabalığın içerisinde değillerse ilişkinin mahrem olduğunu düşündürür. Birisine çok yaklaşmakla, kişiyi kızdırabilir, saldırganlaşmasına neden olabilir veya arasındaki ilişkiye mahrem bir anlam katabilir.

El ve Vücut Hareketleri: Uygun el ve vücut hareketleri ile sözcükleri desteklemek, verilen mesaja açıklık ve sıcaklık kazandırabilir. Doğal bir şekilde yapılan el ve vücut hareketleri (sinirli ve anlamsız olmamaları kaydı ile), aynı zamanda, konuşmacının açık, spontan ve kendine güvenli olduğunu gösterir.

Yüz ifadesi: Mesajınızın etkili olması için, yüzünüzdeki ifadenin de ona uygun olması gerekir.

Ses Tonu, İniş ve Çıkış, Yükseklik: Sesin kullanılışı, iletişimin önemli bir parçasıdır. İyi ayarlanmış bir ses tonu ikna edicidir, ürkütücülükten uzaktır. İnişsiz çıkışsız bir ses tonu ile konuşmak ciddiye alınmama, bağırarak ise karşıdaki kişinin savunmaya geçmesine neden olur.

Akıcılık: Her türlü iletişimde söylenmek istenenin karşı tarafça anlaşılabilmesi için akıcı bir konuşma yapmak çok etkilidir. Konuşmadaki uzun süreli boşluklar dinleyiciyi sıkar, konuşanın kendinden emin olmadığını düşünmeye yol açar. Açık ve telaşsız şekilde söylenen sözler, hem daha kolay anlaşılır hem de daha etkili olur.

Zamanlama: Duyguların ifade edilebilmesi için uygun bir yer ve zaman seçmek iletişimin daha sağlıklı olmasını sağlar. Başka insanların yanında bir tartışmaya girmek başka sorunlar yaratabilir.

Dinleme: Atılğan dinleme yapan bir insan, diğer insanla aktif olarak ilgilenir. Bu dikkat isteyen bir Şey olmakla birlikte dinleyen kişinin göz teması kurmak ve bazı el ve vücut hareketleri, örneğin baş sallamak dışında bir eylem yapmasına gerek yoktur. Dinleyerek, diğer insana saygınızı belli edersiniz. Atılğanlık davranış tarzının diğer öğeleri gibi dinlemede öğrenilebilir bir beceridir.

DŐunceler: atılğanlığın doğrudan gözlenmesi mümkün olmayan bir öğesi de düşünme sürecidir. Uzun süredir yaklaŐımların davranışları etkilediği sezgisel olarak bilinse de, psikolojik araştırmalar ancak çok yakın zamanlarda aradaki bağlantıyı bilimsel olarak kurabilmiŐlerdir. Newyork’lu psikolog Albert Ellis ve Ontario, Kanada’dan psikolog Donald Meichenbaum, Philadelphia’ lı psikiyatrist Aaron Beckve Pensilvanya niversitesi’nden psikiyatrist David Burns davranışların bilişsel boyutları üzerinde odaklanan çok çarpıcı çalışmalar yapmıŐlardır.

Ellis, bu süreci A-B-C Őıklarına indirmiŐtir: (A) Bir olay olur; (B) Bir kişi bunu görür ve içsel olarak yorumlar; (C) ve kişi bir tepki gösterir. B Őıkkı, yani algılama ve düşünce süreci geçmişte görmezden gelinmiŐtir. ‘‘Bilişsel davranış terapisi’’ alınındaki son gelişmeler atılğan bir düşünce tarzı geliŐtirmek için özel yöntemler geliştirilmesi ile sonuçlanmıŐtır.

İçerik: Alberti ve Emmons, kendinizi ifade etmenizi duygularınızın sorumluluğunu stlenmenizi ve duygularınız için karşı tarafı sulamamanız gerektiğini söylemektedir. Atılğan olabilmek için kendinizi mutlaka doğru ve iyi seçilmiş sözcüklerle ifade etmeniz gerekmez ancak bazı insanlarda gerçekten ‘‘doğru’’ sözcükleri bulmakta güçlük çektiklerini belirtmektedir (Alberti ve Emmons, 1998).

Atılğan Davranışın önemli zellikleri:

1. Kendini ifadeye dayalıdır.
2. Baskalarının haklarına saygı gösterir.

3. Dürüsttür.
4. Dolaysızdır ve kesindir.
5. İlişkide her iki tarafın esitliğine ve yararına güdümlüdür.
6. Duyguların, hakların, gerçeklerin, görüşlerin, ricaların ve sınırların söze dökülmesidir.
7. İletilmek istenen mesaj için göz teması, ses, vücut durusu, yüz ifadesi, el ve vücut hareketleri, mesafe, zamanlama, akıcılık ve dinleme gibi öğelerden yararlanır.
8. Evrensel değil, kişiye ve duruma uygundur.
9. Toplumsal sorumluluk üstlenmektir.
10. İnsanın doğasında yoktur, öğrenilir (Tanış, 1993a; Ayaz, 2002; Akt: Bozboğa, 2009).

1.2.2 İnsan Temel Davranış Biçimleri

İnsanlar arası ilişkilerdeki davranışlar Bond tarafından pasif davranış, saldırgan davranış, yönlendirme davranışı, atılgan davranış olmak üzere dört gruba ayrılmıştır (Ayaz 2002; Phelps ve Austin 1997; Poussard 2002; Uyer 1993; Akt: Şen, 2011).

1.2.2.1 Pasif Davranış (Atılgan Olmayan, Çekingen Davranış)

Bireyin ilişkiye girmede zorluk, korkaklık yaşaması nedeniyle ihtiyatlı davranması ve güvenememesi çekingen davranış olarak tanımlanmaktadır (Kaya, 2001).

Çekingen kişi fikrini söylemekten çekinir, düşüncelerinin baskaları tarafından okunacağına inanır. Söyleyeceklerini unuttur, kendisi söylemeden baskalarının onu anlamasını ister (Özcan, 2006).

Atılgan olmayan davranışlar alıcıda anlayıştan zihin karışıklığına ve göndericiyi itici ve değersiz bulmaya kadar değişkenlik gösteren bir dizi duyguya yol açarlar. Alıcı, göndericinin pahasına hedeflerine ulaşmış olmaktan dolayı suçluluk veya öfke de duyabilir. Buna karşılık atılganlık her iki tarafında öz-değer duygularını kuvvetlendirir, her iki tarafa da kendini ifade ve hedeflere ulaşma imkanı sağlar (Alberti ve Emmons, 1998).

Bireyin duygu, inanç, düşünce gibi kendine özgü unsurları yansıtmada yetersiz olması; haklarına başkaları tarafından el konulduğunda buna karşı koymaması ve kendini savunmaması olarak tanımlanabilir. Çekingenlik, kişinin kendi ihtiyaçlarına saygısının eksikliğini gösterir. Çekingenliğin hedefi, diğerlerini yatıştırmak ve her durumda çatışmadan (Bal, 2006).

1.2.2.2 Saldırgan Davranış (Agresif Davranış)

Bireyin haklarını korumada, düşüncelerini ve inançlarını genellikle dürüst olmayan uygunsuz ve diğer bireylerin haklarını çiğneyerek ifade etme biçimidir. Saldırgan davranışlarla kendini ifade eden bireyler, duygularını getirmelerine ve kendilerine değer vermelerine karşın, başkalarının haklarını yadsıyarak ve onların yerine karar vererek diğer insanlara zarar verirler (Bal, 2006).

1.2.2.3 Dolaylı Davranış (Manipülatif, Yönlendirme Davranışı)

Dolaylı davranış, başkalarının haklarına saygı duyar gibi görünüp gerçekte saygı göstermemedir. Dolaylı davranış gösterenler kisilerin kendini suçlu hissetmesini sağlamayı ya da reddedici mesaj vermektense, unutturmayı ve unutmayı tercih ederler. Kisisel görüşlerini açıklamaktan çok başkalarının fikirlerinin arkasına saklanmayı tercih ederler. Kendi gereksinimlerini karşılamak için baska kisilerin enerjilerini, zamanlarını, yeteneklerini kullanırlar. Amaçlarına ulasmak için hile,

bastan çıkarma yöntemlerini kullanırlar. Duruma ve kisiye göre değiskendirler. fkelenedikleri zaman esitli hilelerle intikam almaya alıslırlar. Bunu yle yollardan yaparlar ki öfke yönelttikleri kisiler,onların kendilerine fkelenmis olduğunu anlayamazlar (Phelps ve Austin, 1997; Akt: Ayaz, 2002).

1.2.2.4 Atılğan Davranış

Atılğan davranış biçimi insan ilişkilerinde eşitliği gözetir ve gereksiz endişelerden arınmış bir şekilde, kendi çıkarlarımız doğrulusunda hareket edebilmemizi, kendimizi savunabilmemizi, duygularımızı dürüstçe ve rahatlıkla ifade edebilmemizi ve başkalarının haklarını çiğnmeden kendi haklarımızı kullanabilmemizi mümkün kılar (Alberti, Emmons, 1998).

1.3 SOSYAL UYUM

1.3.1 Sosyal Uyum Kavramı ve Tanımı

Yaşam büyük ölçüde içinde bulunduğumuz koşullara gösterilen bir uyum sürecidir. Uyum iki yönlü bir süreç olup, bir yandan yaşam boyunca devamlı bir değişme ve gelişme içerisinde olan bireyin kendisinde meydana gelen biyolojik, zihinsel, sosyal ve duygusal değişiklikleri kabul ederek, onlara uygun davranış ve tutumlar göstermesini, diğer yandan çevresindeki diğer insanlarla olumlu ilişkiler kurmasını kapsamaktadır. Farklı psikolojik yaklaşım ve disiplinlerce değişik şekillerle ifadelendirilen ve bu haliyle görece bir nitelik taşıyan uyum kavramı genel olarak “ bireyin hem kendisi, hem de çevresiyle iyi ilişkiler kurabilmesi ve bu ilişkileri sürdürebilme derecesi “ şeklinde tanımlanabilir (Özgüven, 1992).

Etkin uyum için bireyin; fiziksel sağlığının iyi olması, kendini tanıma ve kabul etme, başkalarını kabul etme, sorunlarda ve yaşamda etkin tutum takınma, duygularını, problemlerini paylaşabilme, işte ve eğlencede yer alma, sosyal katılım, yaptığı işten doyum sağlama, yaratıcı yaşantı gibi özelliklere sahip olması gerekmektedir (Akıncı, 2007).

En geniş anlamda sağlıklılık ancak çevremize ve kendimize uyum içinde olduğumuz, değişiklikler karşısında dengemizi koruduğumuz, iç güçlerimizi sağlıklı ve iyi bir hayat için geliştirdiğimiz ve gereğinde harekete geçirdiğimiz taktirde mümkündür (Baltaş ve Baltaş, 2008).

Bireyin çekingen olması, kendine güvenmemesi, yalnız kalmayı tercih etmesi, başkaları tarafından istenmemesi, her iki cinsten arkadaşı olmaması, karşıt cinsten kaçınması, sürekli güvensizlik ve özel ayrıcalıkları bir hak gibi bekleme sosyal uyumsuzluk olarak tanımlanmaktadır (Akıncı, 2007).

Uzmanların ortak olarak dile getirdikleri uyum süreci ile ilgili Kaplan (1965) beş ölçütten söz etmiştir: Bunlardan ilki hayata bakış açısidir. Bireyin davranışlarına odaklanmasını sağlayan birtakım değerleri vardır. Bu değerler maddi hedefler olabileceği gibi manevi veya sosyal hedeflerde olabilir.

Kaplan'a göre uyum sürecinin ölçütlerinden bir tanesi de gerçekçi kendini algılamadır. Kişinin uyum sorunu yaşamadığının bir diğer delili hedeflerine ulaşmak için akıllı planlar yapabilmesidir. Birey hem yeteneklerinin farkında olabilmeli hem de zayıf yönlerini görebilmeli ve mantıklı sınırlar içinde kendine uzak hedefler belirlemelidir.

Uyum sürecinin ölçütlerinden bir tanesi de duygusal olgunluktur. Bu ölçüte göre eğer bir birey duygularını düzenleyebiliyorsa uyum sorunu yaşamaz. Duygusal açıdan gerekli olgunluğa erişmiş bir birey, çevresindeki diğer insanlara ihtiyaç duyar. Başkalarına şefkat duyar ve kendisi de başkalarının şefkat duygularına ihtiyaç duyar. Birey duygusal stres ile kolayca sarsılmayan bir iç güvenliğe sahiptir. Duygusal olgunluğa sahip olan bir birey, toplum tarafından kabul görmüş duygusal ifade ve tepkilere sahiptir.

Sosyal duyarlılık da uyum süreci süreçlerinden bir tanesidir. Bu ölçüte göre uyum sorunu yaşamayan bir birey diğer insanlarla güzel ilişkiler kurabilir. Bencil değildir ve toplumun çıkarlarını gözetir. Başkalarını kendi çıkarları için kullanmaz. Dışadönüktür ve çok iyi sosyal ilişkiler kurabilir. Toplum tarafından kabul görür; çünkü davranışlarını topluma göre uyarlayabilir. Kendisini başkalarının gördüğünden daha farklı görmez. Başkalarının sağlığına ve mutluluğuna önem verdiği için kurduğu ilişkilerde başarılıdır. Böylelikle birey kendi tepkileri sayesinde kendini mutlu hisseder.

Uyum sürecinin ölçütlerinden sonuncusu ise dinamik dengelemedir. Birey davranışlarını içsel güçler ile çevrenin dışsal güçleri arasında dengelemek durumundadır. Bu güçler devamlı değişmektedir. Birey katı alışkanlık ve tutumlara

sahip bir bireyse, çevre şartları değişse de birey bu şartlara uyum sağlamak için gerekli esnekliğe sahip olamayacaktır (Aydın, 2012).

Uyum kavramı, bireyin çevresiyle ve kendisi ile sağlıklı iletişim kurabilmesi, kurduğu ilişkilerini sürdürebilmesi ilişki kurarken karşılaştığı sorunlarla başa çıkabilmesi şeklinde de açıklanabilir. Uyumlu birey araştırmacı, bilgi toplayan, olumlu-olumsuz duygularını ifade edebilen, sorunları kabul edebilen, diğerlerinden yardım isteyebilen, kendine güvenen, sorunları çözme eyleminde bulunan, stresle baş etme stratejilerini kullanan bireydir (Tutkun, 2006).

Dönmezer (1990: 56-59) uymayı (adaptation) canlının dış şartlarla uyum sağlaması olarak ifade etmekte olup insanın hayatının sürekliliğinin şartı çevreye uyması olduğunu ve uymanın üç biçim gösterdiğini ifade etmektedir.

- 1- Fizik uyma: kendiliğinden gerçekleşir, güneşin insan derisini kızartıp karartması gibi, ölüm gibi
- 2- Biyolojik uyma: Çevrenin şartlarına göre belirli bir hayat tarzının, devamının ya da gelişmesinin uygun duruma gelmesidir. İnsanların yeme, yatma, kalkma, gezme ihtiyaçlarının çevreye göre biçimlenmesi gibi
- 3- Sosyal uyma: Sosyal uymayı iki yönde dikkate almaktadır. Birincisi kültürel etki, sosyal örgütlenme, teknoloji, ikincisi ise kişinin çevresinin değer standartlarına yani iç çevresine uymasındır.

İnsanlar davranışlarını şekillendirirken, içinde buldukları toplumun özelliklerinden etkilenirler. Toplumun kültürünü, gelenek ve göreneklerini ve değer yargılarını benimseyerek içinde bulunduğu toplumun kültürüne göre davranışlarını düzenleme gereği duyarlar. Bununla beraber, sosyal etkileşim ve iletişim de artar (Karaoğlu, 2007).

Yavuzer'e göre mükemmel bir sosyal uyumun varlığından söz etmek mümkün değildir. Çünkü her birey sahip olduğu özellikler doğrultusunda bu uyum sürecini

yaşamaktadır. Ancak iyi bir sosyal uyum için bir takım ölçütlerden bahsedilebilir. Bunlar: 1. Farklı gruplara uyum gösterme: Farklı gruplara uygun bir biçimde davranan, onlarla ilişki kuran, arkadaş gruplarına olduğu kadar yetişkinlere de uyum gösteren birey, sosyal açıdan uyumlu bir kişi olarak kabul edilir. 2. Sosyal tutumlar: Toplumca istenen tutum ve tavırları diğer insanlara yönelten, sosyal yaşama bu tavırlarla katılan kişiler, sosyal bakımdan uyumlu sayılırlar. 3. Kişisel doyum: Toplumsal ortamda aldığı rolle, kurduğu ilişkiden yeterince doyum sağlayan kişi, sosyal bakımdan uyumlu sayılır (Yavuzer, 1996).

Yavuzer, tıpkı yetişkinler gibi çocukların da dünyaya gelir gelmez sosyal çevreyle tanıştıklarını belirtmiştir. Çocuklar da sosyalleşme süreci aile ile başlar ve akran grubu, yakın çevresindeki insanlar ile devam eder. Çocuklar sosyal ihtiyaçlarını giderebilmek için tüm bu insanlarla uyum içerisinde yaşamak zorundadır (Yavuzer, 1984).

Çağdaş ve Seçer (2002) yapmış oldukları çalışmada; sosyal uyumda gecikme pek çok davranış problemi, içe-dönük, çekingen güvensiz kişilik gibi olumsuz kişilik özelliklerine neden olabildiği sonucuna varmıştır. (Bayram, 2013).

1.3.2 Sosyal Uyum ve Becerileri Etkileyen Faktörler

1.3.2.1 Anne Baba Etkileşimi

Sosyal uyumu etkileyen pek çok faktör vardır. Bireyin yaşamında en önemli sosyalleşme aracı olan aile, sosyal uyumu etkileyen en önemli faktördür. Aile yaşamı içerisinde bireyler, iletişimle, etkileşimle, kendileri ve diğerleriyle ilgili temel tutumları geliştirirler (Koç 2001). Uyumlu ve özgür bir aile ortamı içinde, tutarlı ve sağlıklı ilişkiler içinde yetişen birey, özerk bir birey olarak yetişkin

yaşamına ulaşabilir. Anne ve babanın, çocuklarına yönelttikleri tutumların sağlıklı olması, büyük ölçüde onların kendi içlerinde barışık, dengeli, huzurlu ve birbirlerine karşı sevgi ve saygılı olmalarına bağlıdır (Öğüt 2000). Aile içerisinde bireylerin birbirlerine karşı olumsuz tutum ve davranışları sonucu sosyal uyuma yönelik çeşitli problemler yaşanmasına neden olabilmektedir (Akıncı, 2007).

Çocukların desteklendiği ailelerde, bireyler olumlu bir kişilik oluşturmakta ve daha olumlu bir sosyal yapı geliştirmektedirler. Buna karşılık, daha sert bir denetim altında tutulan ya da tutarsız ilişkiler görülen ailelerde ise bireyler olumsuz kişilik geliştirmekte, bu da ergenin sosyal uyumunu olumsuz etkilemektedir. Sosyal uyum üzerinde yapılan çalışmalar, ailenin çocuk üzerinde olan ilk etkilerinin önemli olduğunu kanıtlamaktadır. Evlerinde yakın bir ilgiyle demokrasinin birleştiğini gören çocuklar etkin, özgür, arkadaşlarıyla ilişkilerinde başarılı çocuklar olmaktadır (Yavuzer, 1993).

Bakırcıoğlu (2002) uyum ve davranış bozukluklarını oluşturan pek çok neden sıralamıştır. Bunlar arasında ağırlığın, aile çevresi ile ilgili olanlardan olduğu görülmektedir. Bu nedenlerin belli başlıları şunlardır:

- 1- Aile içi ilişkileri ve etkileşiminin bozuk oluşu.
- 2- Anne babanın ilgisizliği ya da aşırı ilgisi.
3. Anne babanın boşanmış olması ya da ailenin parçalanmışlığı.
4. Annenin, babanın alkol, uyuşturucu maddeler kullanması.
5. Çocuğa baskıcı, tutarsız, karasız bir disiplin uygulanması.
6. Çocuğun yersiz, yanlış ve aşırı cezalandırılması.
7. Çocuklarla ilişkilerde karasız, insiyatifsiz davranılması.
8. Anne babanın işsiz, ekonomik sıkıntı içinde olması.
9. Çocuğun okul başarısının düşüklüğü.
10. Kötü arkadaşlarla birliktelik.
11. Çocuktaki beklenti zayıflığı ya da yokluğu.

12. Aşırı toplumsal baskı, özgürlüklerin kısıtlanması. (Bayram, 2013).

Anne ve babaların çocuklarına karşı tutumlarının onların uyumunu etkilediğini ortaya koyan birçok araştırma vardır. Ailenin çocuğa karşı demokratik bir yaklaşım içinde olması onun özellikle sosyal uyumunu olumlu yönde etkiler. Ailenin eğitim seviyesinin düşük olması, aile içi ilişkilerin istenilen nitelikte olmaması, çocuğun eğitiminde eksik ve yanlış uygulamalara neden olabilmektedir. Çocuğun davranışlarını kişilik özellikleri ve yetiştiği aile içindeki yaşadığı deneyimler etkilemektedir. Zira çocuk, yapısı itibarıyla davranışlardan etkilenmekte olup bu davranışları taklit etmeye çalışmaktadır (Uğurlu, 2012).

Güçlü aile birliği ve etkin ana-babalık güç durumlara karşı hassas çocukların uyum sağlamalarını destekler. Güvenli, tutarlı, sevgiye dayalı aile-çocuk ilişkisi çeşitli risk ortamlarında, örneğin düşük sosyal ekonomik seviyeden kaynaklanan riskli ortamlarda onarıcı, koruyucu bir süreçtir (Uğurlu, 2012).

Tutarlı ve sağlıklı ilişkilerin egemen olduğu, uyumlu ve özgür bir aile ortamı içinde yetişen çocuklar özerk bir birey olarak yetişkin yaşamına ulaşabilir. Çocuk için böylesi bir aile ortamı yaratılması ve anne babanın çocuklarına yönelttikleri tutumların sağlıklı olması da büyük ölçüde onların kendi içlerinde barışık, dengeli huzurlu ve birbirlerine karşı sevgi ve saygılı olmalarına bağlıdır (Yavuzer, 1984).

1.3.2.2 Kardeş İlişkisi

Kardeşlerin ilişkisi ve etkileşimi çok yönlüdür ve ileriki sosyal ilişkiler için bir basamak teşkil eder. Okul öncesi dönemde bir çocuğunun kardeşi doğduğu zaman, bazı çatışmalar ve davranışsal değişimler yaşamasına neden olabilmektedir. Büyük çocuğun gösterdiği davranış, birçok çatışmanın yaşanmasına rağmen, anne-babanın yeni doğan bebeğe olan tavrı ile yakından ilişkilidir. Annenin, büyük çocuğunu

bebekle ilgilenme konusunda teşvik etmesi ve bebeğe bir “bebek”ten çok bir “kişi” ya da “birey”miş gibi davranması, büyük çocuğun yeni doğan kardeşine karşı daha ilgili ve şefkatli bir tavır takınmasını sağlar. Kardeş ilişkileri duygusal anlamda çelişkili olarak tanımlanabilir. Zira kardeşler zaman zaman çatıştıkları gibi içten ve sıcak ilişkiler içinde de olabilirler.Yoğun pozitif ve negatif duygusal ilişkiler, kardeşliği çarpıcı hale getirir.Kardeşler büyüdükçe negatif ve pozitif etkileşimlerin yoğunluğu ve sıklığı azalır. Kardeşler özellikle ilk çocuklukta, çocukların yaşamında önemli ve tutarlı sosyalleşme araçlarıdır (Uğurlu, 2012).

1.3.2.3 Akranlık ve Arkadaşlık İlişkileri

Bu alanda yapılan bazı çalışmalarda; çocuğun sosyal yönden uyumu için arkadaş edinmesi ve arkadaş gruplarına girmesi gerektiği sonucuna varmıştır. Arkadaşlık, çocuklara beceri, öğrenme ve gelişim için orta ve koşulları sağlar, duygusal ve bilişsel yönden destekler, sorumluluk almayı, kendi haklarını korumayı, başkalarının hak ve sorumluluklarına saygı duymayı öğrenmesine yardımcı olur. Böylelikle çocuk toplumsal yaşamın yöntem ve kurallarını benimser. Akran grupları, çocukların güven duygularını geliştirir, çekingenliği azaltır, sosyal uyumunu kolaylaştırır. Arkadaşları olan çocuklar olmayanlara göre, sosyal olarak daha yeterlidir. Çocuklar, olgunluk ve yetenek düzeyleri, kendilerine benzer olan yaşlılarıyla arkadaş olur. Arkadaşlarını destekleyici olarak algılayan çocukların daha popüler, daha sosyal oldukları ve daha az davranış problemine rastlandığı görülür (Uğurlu, 2012).

Çetin ve arkadaşları (2003) ise yapmış oldukları çalışmada akran ilişkileri zayıf ve yetersiz olan çocukların psikolojik, davranışsal ve sosyal alanlarda yaşamlarının sonraki döneminde rahatsızlık yaşama eğiliminde oldukları sonucuna varmışlardır. Bunlar arasında okul başarısızlığı, şiddet, psikopatoloji ve suça eğilim sayılabilir.

Buradan düşük sosyal becerilerin çocuklukta yaşanan zorluklar ve ileri yaşlarda yaşanabilecek uyumsuzluklarla ilişkili olduğu anlaşılmaktadır (Bayram, 2013).

1.3.2.4 Kitle İletişim Araçları

Elkin (1995)'e göre kitle iletişim araçları çocukla doğrudan bireysel biretkileşim içinde olmakla birlikte, toplumsallaştırıcı etkileri kendine özgüdür. Kitle iletişim araçları günden güne düzenlenir, çocuğu cezalandırmaz, ödüllendirmez, sevmez. Ancak onun hislerine, eylemlerine cevap verir. Çocuk kitle iletişim araçlarında gördüğü, duyduğu durumları kendi ilgi alanına geçirir ve onların bir bölümü doğrudan onun yaşam biçimini, varlığını etkiler. Çocuğun yaşamına giren bu kurallar ve durumlar dolaylı ya da doğrudan, koşulların da etkisiyle toplumsallaşmaya önemli ölçüde katkı sağlar (Elkin, 1995).

1.3.2.5 Sosyo-Ekonomik Düzey

Alt sosyo-ekonomik düzeydeki ebeveynler, çocuk yetiştirmede daha çok fiziksel ceza ve katı disiplin yöntemleri uygulamaktadır. Çocuk yetiştirmede fiziksel cezalar, reddetme, sevgi yetersizliği ve tutarsız cezalandırma yöntemleri ise çocukta saldırgan davranışların gelişmesine neden olabilmektedir (Bayram, 2013)

Gelişim psikologları, yoksulluğun ve ilgisizliğin çocukların sağlıklı sosyal uyumunu tehdit ettiğini ifade etmektedir. Özellikle dikkati yönlendirme stratejileri, düşük gelirli aileler arasında çocukların sosyal uyumu açısından önemlidir. Annebaların çocuklarıyla hassas etkileşimi, sosyo-ekonomik düzeyin risklerini azaltan en önemli faktördür (Raver, 1997).

1.3.3 Sosyal Uyumsuzluk

Zamanından çok önce çocuktan kopan ve ona karşı çok sevgisiz veya aşırı düşkün davranan, hiç sorumluluk vermeyen veya aşırı ve gereksiz disiplin uygulayan veya disiplin ve sevgi göstermede dengesiz ve tutarsız davranan veya aşırı sınırlayan; devamlı ahlak ve moral nutukları çeken ancak örnek olmayan veya desteklemeyen, güven vermeyen, hep suçlayan aile tutumlarının bu tür psikopatolojik davranışların oluşmasında etken olduğunu vurgulamaktadır. Ailedeki bu olumsuz tutumların varlığını da ailede psikoz veya ciddi sorun veya anti sosyal davranışların varlığı veya uzun süredir tırmanan aile sorunu, ailede devamlı tartışma, uygunsuz sağlık ve ruhsal sorunların varlığı, ailede sağlıksız yaklaşım, tutum ve davranışlar gibi nedenlere dayandırmaktadır normal, gelişimde sağlıklı aile tutumu ise şu şekildedir: Aile çocuğun bilişsel gelişimini destekler ve kolaylaştırır. Deneme, öğrenme, düşünme, iletişim kurma ve bağımsızlaşmada destekleyerek sosyal rol ve davranışı için uygun bir model olarak yardımcı olur. Moral değerlerini önemseyerek ona iyi bir model oluşturur, toplumsallaşma yeteneğini geliştirir (Ekşi, 1999).

1.3.4 Sosyal Uyumsuzluk ve Antisosyal Eğilimler

Genel olarak aşırı dayak atan, dengesiz, düzensiz, ilgisiz davranan, alkol ya da madde bağımlısı olan, suç işleyen anne-babaların ve parçalanmış ailelerin çocuklarında antisosyal kişilik bozukluğu riskinin arttığı belirlenmiştir (Köknel, 1996).

Çevresinde yapıcı davranışlara az fırsat verilerek daha çok yıkıcı davranışların egemen olduğu bir ortamda büyümesi, çocuğun duygu dünyasında karmaşa ve çatışmaya neden olarak antisosyal patlamalara zemin hazırlar. Bu durum da

çocukta birtakım saldırgan ve şiddet içerikli davranışların oluşması ve yerleşmesine neden olabilir (Köknel, 1996).



2.YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın amacı ve araştırma soruları doğrultusunda araştırmanın örnekleme, verilerin toplanması ve verilerin değerlendirilmesi hakkında bilgi verilmiştir.

2.1 Araştırmanın Amacı ve Araştırma Soruları

Bu araştırmanın amacı üniversite öğrencilerinde dikkat eksikliği hiperaktivite düzeyleri ile sosyal uyumları ve atılganlık düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Bu doğrultuda aşağıdaki araştırma sorularına yanıt aranacaktır.

1. Bireylerin cinsiyetleri ile a) Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) b) Rathus Atılganlık Envanteri c) Sosyal Uyum Envanteri alt ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
2. Bireylerin yaşı ile a) Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) b) Rathus Atılganlık Envanteri c) Sosyal Uyum Envanteri alt ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
3. Bireylerin anne ve babalarının hayatta olma durumu ile a) Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) b) Rathus Atılganlık Envanteri c) Sosyal Uyum Envanteri alt ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
4. Bireylerin anne ve babalarının birlikte yaşama durumu ile a) Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) b) Rathus Atılganlık Envanteri c) Sosyal Uyum Envanteri alt ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
5. Bireylerin kardeş sayıları ile a) Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) b) Rathus Atılganlık Envanteri c) Sosyal Uyum Envanteri alt ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

6. Bireylerin boş zaman etkinliklerinde bulunma durumu ile a) Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) b) Rathus Atılganlık Envanteri c) Sosyal Uyum Envanteri alt ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

7. Bireylerin herhangi bir psikiyatrik rahatsızlıklarının olması durumu ile a) Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) b) Rathus Atılganlık Envanteri c) Sosyal Uyum Envanteri alt ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

8. Bireylerin herhangi bir kötü alışkanlıklarının olması durumu ile a) Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) b) Rathus Atılganlık Envanteri c) Sosyal Uyum Envanteri alt ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

9. Bireylerin uyku ve beslenme düzenlerine dikkat etmesi durumu ile a) Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) b) Rathus Atılganlık Envanteri c) Sosyal Uyum Envanteri alt ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

10. Bireylerin çocukluklarında DEHB tanısı alma durumu ile a) Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) b) Rathus Atılganlık Envanteri c) Sosyal Uyum Envanteri alt ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

11. Bireylerin Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) alt ölçek puanları ile Rathus Atılganlık Ölçeği puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

12. Bireylerin Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) alt ölçek puanları ile Sosyal Uyum Envanteri alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

13. Bireylerin Sosyal Uyum Envanteri alt ölçeklerinin puanları ile Rathus Atılganlık Ölçeği puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

2.2 Araştırmanın Örneklemi

Bu çalışma, 2014- 2015 eğitim-öğretim yılı bahar döneminde Üsküdar Üniversitesinde okuyan ve rastlantısal olarak seçilen 25 kadın, 25 erkek toplamda 50 birey ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma grubunda kız olan 25 kişi (%50) ve erkek olan 25 kişi (%50) vardır. 21 yaş ve altında olan 13 kişi (%26), 22-24 yaş arasında olan 20 kişi (%40), 25 yaş ve üstünde olan 17 kişi (%34) vardır.

2.3 Verilerin Toplanması

Araştırmacı veri toplama işlemine başlamadan önce öğrencilere kendini tanıtmış, sonrasında araştırmanın amacı ve içeriğini açıklamıştır. Araştırmaya katılmaya Kabul eden öğrencilere anketin nasıl doldurulacağını anlatmıştır. Demografik formda katılımcılara araştırma sorularının cevaplanma süresi, araştırmaya katılımın gönüllük esasına dayalı olduğu gibi bilgiler verilmiştir. Araştırmaya katılan üniversite öğrencilerine, bu araştırmanın yetişkin bireylerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, atılganlık ve sosyal uyumun incelenmesi amacıyla gerçekleştirildiği belirtilmiştir. Sorulara verilen tüm yanıtların gizli tutulacağı ve bilimsel amaçlar dışında kesinlikle kullanılmayacağı ifade edilerek ölçekleri doldurmaları sağlanmıştır. Her bir anketin doldurulması 10-15 dakikalık bir zaman dilimi içerisinde gerçekleşmiştir.

2.3.1 Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama araçları olarak :Rathus Atılganlık Envanteri (Bkz: Ek-1) Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) (Bkz: Ek-2), , Sosyal Uyum Envanteri (Bkz: Ek-3) ve Demografik Veri Formu (Bkz: Ek-4) kullanılmıştır.

2.3.1.1 Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)

Dünya Sağlık Örgütü tarafından DEHB'nin taranması amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir (kessler ve ark. 2005). Doğan ve ark. (2009) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. ASRS'nin altı soruluk kısa formu özellikle epidemiyolojik araştırmalarda sınıanmış olması ve DSM-IV'e dayalı 18 belirtiyi değerlendiren sorular içermesi açısından daha yararlı görülmektedir. DSÖ tarafından ruhsal bozuklukların taranması amacıyla geliştirilen ölçeklerden biridir.19 Ölçeğin 'dikkat eksikliği' ve 'hiperaktivite/dürtüsellik' olmak üzere her biri dokuz sorudan oluşan iki alt ölçeği vardır. Sorular her belirtinin son altı ay içinde hangi sıklıkta ortaya çıktığını belirlemeye yöneliktir. *Asla* yanıtı için 0, *nadiren* yanıtı için 1, *bazen* yanıtı için 2, *sık* yanıtı için 3, *çok sık* yanıtı için 4 olmak üzere, yanıtlar 0-4 arasında puanlanmaktadır. 'Stepwise logistic regression' çalışması 18 sorudan altısının DEHB tanısını daha iyi kestirebildiğini göstermiştir. Bu altı soru ölçeğin A bölümünü, diğer 12 soru ölçeğin B bölümünü oluşturmaktadır (Doğan, 2009).

2.3.1.2 Rathus Atılganlık Envanteri (RAE)

Rathus Atılganlık Envanteri ise, ergen ve yetişkinlere uygulanabilen olumlu ve olumsuz ifadelerden oluşan toplam 30 maddelik bir envanterdir. Yanıtlama 6'lı likert tipi bir ölçek üzerinde yapılmaktadır. Puan aralığı 30–180 arasındadır. Olumlu ve olumsuz ifadelerin toplamı kişinin atılganlık düzeyini belirlemektedir. Çekingenliğe uzanan uç 30 puan, atılganlığa uzanan uç puan ise 180'dir (Voltan, 1980).

2.3.1.3 Sosyal Uyum Envanteri

Envanter, H.M.Bell ve R. M.Doli tarafından California Stanford Üniversitesinde geliştirilmiş ve ülkemizde Remzi Öncül tarafından Tükçe'ye çevrilmiş ve adapte edilmiştir. Envanter, orta ve yüksek öğrenim gençlerine uygulandığında başarılı sonuçlar vermektedir. Bayan ve erkek öğrencilere rahatlıkla uygulanabilir, ölçülerin güvenilir oluşu kişiler arasında karşılaştırma yapma olanağı sağlar. Sosyal Uyum Envanteri kişisel ve sosyal uyumla ilgili dört ayrı uyumu ölçmeye yarar.

Remzi Öncül tarafından uyarlanan Sosyal Uyum Envanteri kişisel ve sosyal uyumla ilgili dört ayrı uyumu ölçmeye yarar; Aile çevresine uyum, sağlıkla ilgili uyum, sosyal uyum, heyecanlarla ilgili uyum. Orta ve yüksek öğrenim gençlerine uygulandığı zaman envanter başarılı sonuçlar vermektedir. Ölçülerin güvenilirliğinin yüksek oluşu kişiler arasında karşılaştırma yapma olanağı sağlar (Aydın, 2012).

2.3.1.4 Demografik Veri Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan demografik veri formunda katılımcıların yaş, cinsiyet, anne ve babanın yaşıyor olma durumu, anne babanın birlikte yaşıyor olma durumu, boş zaman etkinliklerine katılma durumu, herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığın olma durumu, uyku ve beslenmeye dikkat etme durumu, çocukluk çağında DEHB tanısı alma durumu bilgileri yer almaktadır. Form toplamda 9 sorudan oluşmaktadır.

2.4 Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 15.00 Windows Paket Programı kullanılarak analiz edilmiştir. Analizlerde, Kolmogorov-Smirnov Normallik Testi sonucunda normal dağılım gösteren verilere Bağımsız Örneklem T Testi, Bağımsız Örneklem Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ve normal dağılım göstermeyen verilere Mann-Whitney U Testi, Kruskal-Wallis T Testi, ilişki düzeyleri için ise Pearson Korelasyon Testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Bu bölümde, araştırma doğrultusunda örneklem grubundan toplanan verilerin çözümlenmesiyle elde edilen sonuçların tabloları, yorumları ile birlikte sunulmuştur. Örneklem grubundan elde edilen veriler grubun genel özellikleri frekans ve yüzde dağılımları şeklinde tablolastırılmıştır.

Veri Analiz Teknikleri

Veriler SPSS 15.00 Windows Paket Programı kullanılarak analiz edilmiştir. Analizlerde, Kolmogorov-Smirnov Normallik Testi sonucunda normal dağılım gösteren verilere Bağımsız Örneklem T Testi, Bağımsız Örneklem Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ve normal dağılım göstermeyen verilere Mann-Whitney U Testi, Kruskal-Wallis T Testi, ilişki düzeyleri için ise Pearson Korelasyon Testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Demografik Bilgiler

Tablo4. Yaş, Anne/Babanın Hayatta Olup Olmama, Anne/Babanın Birlikte Yaşama Durumu ve Kardeş Sayıları İle İlgili Dağılımlar

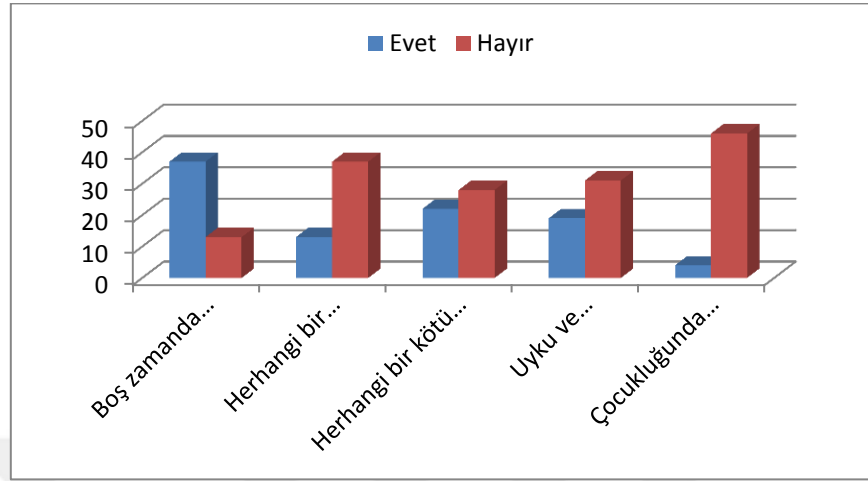
N=50		n	%
Cinsiyet	Kız	25	50
	Erkek	25	50
Yaş	21 Yaş ve Altı	13	26
	22-24 Yaş Arası	20	40
	25 Yaş ve Üstü	17	34
Anne ve Babanın Hayatta Olma Durumu	Her İkisi De Yaşıyor	45	90
	Annem Öldü, Babam Yaşıyor	1	2
	Babam Öldü, Annem Yaşıyor	4	8
Anne ve Baba Hayatta İse Birlikte Yaşama Durumu	Birlikteler	36	72
	Ayrı Yaşıyorlar	3	6
	Boşandılar	6	12
	Anne/Baba Hayatta Değil	5	10
Kardeş Sayısı (Kendisi Dâhil)	1 Kardeş	5	10
	2 Kardeş	20	40
	3 Kardeş	16	32
	4 Kardeş ve Üstü	9	18

Yukarıdaki tabloda, araştırma grubunun yaş, anne/babalarının hayatta olma durumu, anne/babalarının birlikte yaşama durumu ve kardeş sayıları ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Tabloyu incelediğimizde;

Araştırma grubunda kız olan 25 kişi (%50) ve erkek olan 25 kişi (%50) vardır. 21 yaş ve altında olan 13 kişi (%26), 22-24 yaş arasında olan 20 kişi (%40), 25 yaş ve üstünde olan 17 kişi (%34) vardır. Anne ve babası hayatta olan 45 kişi (%90), annesi ölen ve babası hayatta olan 1 kişi (%2), babası ölen ve annesi hayatta olan 4 kişi (%8) vardır. Anne ve babası birlikte yaşayan 36 kişi (%72), anne ve babası ayrı yaşayan 3 kişi (%6), anne ve babası boşanan 6 kişi (%12), anne veya babası hayatta olmayan 5 kişi (%10) vardır. Tek kardeşi olan 5 kişi (%10), 2 kardeşi olan 20 kişi (%40), 3 kardeşi olan 16 kişi (%32) , 4 ve üstünde kardeşi olan 9 kişi (%18) olduğu gözlenmiştir.

Tablo5. Boş Zamanda Etkinlik Yapma, Herhangi Bir Psikiyatrik Rahatsızlık Olma, Herhangi Bir Kötü Alışkanlık Olma, Uyku ve Beslenme Düzenine Dikkat Etme, Çocuklukta DEHB Tanısı Alma Durumu İle İlgili Dağılımlar

N=50	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Boş Zamanda Etkinlik Yapma Durumu (Sportif, Kültürel, Sosyal Etkinlikler)	37	74	13	26
Herhangi Bir Psikiyatrik Rahatsızlık Olma Durumu	13	26	37	74
Herhangi Bir Kötü Alışkanlık Olma Durumu (Sigara, Alkol vb.)	22	44	28	56
Uyku ve Beslenme Düzenine Dikkat Etme Durumu	19	38	31	62
Çocukluğunda DEHB Tanısı Alma Durumu	4	8	46	92



Yukarıdaki grafik ve tabloda, araştırma grubunun boş zamanda etkinlik yapma, herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık olma, herhangi bir kötü alışkanlık olma, uyku ve beslenme düzenine dikkat etme, çocuklukta DEHB tanısı alma durumu ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Tabloyu incelediğimizde;

Boş zamanlarında etkinlik yapan 37 kişi (%74) ve etkinlik yapmayan 13 kişi (%26) vardır. Herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olan 13 kişi (%26) ve psikiyatrik rahatsızlığı olmayan 37 kişi (%74) vardır. Herhangi bir kötü alışkanlığı olan 22 kişi (%44) ve kötü alışkanlığı olmayan 28 kişi (%56) vardır. Uyku ve beslenme düzenine dikkat eden 19 kişi (%38) ve dikkat etmeyen 31 kişi (%62) vardır. Çocuklukta DEHB tanısı alan 4 kişi (%8) ve DEHB tanısı almayan 46 kişi (%92) olduğu gözlenmiştir.

Rathus Atılganlık Puanı, ASRS Ölçeği A Bölüm Puanı ve Alt Boyut Puanları, Sosyal Uyum Ölçeği ve Alt Boyut Puanları İle İlgili Tanımlayıcı İstatistikler

Tablo6. Rathus Atılganlık Puanı, ASRS Ölçeği A Bölüm ve Alt Boyut Puanı, Sosyal Uyum Ölçeği ve Alt Boyut Puanları İle İlgili İstatistikler

N=50	Ortalama	S.Sapma	Min	Max
Rathus Atılganlık Puanı	115,24	19,74	79,00	155,00
A Bölümü (ASRS)	2,26	1,84	0,00	6,00
Dikkat Eksikliği Puanı	15,24	6,79	2,00	28,00
Hiperaktivite/Dürtüsellik Puanı	14,56	6,55	0,00	28,00
ASRS Toplam Puanı	29,80	11,91	4,00	56,00
Aile Çevresine Uyum Puanı	9,92	4,94	2,00	25,00
Sağlıkla İlgili Uyum Puanı	7,92	4,57	0,00	17,00
Sosyal Uyum Puanı	11,58	3,44	3,00	20,00
Heyecansal Uyum Puanı	11,12	5,11	2,00	22,00
Genel Uyum Puanı	40,54	13,44	12,00	69,00

Yukarıdaki tabloda, araştırma grubunun Rathus atılganlık puanları, ASRS ölçeği ve alt boyut puanları, sosyal uyum ölçeği ve alt boyut puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri yer almaktadır. Tabloyu incelediğimizde;

50 kişinin, Rathus atılganlık puan ortalaması 115,24 ve atılganlık düzeylerinin orta olduğu gözlenmiştir.

50 kişinin, ASRS ölçeği A bölüm puan ortalaması 2,26 ve genel olarak dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu açısından sorun olmadığı gözlenmiştir. Erişkin dikkat eksiklik puan ortalaması 15,24 ve DEHB olmadığı gözlenmiştir. Hiperaktivite/dürtüsellik puan ortalaması 14,56 ve DEHB olmadığı gözlenmiştir. ASRS ölçeği toplam puan ortalaması 29,80 olduğu gözlenmiştir.

50 kişinin, aile çevresine uyum puan ortalamasının 9,92, sağlıkla ilgili uyum puan ortalamasının 7,92, sosyal uyum puan ortalamasının 11,58, heyecansal uyum puan ortalamasının 11,12 ve genel uyum puan ortalamasının 40,54 olduğu gözlenmiştir.

Kolmogorov-Smirnov Normallik Testi

Tablo7. Rathus Atılganlık Puanı, ASRS Ölçeği A Bölüm ve Alt Boyut Puanı, Sosyal Uyum Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarına Yönelik Normallik Testi

Kolmogorov-Smirnov Testi	
	P
Rathus Atılganlık Puanı	0,20*
A Bölümü (ASRS)	0,00
Dikkat Eksikliği Puanı	0,20*
Hiperaktivite/Dürtüsellik Puanı	0,00
ASRS Toplam Puanı	0,20*
Aile Çevresine Uyum Puanı	0,12*
Sağlıkla İlgili Uyum Puanı	0,20*
Sosyal Uyum Puanı	0,01
Heyecansal Uyum Puanı	0,20*
Genel Uyum Puanı	0,20*
*P>0,05	

Yukarıdaki tabloda, Rathus atılganlık puanları, ASRS ölçeği ve alt boyut puanları, sosyal uyum ölçeği ve alt boyut puanlarının normal dağılım gösterip göstermediği ile ilgili sonuçlar yer almaktadır. Tabloyu incelediğimizde;

P>0,05 olduğundan dikkat eksikliği puanı, ASRS ölçeği toplam puanı, aile çevresine uyum puanı, sağlıkla ilgili uyum puanı, heyecansal uyum puanı ve genel uyum puanlarının normal dağılım gösterdiği, P<0,05 olduğundan ASRS ölçeği A bölüm puanı, hiperaktivite/dürtüsellik puanı ve sosyal uyum puanlarının normal dağılım göstermediği gözlenmiştir.

Korelasyon Analizleri

Tablo8. ASRS Ölçeği ve Alt Boyut Puanları İle Rathus Atılganlık Puanı, Sosyal Uyum Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkilere Yönelik Pearson Korelasyon Analizi

		A Bölümü (ASRS)	Dikkat Eksikliği Puanı	Hiperaktivite/ Dürtüsellik Puanı	ASRS Toplam Puanı
Rathus Atılganlık Puanı	r	0,09	0,35	0,04	0,22
	P	0,53	0,014*	0,76	0,12
Aile Çevresine Uyum Puanı	r	-0,13	0,10	-0,10	0,00
	P	0,35	0,48	0,47	1,00
Sağlıkla İlgili Uyum Puanı	r	0,13	0,31	0,13	0,25
	P	0,35	0,03*	0,37	0,09
Sosyal Uyum Puanı	r	0,21	0,08	0,21	0,16
	P	0,15	0,58	0,14	0,27
Heyecansal Uyum Puanı	r	0,03	0,02	0,02	0,02
	P	0,85	0,91	0,89	0,89
Genel Uyum Puanı	r	0,06	0,17	0,07	0,13
	P	0,69	0,24	0,65	0,36

*P<0,05

Yukarıdaki tabloda, ASRS ölçeği ve alt boyut puanları ile Rathus atılganlık puanı, sosyal uyum ölçeği ve alt boyut puanları arasındaki ilişkilere yönelik korelasyon test sonuçları yer almaktadır. Tabloyu incelediğimizde;

ASRS ölçeği A bölüm puanı ile:

- Rathus atılganlık puanı arasında aynı yönde çok zayıf bir ilişki vardır ve istatistiksel olarak anlamlı değildir ($r=0,09;P>0,05$).
- Aile çevresine uyum puanı ile ters yönde çok zayıf bir ilişki vardır ve istatistiksel olarak anlamlı değildir ($r=-0,13;P>0,05$).
- Sağlıkla ilgili uyum puanı ile aynı yönde çok zayıf bir ilişki vardır ve istatistiksel olarak anlamlı değildir ($r=0,13;P>0,05$).

- Sosyal uyum puanı ile aynı yönde çok zayıf bir ilişki vardır ve istatistiksel olarak anlamlı değildir ($r=0,21;P>0,05$).
- Heyecansal uyum puanı ile aynı yönde çok zayıf bir ilişki vardır ve istatistiksel olarak anlamlı değildir ($r=0,03;P>0,05$).
- Genel uyum puanı ile aynı yönde çok zayıf bir ilişki vardır ve istatistiksel olarak anlamlı değildir ($r=0,06;P>0,05$).

Erişkin dikkat eksiklik puanı ile:

- Rathus atılganlık puanı arasında aynı yönde zayıf bir ilişki vardır ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Yani dikkat eksiklik puanı arttıkça atılganlık puanı artmaktadır ($r=0,35;P<0,05$).
- Aile çevresine uyum puanı ile aynı yönde çok zayıf bir ilişki vardır ve istatistiksel olarak anlamlı değildir ($r=0,10;P>0,05$).
- Sağlıkla ilgili uyum puanı ile aynı yönde zayıf bir ilişki vardır ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Yani dikkat eksiklik puanı arttıkça sağlıkla ilgili uyum puanı artmaktadır, dolayısıyla sağlıkla ilgili uyumsuzluğun arttığı söylenebilir ($r=0,31;P<0,05$).
- Sosyal uyum puanı ile aynı yönde çok zayıf bir ilişki vardır ve istatistiksel olarak anlamlı değildir ($r=0,08;P>0,05$).
- Heyecansal uyum puanı ile aynı yönde çok zayıf bir ilişki vardır ve istatistiksel olarak anlamlı değildir ($r=0,02;P>0,05$).
- Genel uyum puanı ile aynı yönde çok zayıf bir ilişki vardır ve istatistiksel olarak anlamlı değildir ($r=0,17;P>0,05$).

Hiperaktivite/dürtüsellik puanı ile:

- Rathus atılganlık puanı arasında aynı yönde çok zayıf bir ilişki vardır ve istatistiksel olarak anlamlı değildir ($r=0,04;P>0,05$).

- Aile çevresine uyum puanı ile ters yönde çok zayıf bir ilişki vardır ve istatistiksel olarak anlamlı değildir ($r=-0,10;P>0,05$).
- Sağlıkla ilgili uyum puanı ile aynı yönde çok zayıf bir ilişki vardır ve istatistiksel olarak anlamlı değildir ($r=0,13;P>0,05$).
- Sosyal uyum puanı ile aynı yönde çok zayıf bir ilişki vardır ve istatistiksel olarak anlamlı değildir ($r=0,21;P>0,05$).
- Heyecansal uyum puanı ile aynı yönde çok zayıf bir ilişki vardır ve istatistiksel olarak anlamlı değildir ($r=0,02;P>0,05$).
- Genel uyum puanı ile aynı yönde çok zayıf bir ilişki vardır ve istatistiksel olarak anlamlı değildir ($r=0,07;P>0,05$).

ASRS ölçeği toplam puanı ile:

- Rathus atılganlık puanı arasında aynı yönde çok zayıf bir ilişki vardır ve istatistiksel olarak anlamlı değildir ($r=0,22;P>0,05$). Aile çevresine uyum puanı ile ilişkisi yoktur ($r=0,00;P>0,05$).
- Sağlıkla ilgili uyum puanı ile aynı yönde çok zayıf bir ilişki vardır ve istatistiksel olarak anlamlı değildir ($r=0,25;P>0,05$).
- Sosyal uyum puanı ile aynı yönde çok zayıf bir ilişki vardır ve istatistiksel olarak anlamlı değildir ($r=0,16;P>0,05$).
- Heyecansal uyum puanı ile aynı yönde çok zayıf bir ilişki vardır ve istatistiksel olarak anlamlı değildir ($r=0,02;P>0,05$).
- Genel uyum puanı ile aynı yönde çok zayıf bir ilişki vardır ve istatistiksel olarak anlamlı değildir ($r=0,13;P>0,05$).

Tablo9. Rathus Atılganlık Puanı İle Sosyal Uyum Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkilere Yönelik Pearson Korelasyon Analizi

		Rathus Atılganlık Puanı
Aile Çevresine Uyum Puanı	r	-0,19
	P	0,18
Sağlıkla İlgili Uyum Puanı	r	-0,08
	P	0,57
Sosyal Uyum Puanı	r	-0,15
	P	0,28
Heyecansal Uyum Puanı	r	-0,48
	P	0,00**
Genel Uyum Puanı	r	-0,32
	P	0,02*
*P<0,05 ; **P<0,01		

Yukarıdaki tabloda, Rathus atılganlık puanı ile sosyal uyum ölçeği ve alt boyut puanları arasındaki ilişkilere yönelik korelasyon test sonuçları yer almaktadır. Tabloyu incelediğimizde;

- Rathus atılganlık puanı ile aile çevresine uyum puanı arasında ters yönde çok zayıf bir ilişki vardır ve istatistiksel olarak anlamlı değildir ($r=-0,19;P>0,05$).
- Rathus atılganlık puanı ile sağlıkla ilgili uyum puanı arasında ters yönde çok zayıf bir ilişki vardır ve istatistiksel olarak anlamlı değildir ($r=-0,08;P>0,05$).
- Rathus atılganlık puanı ile sosyal uyum puanı arasında ters yönde çok zayıf bir ilişki vardır ve istatistiksel olarak anlamlı değildir ($r=-0,15;P>0,05$).
- Rathus atılganlık puanı ile heyecansal uyum puanı arasında ters yönde zayıf bir ilişki vardır ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Yani Rathus atılganlık puanı azaldıkça heyecansal uyum puanı artmaktadır, dolayısıyla heyecansal olarak uyumsuzluğun arttığı söylenebilir ($r=-0,48;P<0,01$).
- Rathus atılganlık puanı ile genel uyum puanı arasında ters yönde zayıf bir ilişki vardır ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Yani Rathus atılganlık puanı

azaldıkça genel uyum puan artmaktadır, dolayısıyla genel olarak uyumsuzluğun arttığı söylenebilir ($r=-0,32;P<0,05$).

Demografik Değişkenlere Göre Rathus Atılganlık Puanı, ASRS Ölçeği A Bölüm Puanı ve Alt Boyut Puanları, Sosyal Uyum Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

Cinsiyete Göre Farklılıklar

Tablo10. Cinsiyete Göre ASRS Ölçeği ve Alt Boyut Puanları İle Rathus Atılganlık Puanı, Sosyal Uyum Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

N=50	Cinsiyet	n	Ortalama	S.Sapma	P
Rathus Atılganlık Puanı	Kız	25	118,48	17,83	0,25
	Erkek	25	112,00	21,34	
A Bölüm Puanı (ASRS)	Kız	25	2,16	1,80	0,75
	Erkek	25	2,36	1,91	
Dikkat Eksikliği Puanı	Kız	25	15,76	5,54	0,59
	Erkek	25	14,72	7,93	
Hiperaktivite/Dürtüsellik Puanı	Kız	25	14,48	6,30	0,85
	Erkek	25	14,64	6,92	
ASRS Toplam Puanı	Kız	25	30,24	10,48	0,80
	Erkek	25	29,36	13,38	
Aile Çevresine Uyum Puanı	Kız	25	9,88	4,93	0,96
	Erkek	25	9,96	5,05	
Sağlıkla İlgili Uyum Puanı	Kız	25	7,44	4,49	0,46
	Erkek	25	8,40	4,68	
Sosyal Uyum Puanı	Kız	25	12,24	3,67	0,23
	Erkek	25	10,92	3,12	
Heyecansal Uyum Puanı	Kız	25	11,32	5,42	0,79
	Erkek	25	10,92	4,89	
Genel Uyum Puanı	Kız	25	40,88	14,81	0,86
	Erkek	25	40,20	12,21	

Yukarıdaki tabloda, araştırma grubunun cinsiyetlerine göre Rathus atılganlık puanları, ASRS ölçeği ve alt boyut puanları, sosyal uyum ölçeği ve alt boyut puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri yer almaktadır. Tabloyu incelediğimizde;

Rathus atılganlık puanlarına göre incelediğimizde; 25 kızın puan ortalaması 118,48 ve atılganlık düzeylerinin orta olduğu, 25 erkeğin puan ortalaması 112,00 ve

atılanlık düzeylerinin orta olduğu gözlenmiştir. Yapılan bağımsız örneklem T test sonucuna göre, kız ve erkeklerin Rathus atılanlık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P=0,25>0,05$).

ASRS ölçeği A bölüm puanlarına göre incelediğimizde; 25 kızın puan ortalaması 2,16 ve 25 erkeğin puan ortalaması 2,36 olduğu gözlenmiştir. Burada kız ve erkeklerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu açısından sorunlarının olmadığı görülmektedir. Yapılan Mann-Whitney U test sonucuna göre, kız ve erkeklerin ASRS ölçeği A bölüm puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P=0,75>0,05$).

Erişkin dikkat eksiklik puanlarına göre incelediğimizde; 25 kızın puan ortalaması 15,76 ve DEHB olmadığı, 25 erkeğin puan ortalaması 14,72 ve DEHB olmadığı gözlenmiştir. Yapılan bağımsız örneklem T test sonucuna göre, kız ve erkeklerin erişkin dikkat eksiklik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P=0,59>0,05$).

Hiperaktivite/dürtüsellik puanlarına göre incelediğimizde; 25 kızın puan ortalaması 14,48 ve DEHB olmadığı, 25 erkeğin puan ortalaması 14,64 ve DEHB olmadığı gözlenmiştir. Yapılan Mann-Whitney U test sonucuna göre, kız ve erkeklerin hiperaktivite/dürtüsellik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P=0,85>0,05$).

ASRS ölçeği toplam puanlarına göre incelediğimizde; 25 kızın puan ortalaması 30,24 ve 25 erkeğin puan ortalaması 29,36 olduğu gözlenmiştir. Burada kızların ASRS toplam puanları, erkeklere göre yüksek çıkmıştır. Yapılan bağımsız örneklem T test sonucuna göre, kız ve erkeklerin ASRS toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P=0,80>0,05$).

Aile çevresine uyum puanlarına göre incelediğimizde; 25 kızın puan ortalaması 9,88 ve 25 erkeğin puan ortalaması 9,96 olduğu gözlenmiştir. Burada, aile çevresine uyum bakımından kızlar, erkeklere göre daha iyi uyum sağlamaktadır. Yapılan bağımsız örneklem T test sonucuna göre, kız ve erkeklerin aile çevresine

uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P=0,96>0,05$).

Sağlıkla ilgili uyum puanlarına göre incelediğimizde; 25 kızın puan ortalaması 7,44 ve 25 erkeğin puan ortalaması 8,40 olduğu gözlenmiştir. Burada, sağlıkla ilgili uyum bakımından kızlar, erkeklere göre daha iyi uyum sağlamaktadır. Yapılan bağımsız örneklem T test sonucuna göre, kız ve erkeklerin sağlıkla ilgili uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P=0,46>0,05$).

Sosyal uyum puanlarına göre incelediğimizde; 25 kızın puan ortalaması 12,24 ve 25 erkeğin puan ortalaması 10,92 olduğu gözlenmiştir. Burada, sosyal uyum bakımından kızlar boyun eğmeye yatkın ve sosyal ilişkilerinde çekingen davranışlar sergilediklerinden, erkeklere göre az uyum sağlamaktadır. Yapılan Mann-Whitney U test sonucuna göre, kız ve erkeklerin sosyal uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P=0,23>0,05$).

Heyecansal uyum puanlarına göre incelediğimizde; 25 kızın puan ortalaması 11,32 ve 25 erkeğin puan ortalaması 10,92 olduğu gözlenmiştir. Burada, heyecansal uyum bakımından kızlar kararsız olduklarından, erkeklere göre az uyum sağlamaktadır. Yapılan bağımsız örneklem T test sonucuna göre, kız ve erkeklerin heyecansal uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P=0,79>0,05$).

Genel uyum puanlarına göre incelediğimizde; 25 kızın puan ortalaması 40,88 ve 25 erkeğin puan ortalaması 40,20 olduğu gözlenmiştir. Burada, genel sosyal uyum bakımından kızlar, erkeklere göre az uyum sağlamaktadır. Yapılan bağımsız örneklem T test sonucuna göre, kız ve erkeklerin genel uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P=0,86>0,05$).

Yaşlara Göre Farklılıklar

Tablo11. Yaşlara Göre ASRS Ölçeği ve Alt Boyut Puanları İle Rathus Atılganlık Puanı, Sosyal Uyum Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

N=50	Yaş	n	Ortalama	S.Sapma	P
Rathus Atılganlık Puanı	21 Yaş ve Altı	13	122,69	18,08	0,26
	22-24 Yaş Arası	20	111,30	20,61	
	25 Yaş ve Üstü	17	114,18	19,43	
A Bölüm Puanı (ASRS)	21 Yaş ve Altı	13	3,08	1,44	0,02*
	22-24 Yaş Arası	20	2,40	2,06	
	25 Yaş ve Üstü	17	1,47	1,59	
Dikkat Eksikliği Puanı	21 Yaş ve Altı	13	17,69	5,36	0,15
	22-24 Yaş Arası	20	15,65	6,73	
	25 Yaş ve Üstü	17	12,88	7,42	
Hiperaktivite/Dürtüsellik Puanı	21 Yaş ve Altı	13	16,69	4,92	0,19
	22-24 Yaş Arası	20	14,50	8,15	
	25 Yaş ve Üstü	17	13,00	5,30	
ASRS Toplam Puanı	21 Yaş ve Altı	13	34,38	9,00	0,15
	22-24 Yaş Arası	20	30,15	13,34	
	25 Yaş ve Üstü	17	25,88	11,33	
Aile Çevresine Uyum Puanı	21 Yaş ve Altı	13	8,23	3,22	0,01*
	22-24 Yaş Arası	20	12,35	5,42	
	25 Yaş ve Üstü	17	8,35	4,44	
Sağlıkla İlgili Uyum Puanı	21 Yaş ve Altı	13	8,08	4,63	0,66
	22-24 Yaş Arası	20	8,50	3,66	
	25 Yaş ve Üstü	17	7,12	5,54	
Sosyal Uyum Puanı	21 Yaş ve Altı	13	12,46	3,64	0,60
	22-24 Yaş Arası	20	11,55	3,35	
	25 Yaş ve Üstü	17	10,94	3,44	
Heyecansal Uyum Puanı	21 Yaş ve Altı	13	10,46	5,11	0,12
	22-24 Yaş Arası	20	12,90	5,01	
	25 Yaş ve Üstü	17	9,53	4,86	
Genel Uyum Puanı	21 Yaş ve Altı	13	39,23	12,92	0,10
	22-24 Yaş Arası	20	45,30	13,67	
	25 Yaş ve Üstü	17	35,94	12,40	

*P<0,05

Yukarıdaki tabloda, araştırma grubunun yaşlarına göre Rathus atılganlık puanları, ASRS ölçeği ve alt boyut puanları, sosyal uyum ölçeği ve alt boyut puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri yer almaktadır. Tabloyu incelediğimizde; Rathus atılganlık puanlarına göre incelediğimizde; 21 yaş ve altında olan 13 kişinin puan ortalaması 122,69 ve atılganlık düzeylerinin orta, 22-24 yaş arasında olan 20 kişinin puan ortalaması 111,30 ve atılganlık düzeylerinin orta, 25 yaş ve üstünde

olan 17 kişinin puan ortalaması 114,18 ve atılganlık düzeylerinin orta olduğu gözlenmiştir. Yapılan bağımsız örneklem tek yönlü varyans (ANOVA) sonucuna göre, Rathus atılganlık puanları yaşlara göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($P=0,26>0,05$).

ASRS ölçeği A bölüm puanlarına göre incelediğimizde; 21 yaş ve altında olan 13 kişinin puan ortalaması 3,08, 22-24 yaş arasında olan 20 kişinin puan ortalaması 2,40, 25 yaş ve üstünde olan 17 kişinin puan ortalaması 1,47 olduğu gözlenmiştir. Burada 21 yaş ve altında olan, 22-24 yaş arasında olan, 25 yaş ve üstünde olan kişilerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu açısından sorunlarının olmadığı görülmektedir. Yapılan Kruskal Wallis test sonucuna göre, ASRS ölçeği A bölüm puanları yaşlara göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($P=0,02<0,05$). Farklılıkların hangi yaşlar arasında olduğuna dair tablo, aşağıda yer almaktadır.

Erişkin dikkat eksiklik puanlarına göre incelediğimizde; 21 yaş ve altında olan 13 kişinin puan ortalaması 17,69 ve olasılıkla DEHB olduğu, 22-24 yaş arasında olan 20 kişinin puan ortalaması 15,65 ve DEHB olmadığı, 25 yaş ve üstünde olan 17 kişinin puan ortalaması 12,88 ve DEHB olmadığı gözlenmiştir. Yapılan bağımsız örneklem tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucuna göre, erişkin dikkat eksiklik puanları yaşlara göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($P=0,15>0,05$).

Hiperaktivite/dürtüsellik puanlarına göre incelediğimizde; 21 yaş ve altında olan 13 kişinin puan ortalaması 16,69 ve olasılıkla DEHB olduğu, 22-24 yaş arasında olan 20 kişinin puan ortalaması 14,50 ve DEHB olmadığı, 25 yaş ve üstünde olan 17 kişinin puan ortalaması 13,00 ve DEHB olmadığı gözlenmiştir. Yapılan Kruskal Wallis test sonucuna göre, hiperaktivite/dürtüsellik puanları yaşlara göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($P=0,19>0,05$).

ASRS ölçeği toplam puanlarına göre incelediğimizde; 21 yaş ve altında olan 13 kişinin puan ortalaması 34,38, 22-24 yaş arasında olan 20 kişinin puan ortalaması 30,15, 25 yaş ve üstünde olan 17 kişinin puan ortalaması 25,88 olduğu gözlenmiştir. Burada 21 yaş ve altında olan kişilerin ASRS toplam puanları, diğer

yaşlardaki kişilere göre yüksek çıkmıştır. Yapılan bağımsız örneklem tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucuna göre, ASRS toplam puanları yaşlara göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($P=0,15>0,05$).

Aile çevresine uyum puanlarına göre incelediğimizde; 21 yaş ve altında olan 13 kişinin puan ortalaması 8,23, 22-24 yaş arasında olan 20 kişinin puan ortalaması 12,35, 25 yaş ve üstünde olan 17 kişinin puan ortalaması 8,35 olduğu gözlenmiştir. Burada, aile çevresine uyum bakımından 21 yaş ve altında olan kişiler, diğer yaşlardaki kişilere göre daha iyi uyum sağlamaktadır. Yapılan bağımsız örneklem tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucuna göre, aile çevresine uyum puanları yaşlara göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($P=0,01<0,05$). Farklılıkların hangi yaşlar arasında olduğuna dair tablo, aşağıda yer almaktadır.

Sağlıkla ilgili uyum puanlarına göre incelediğimizde; 21 yaş ve altında olan 13 kişinin puan ortalaması 8,08, 22-24 yaş arasında olan 20 kişinin puan ortalaması 8,50, 25 yaş ve üstünde olan 17 kişinin puan ortalaması 7,12 olduğu gözlenmiştir. Burada, sağlıkla ilgili uyum bakımından 25 yaş ve üstünde olan kişiler, diğer yaşlardaki kişilere göre daha iyi uyum sağlamaktadır. Yapılan bağımsız örneklem tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucuna göre, sağlıkla ilgili uyum puanları yaşlara göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($P=0,66>0,05$).

Sosyal uyum puanlarına göre incelediğimizde; 21 yaş ve altında olan 13 kişinin puan ortalaması 12,46, 22-24 yaş arasında olan 20 kişinin puan ortalaması 11,55, 25 yaş ve üstünde olan 17 kişinin puan ortalaması 10,94 olduğu gözlenmiştir. Burada, sosyal uyum bakımından 21 yaş ve altında olan kişiler boyun eğmeye yatkın ve sosyal ilişkilerinde çekingen davranışlar sergilediklerinden, diğer yaşlardaki kişilere göre az uyum sağlamaktadır. Yapılan Kruskal Wallis test sonucuna göre, sosyal uyum puanları yaşlara göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($P=0,60>0,05$).

Heyecansal uyum puanlarına göre incelediğimizde; 21 yaş ve altında olan 13 kişinin puan ortalaması 10,46, 22-24 yaş arasında olan 20 kişinin puan ortalaması 12,90, 25 yaş ve üstünde olan 17 kişinin puan ortalaması 9,53 olduğu gözlenmiştir.

Burada, heyecansal uyum bakımından 22-24 yaş arasında olan kişiler kararsız olduklarından, diğer yaşlardaki kişilere göre az uyum sağlamaktadır. Yapılan bağımsız örneklem tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucuna göre, heyecansal uyum puanları yaşlara göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($P=0,12>0,05$).

Genel uyum puanlarına göre incelediğimizde; 21 yaş ve altında olan 13 kişinin puan ortalaması 39,23, 22-24 yaş arasında olan 20 kişinin puan ortalaması 45,30, 25 yaş ve üstünde olan 17 kişinin puan ortalaması 35,94 olduğu gözlenmiştir. Burada, genel sosyal uyum bakımından 25 yaş ve üstünde olan kişiler, diğer yaşlardaki kişilere göre daha iyi uyum sağlamaktadır. Yapılan bağımsız örneklem tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucuna göre, genel uyum puanları yaşlara göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($P=0,10>0,05$).

Tablo12. Aile Çevresine Uyum ve ASRS Ölçeği A Bölüm Puanlarının Hangi Yaşlar Arasında Farklılıklar Gösterdiğine Dair Test Sonuçları

Yaş		P Değeri	
		A Bölüm Puanı (ASRS)	Aile Çevresine Uyum Puanı
21 Yaş ve Altı	22-24 Yaş Arası	0,18	0,04*
	25 Yaş ve Üstü	0,01*	1,00
22-24 Yaş Arası	21 Yaş ve Altı	0,18	0,04*
	25 Yaş ve Üstü	0,14	0,03*
25 Yaş ve Üstü	21 Yaş ve Altı	0,01*	1,00
	22-24 Yaş Arası	0,14	0,03*
* $P<0,05$			

ASRS ölçeği A bölüm puanı ve aile çevresine uyum puanları yaşlara göre anlamlı bir farklılık gösterdiği gözlenmiştir ve bu farklılıkların hangi yaşlar arasında olduğuna dair test sonuçları ise yukarıdaki tabloda yer almaktadır. Tabloyu incelediğimizde;

ASRS ölçeği A bölüm puanına göre incelediğimizde;

- 21 yaş ve altında olan kişiler ile 22-24 yaş arasında olan kişilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($P>0,05$).

- 21 yaş ve altında olan kişiler ile 25 yaş üstünde olan kişilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır ($P<0,05$). Yani 21 yaş ve altında olan kişilerin puanlarının yüksek olması anlamlı bulunmuştur.

- 22-24 yaş arasında olan kişiler ile 25 yaş ve üstünde olan kişilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($P>0,05$).

Aile çevresine uyum puanına göre incelediğimizde;

- 21 yaş ve altında olan kişiler ile 22-24 yaş arasında olan kişilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır ($P<0,05$). Yani 21 yaş ve altında olan kişiler, 22-24 yaş arasında olan kişilere göre aile çevresine daha iyi uyum sağlamaktadır.

- 21 yaş ve altında olan kişiler ile 25 yaş üstünde olan kişilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($P>0,05$).

- 22-24 yaş arasında olan kişiler ile 25 yaş ve üstünde olan kişilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır ($P<0,05$). Yani 25 yaş ve üstünde olan kişiler, 22-24 yaş arasında olan kişilere göre aile çevresine daha iyi uyum sağlamaktadır.

Anne/Babanın Hayatta Olup Olmama Durumlarına Göre Farklılıklar

Tablo13. Anne/Babanın Hayatta Olup Olmama Durumlarına Göre ASRS Ölçeği ve Alt Boyut Puanları İle Rathus Atılganlık Puanı, Sosyal Uyum Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

N=50	Anne ne Babanın Hayatta Olma Durumu	n	Ortalama	S.Sapma	P
Rathus Atılganlık Puanı	Her İkisi De Yaşiyor	45	115,18	20,06	0,9
	Anne veya Baba Hayatta	5	115,80	18,55	5
A Bölüm Puanı (ASRS)	Her İkisi De Yaşiyor	45	2,13	1,77	0,2
	Anne veya Baba Hayatta	5	3,40	2,30	0
Dikkat Eksikliği Puanı	Her İkisi De Yaşiyor	45	14,91	6,81	0,3
	Anne veya Baba Hayatta	5	18,20	6,53	1
Hiperaktivite/Dürtüsellik Puanı	Her İkisi De Yaşiyor	45	14,20	6,59	0,1
	Anne veya Baba Hayatta	5	17,80	5,81	7
ASRS Toplam Puanı	Her İkisi De Yaşiyor	45	29,11	11,86	0,2
	Anne veya Baba Hayatta	5	36,00	11,66	2
Aile Çevresine Uyum Puanı	Her İkisi De Yaşiyor	45	10,20	5,00	0,2
	Anne veya Baba Hayatta	5	7,40	3,91	3
Sağlıkla İlgili Uyum Puanı	Her İkisi De Yaşiyor	45	7,62	4,51	0,1
	Anne veya Baba Hayatta	5	10,60	4,62	7
Sosyal Uyum Puanı	Her İkisi De Yaşiyor	45	11,69	3,42	0,7
	Anne veya Baba Hayatta	5	10,60	3,78	4
Heyecansal Uyum Puanı	Her İkisi De Yaşiyor	45	11,20	5,30	0,7
	Anne veya Baba Hayatta	5	10,40	3,21	4
Genel Uyum Puanı	Her İkisi De Yaşiyor	45	40,71	13,86	0,7
	Anne veya Baba Hayatta	5	39,00	9,77	9

Yukarıdaki tabloda, araştırma grubunun anne/babalarının hayatta olup olmama durumlarına göre Rathus atılganlık puanları, ASRS ölçeği ve alt boyut puanları, sosyal uyum ölçeği ve alt boyut puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri yer almaktadır. Tabloyu incelediğimizde;

Rathus atılganlık puanlarına göre incelediğimizde; anne ve babasından her ikisi hayatta olan 45 kişinin puan ortalaması 115,18 ve atılganlık düzeylerinin orta, anne ve babasından biri hayatta olan 5 kişinin puan ortalaması 115,80 ve atılganlık düzeylerinin orta olduğu gözlenmiştir. Yapılan bağımsız örneklem T test sonucuna göre, Rathus atılganlık puanları anne ve babanın hayatta olup olmama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($P=0,95>0,05$).

ASRS ölçeği A bölüm puanlarına göre incelediğimizde; anne ve babasından her ikisi hayatta olan 45 kişinin puan ortalaması 2,13, anne ve babasından biri hayatta olan 5 kişinin puan ortalaması 3,40 olduğu gözlenmiştir. Yapılan Mann Whitney U test sonucuna göre, ASRS ölçeği A bölüm puanları anne ve babanın hayatta olup olmama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($P=0,20>0,05$).

Erişkin dikkat eksiklik puanlarına göre incelediğimizde; anne ve babasından her ikisi hayatta olan 45 kişinin puan ortalaması 14,91 ve DEHB olmadığı, anne ve babasından biri hayatta olan 5 kişinin puan ortalaması 18,20 ve olasılıkla DEHB olduğu gözlenmiştir. Yapılan bağımsız örneklem T test sonucuna göre, erişkin dikkat eksiklik puanları anne ve babanın hayatta olup olmama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($P=0,31>0,05$).

Hiperaktivite/dürtüsellik puanlarına göre incelediğimizde; anne ve babasından her ikisi hayatta olan 45 kişinin puan ortalaması 14,20 ve DEHB olmadığı, anne ve babasından biri hayatta olan 5 kişinin puan ortalaması 17,80 ve olasılıkla DEHB olduğu gözlenmiştir. Yapılan Mann Whitney U test sonucuna göre, hiperaktivite/dürtüsellik puanları anne ve babanın hayatta olup olmama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($P=0,17>0,05$).

ASRS ölçeği toplam puanlarına göre incelediğimizde; anne ve babasından her ikisi hayatta olan 45 kişinin puan ortalaması 29,11, anne ve babasından biri hayatta olan 5 kişinin puan ortalaması 36,00 olduğu gözlenmiştir. Burada anne ve babasından biri hayatta olan kişilerin ASRS toplam puanları, anne ve babasından her ikisi hayatta olan kişilere göre yüksek çıkmıştır. Yapılan bağımsız örneklem T test sonucuna göre, ASRS toplam puanları anne ve babanın hayatta olup olmama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($P=0,22>0,05$).

Aile çevresine uyum puanlarına göre incelediğimizde; anne ve babasından her ikisi hayatta olan 45 kişinin puan ortalaması 10,20, anne ve babasından biri hayatta olan 5 kişinin puan ortalaması 7,40 olduğu gözlenmiştir. Burada, aile çevresine uyum bakımından anne ve babasından biri hayatta olan kişiler, anne ve babasından her ikisi hayatta olan kişilere göre daha iyi uyum sağlamaktadır. Yapılan bağımsız

örnekleme T test sonucuna göre, aile çevresine uyum puanları anne ve babanın hayatta olup olmama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($P=0,23>0,05$).

Sağlıkla ilgili uyum puanlarına göre incelediğimizde; anne ve babasından her ikisi hayatta olan 45 kişinin puan ortalaması 7,62, anne ve babasından biri hayatta olan 5 kişinin puan ortalaması 10,60 olduğu gözlenmiştir. Burada, sağlıkla ilgili uyum bakımından anne ve babasından her ikisi hayatta olan kişiler, anne ve babasından biri hayatta olan kişilere göre daha iyi uyum sağlamaktadır. Yapılan bağımsız örneklem T test sonucuna göre, sağlıkla ilgili uyum puanları anne ve babanın hayatta olup olmama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($P=0,17>0,05$).

Sosyal uyum puanlarına göre incelediğimizde; anne ve babasından her ikisi hayatta olan 45 kişinin puan ortalaması 11,69, anne ve babasından biri hayatta olan 5 kişinin puan ortalaması 10,60 olduğu gözlenmiştir. Burada, sosyal uyum bakımından anne ve babasından her ikisi hayatta olan kişiler boyun eğmeye yatkın ve sosyal ilişkilerinde çekingen davranışlar sergilediklerinden, anne ve babasından biri hayatta olan kişilere göre az uyum sağlamaktadır. Yapılan Mann Whitney U test sonucuna göre, sosyal uyum puanları anne ve babanın hayatta olup olmama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($P=0,74>0,05$).

Heyecansal uyum puanlarına göre incelediğimizde; anne ve babasından her ikisi hayatta olan 45 kişinin puan ortalaması 11,20, anne ve babasından biri hayatta olan 5 kişinin puan ortalaması 10,40 olduğu gözlenmiştir. Burada, heyecansal uyum bakımından anne ve babasından her ikisi hayatta olan kişiler kararsız olduklarından, anne ve babasından biri hayatta olan kişilere göre az uyum sağlamaktadır. Yapılan bağımsız örneklem T test sonucuna göre, heyecansal uyum puanları anne ve babanın hayatta olup olmama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($P=0,74>0,05$).

Genel uyum puanlarına göre incelediğimizde; anne ve babasından her ikisi hayatta olan 45 kişinin puan ortalaması 40,71, anne ve babasından biri hayatta olan 5

kişinin puan ortalaması 39,00 olduğu gözlenmiştir. Burada, genel sosyal uyum bakımından anne ve babasından biri hayatta olan kişiler, anne ve babasından her ikisi hayatta olan kişilere göre daha iyi uyum sağlamaktadır. Yapılan bağımsız örneklem T test sonucuna göre, genel uyum puanları anne ve babanın hayatta olup olmama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($P=0,79>0,05$).

Anne ve Baba Hayatta İse Birlikte Yaşama Durumlarına Göre Farklılıklar

Tablo14. Anne ve Baba Hayatta İse Birlikte Yaşama Durumlarına Göre ASRS Ölçeği ve Alt Boyut Puanları İle Rathus Atılganlık Puanı, Sosyal Uyum Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

N=50	Anne ve Baba Hayatta İse Birlikte Yaşama Durumu	n	Ortalama	S.Sapma	P
Rathus Atılganlık Puanı	Birlikteler	36	116,47	20,02	0,69
	Ayrı Yaşıyorlar/Boşandılar	9	110,00	20,52	
	Anne/Baba Hayatta Değil	5	115,80	18,55	
A Bölüm Puanı (ASRS)	Birlikteler	36	2,19	1,60	0,27
	Ayrı Yaşıyorlar/Boşandılar	9	1,89	2,42	
	Anne/Baba Hayatta Değil	5	3,40	2,30	
Dikkat Eksikliği Puanı	Birlikteler	36	15,03	6,95	0,58
	Ayrı Yaşıyorlar/Boşandılar	9	14,44	6,60	
	Anne/Baba Hayatta Değil	5	18,20	6,53	
Hiperaktivite/Dürtüsellik Puanı	Birlikteler	36	14,31	6,67	0,35
	Ayrı Yaşıyorlar/Boşandılar	9	13,78	6,61	
	Anne/Baba Hayatta Değil	5	17,80	5,81	
ASRS Toplam Puanı	Birlikteler	36	29,33	11,78	0,47
	Ayrı Yaşıyorlar/Boşandılar	9	28,22	12,87	
	Anne/Baba Hayatta Değil	5	36,00	11,66	
Aile Çevresine Uyum Puanı	Birlikteler	36	10,36	5,22	0,45
	Ayrı Yaşıyorlar/Boşandılar	9	9,56	4,19	
	Anne/Baba Hayatta Değil	5	7,40	3,91	
Sağlıkla İlgili Uyum Puanı	Birlikteler	36	7,53	4,84	0,38
	Ayrı Yaşıyorlar/Boşandılar	9	8,00	3,08	
	Anne/Baba Hayatta Değil	5	10,60	4,62	
Sosyal Uyum Puanı	Birlikteler	36	12,31	3,28	0,04*
	Ayrı Yaşıyorlar/Boşandılar	9	9,22	2,99	
	Anne/Baba Hayatta Değil	5	10,60	3,78	
Heyecansal Uyum Puanı	Birlikteler	36	11,58	5,45	0,58
	Ayrı Yaşıyorlar/Boşandılar	9	9,67	4,64	
	Anne/Baba Hayatta Değil	5	10,40	3,21	
Genel Uyum Puanı	Birlikteler	36	41,78	14,44	0,56
	Ayrı Yaşıyorlar/Boşandılar	9	36,44	10,91	

Anne/Baba Hayatta Değil	5	39,00	9,77	
*P<0,05				

Yukarıdaki tabloda, araştırma grubunun anne ve babaları hayatta ise birlikte yaşama durumlarına göre Rathus atılganlık puanları, ASRS ölçeği ve alt boyut puanları, sosyal uyum ölçeği ve alt boyut puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri yer almaktadır. Tabloyu incelediğimizde;

Rathus atılganlık puanlarına göre incelediğimizde; anne ve babası birlikte yaşayan 36 kişinin puan ortalaması 116,47 ve atılganlık düzeylerinin orta, anne ve babası ayrı yaşayan/boşanan 9 kişinin puan ortalaması 110,00 ve atılganlık düzeylerinin orta, anne veya babası hayatta olmayan 5 kişinin puan ortalaması 115,80 ve atılganlık düzeylerinin orta olduğu gözlenmiştir. Yapılan bağımsız örneklem tek yönlü varyans (ANOVA) sonucuna göre, Rathus atılganlık puanları anne ve babaları hayatta ise birlikte yaşama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($P=0,69>0,05$).

ASRS ölçeği A bölüm puanlarına göre incelediğimizde; anne ve babası birlikte yaşayan 36 kişinin puan ortalaması 2,19, anne ve babası ayrı yaşayan/boşanan 9 kişinin puan ortalaması 1,89, anne veya babası hayatta olmayan 5 kişinin puan ortalaması 3,40 olduğu gözlenmiştir. Yapılan Kruskal Wallis test sonucuna göre, ASRS ölçeği A bölüm puanları anne ve babalarının ise birlikte yaşama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($P=0,27>0,05$).

Erişkin dikkat eksiklik puanlarına göre incelediğimizde; anne ve babası birlikte yaşayan 36 kişinin puan ortalaması 15,03 ve DEHB olmadığı, anne ve babası ayrı yaşayan/boşanan 9 kişinin puan ortalaması 14,44 ve DEHB olmadığı, anne veya babası hayatta olmayan 5 kişinin puan ortalaması 18,20 ve olasılıkla DEHB olduğu gözlenmiştir. Yapılan bağımsız örneklem tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucuna göre, erişkin dikkat eksiklik puanları anne ve babalarının birlikte yaşama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($P=0,58>0,05$).

Hiperaktivite/dürtüsellik puanlarına göre incelediğimizde; anne ve babası birlikte yaşayan 36 kişinin puan ortalaması 14,31 ve DEHB olmadığı, anne ve babası ayrı yaşayan/boşanan 9 kişinin puan ortalaması 13,78 ve DEHB olmadığı, anne veya babası hayatta olmayan 5 kişinin puan ortalaması 17,80 ve olasılıkla DEHB olduğu gözlenmiştir. Yapılan Kruskal Wallis test sonucuna göre, hiperaktivite/dürtüsellik puanları anne ve babalarının birlikte yaşama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($P=0,35>0,05$).

ASRS ölçeği toplam puanlarına göre incelediğimizde; anne ve babası birlikte yaşayan 36 kişinin puan ortalaması 29,33, anne ve babası ayrı yaşayan/boşanan 9 kişinin puan ortalaması 28,22, anne veya babası hayatta olmayan 5 kişinin puan ortalaması 36,00 olduğu gözlenmiştir. Burada anne veya babası hayatta olmayan kişilerin ASRS toplam puanları, diğer kişilere göre yüksek çıkmıştır. Yapılan bağımsız örneklem tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucuna göre, ASRS toplam puanları anne ve babalarının birlikte yaşama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($P=0,47>0,05$).

Aile çevresine uyum puanlarına göre incelediğimizde; anne ve babası birlikte yaşayan 36 kişinin puan ortalaması 10,36, anne ve babası ayrı yaşayan/boşanan 9 kişinin puan ortalaması 9,56, anne veya babası hayatta olmayan 5 kişinin puan ortalaması 7,40 olduğu gözlenmiştir. Burada, aile çevresine uyum bakımından anne veya babası hayatta olmayan kişiler, diğer kişilere göre daha iyi uyum sağlamaktadır. Yapılan bağımsız örneklem tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucuna göre, aile çevresine uyum puanları anne ve babalarının birlikte yaşama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($P=0,45>0,05$).

Sağlıkla ilgili uyum puanlarına göre incelediğimizde; anne ve babası birlikte yaşayan 36 kişinin puan ortalaması 7,53, anne ve babası ayrı yaşayan/boşanan 9 kişinin puan ortalaması 8,00, anne veya babası hayatta olmayan 5 kişinin puan ortalaması 10,60 olduğu gözlenmiştir. Burada, sağlıkla ilgili uyum bakımından anne ve babası birlikte yaşayan kişiler, diğer kişilere göre daha iyi uyum sağlamaktadır. Yapılan bağımsız örneklem tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

sonucuna göre, sağlıkla ilgili uyum puanları anne ve babalarının birlikte yaşama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($P=0,38>0,05$).

Sosyal uyum puanlarına göre incelediğimizde; anne ve babası birlikte yaşayan 36 kişinin puan ortalaması 12,31, anne ve babası ayrı yaşayan/boşanan 9 kişinin puan ortalaması 9,22, anne veya babası hayatta olmayan 5 kişinin puan ortalaması 10,60 olduğu gözlenmiştir. Burada, sosyal uyum bakımından anne ve babası birlikte yaşayan kişiler boyun eğmeye yatkın ve sosyal ilişkilerinde çekingen davranışlar sergilediklerinden, diğer kişilere göre az uyum sağlamaktadır. Yapılan Kruskal Wallis test sonucuna göre, sosyal uyum puanları anne ve babalarının birlikte yaşama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($P=0,04<0,05$). Farklılıkların hangi durumlar arasında olduğuna dair tablo, aşağıda yer almaktadır.

Heyecansal uyum puanlarına göre incelediğimizde; anne ve babası birlikte yaşayan 36 kişinin puan ortalaması 11,58, anne ve babası ayrı yaşayan/boşanan 9 kişinin puan ortalaması 9,67, anne veya babası hayatta olmayan 5 kişinin puan ortalaması 10,40 olduğu gözlenmiştir. Burada, heyecansal uyum bakımından anne ve babası birlikte yaşayan kişiler kararsız olduklarından, diğer kişilere göre az uyum sağlamaktadır. Yapılan bağımsız örneklem tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucuna göre, heyecansal uyum puanları anne ve babalarının birlikte yaşama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($P=0,58>0,05$).

Genel uyum puanlarına göre incelediğimizde; anne ve babası birlikte yaşayan 36 kişinin puan ortalaması 41,78, anne ve babası ayrı yaşayan/boşanan 9 kişinin puan ortalaması 36,44, anne veya babası hayatta olmayan 5 kişinin puan ortalaması 39,00 olduğu gözlenmiştir. Burada, genel sosyal uyum bakımından anne ve babası ayrı yaşayan/boşanan kişiler, diğer kişilere göre daha iyi uyum sağlamaktadır. Yapılan bağımsız örneklem tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucuna göre, genel uyum puanları anne ve babalarının birlikte yaşama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($P=0,56>0,05$).

Tablo15. Sosyal Uyum Puanlarının Anne ve Babanın Birlikte Yaşama Bakından Hangi Durumlar Arasında Farklılıklar Gösterdiğine Dair Test Sonuçları

Sosyal Uyum		
Anne ve Baba Hayatta İse Birlikte Yaşama Durumu		P Değeri
Birlikteler	Ayrı Yaşıyorlar/Boşandılar	0,01*
	Anne/Baba Hayatta Değil	0,47
Ayrı Yaşıyorlar/Boşandılar	Birlikteler	0,01*
	Anne/Baba Hayatta Değil	0,28
Anne/Baba Hayatta Değil	Birlikteler	0,47
	Ayrı Yaşıyorlar/Boşandılar	0,28
*P<0,05		

Anne ve babaları hayatta ise birlikte yaşama durumlarına göre sosyal uyum puanları anlamlı bir farklılık gösterdiği gözlenmişti ve bu farklılıkların hangi durumlar arasında olduğuna dair test sonuçları ise yukarıdaki tabloda yer almaktadır. Tabloyu incelediğimizde;

- Anne ve babası birlikte yaşayan kişiler ile ayrı yaşayan/boşanan kişilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır (P<0,05). Yani anne ve babası ayrı yaşayan/boşanan kişiler, anne ve babası birlikte yaşayan kişilere göre daha iyi uyum sağlamaktadır.
- Anne ve babası birlikte yaşayan kişiler ile anne/babası hayatta olmayan kişilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur (P>0,05).
- Anne ve babası ayrı yaşayan/boşanan kişiler ile anne/babası hayatta olmayan kişilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur (P>0,05).

Kardeş Sayılarına Göre Farklılıklar

Tablo 16. Kardeş Sayılarına Göre ASRS Ölçeği ve Alt Boyut Puanları İle Rathus Atılganlık Puanı, Sosyal Uyum Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

N=50	Kardeş Sayısı (Kendisi Dâhil)	n	Ortalama	S.Sapma	P
Rathus Atılganlık Puanı	1 Kardeş	5	101,00	20,76	0,33
	2 Kardeş	20	118,85	18,83	
	3 Kardeş	16	116,56	20,42	
	4 Kardeş ve Üstü	9	112,78	19,42	
A Bölüm Puanı (ASRS)	1 Kardeş	5	1,40	1,67	0,47
	2 Kardeş	20	2,25	1,86	
	3 Kardeş	16	2,63	1,67	
	4 Kardeş ve Üstü	9	2,11	2,26	
Dikkat Eksikliği Puanı	1 Kardeş	5	10,40	5,59	0,40
	2 Kardeş	20	16,15	6,38	
	3 Kardeş	16	15,81	7,04	
	4 Kardeş ve Üstü	9	14,89	7,72	
Hiperaktivite/Dürtüsellik Puanı	1 Kardeş	5	13,60	8,14	0,43
	2 Kardeş	20	13,05	6,70	
	3 Kardeş	16	16,69	6,20	
	4 Kardeş ve Üstü	9	14,67	5,96	
ASRS Toplam Puanı	1 Kardeş	5	24,00	13,00	0,57
	2 Kardeş	20	29,20	11,73	
	3 Kardeş	16	32,50	11,54	
	4 Kardeş ve Üstü	9	29,56	13,08	
Aile Çevresine Uyum Puanı	1 Kardeş	5	11,00	4,58	0,84
	2 Kardeş	20	9,20	3,71	
	3 Kardeş	16	10,50	6,99	
	4 Kardeş ve Üstü	9	9,89	3,48	
Sağlıkla İlgili Uyum Puanı	1 Kardeş	5	6,80	5,67	0,33
	2 Kardeş	20	9,10	4,15	
	3 Kardeş	16	6,44	4,46	
	4 Kardeş ve Üstü	9	8,56	4,93	
Sosyal Uyum Puanı	1 Kardeş	5	13,40	1,95	0,06
	2 Kardeş	20	11,45	3,46	
	3 Kardeş	16	12,56	2,99	
	4 Kardeş ve Üstü	9	9,11	3,79	
Heyecansal Uyum Puanı	1 Kardeş	5	15,40	3,36	0,23
	2 Kardeş	20	10,45	5,33	
	3 Kardeş	16	11,25	5,40	
	4 Kardeş ve Üstü	9	10,00	4,30	
Genel Uyum Puanı	1 Kardeş	5	46,60	11,41	0,70
	2 Kardeş	20	40,20	12,97	
	3 Kardeş	16	40,75	15,45	
	4 Kardeş ve Üstü	9	37,56	12,66	

Yukarıdaki tabloda, araştırma grubunun kardeş sayılarına göre Rathus atılganlık puanları, ASRS ölçeği ve alt boyut puanları, sosyal uyum ölçeği ve alt boyut

puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri yer almaktadır. Tabloyu incelediğimizde;

Rathus atılganlık puanlarına göre incelediğimizde; 1 kardeşi olan 5 kişinin puan ortalaması 101,00 ve atılganlık düzeylerinin orta, 2 kardeşi olan 20 kişinin puan ortalaması 118,85 ve atılganlık düzeylerinin orta, 3 kardeşi olan 16 kişinin puan ortalaması 116,56 ve atılganlık düzeylerinin orta, 4 ve üstünde kardeşi olan 9 kişinin puan ortalaması 112,78 ve atılganlık düzeylerinin orta olduğu gözlenmiştir. Yapılan bağımsız örnekleme tek yönlü varyans (ANOVA) sonucuna göre, Rathus atılganlık puanları kardeş sayılarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($P=0,33>0,05$).

ASRS leği A bölüm puanlarına göre incelediğimizde; 1 kardeşi olan 5 kişinin puan ortalaması 1,40, 2 kardeşi olan 20 kişinin puan ortalaması 2,25, 3 kardeşi olan 16 kişinin puan ortalaması 2,63, 4 ve üstünde kardeşi olan 9 kişinin puan ortalaması 2,11 olduğu gözlenmiştir. Yapılan Kruskal Wallis test sonucuna göre, ASRS leği A bölüm puanları kardeş sayılarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($P=0,47>0,05$).

Erişkin dikkat eksiklik puanlarına göre incelediğimizde; 1 kardeşi olan 5 kişinin puan ortalaması 10,40 ve DEHB olmadığı, 2 kardeşi olan 20 kişinin puan ortalaması 16,45 ve DEHB olmadığı, 3 kardeşi olan 16 kişinin puan ortalaması 15,81 ve DEHB olmadığı, 4 ve üstünde kardeşi olan 9 kişinin puan ortalaması 14,89 ve DEHB olmadığı gözlenmiştir. Yapılan bağımsız örnekleme tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucuna göre, erişkin dikkat eksiklik puanları kardeş sayılarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($P=0,40>0,05$).

Hiperaktivite/dürtüsellik puanlarına göre incelediğimizde; 1 kardeşi olan 5 kişinin puan ortalaması 13,60 ve DEHB olmadığı, 2 kardeşi olan 20 kişinin puan ortalaması 13,05 ve DEHB olmadığı, 3 kardeşi olan 16 kişinin puan ortalaması 16,69 ve olasılıkla DEHB olduğu, 4 ve üstünde kardeşi olan 9 kişinin puan ortalaması 14,67 ve DEHB olmadığı gözlenmiştir. Yapılan Kruskal Wallis test

sonucuna göre, hiperaktivite/dürtüsellik puanları kardeş sayılarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($P=0,43>0,05$).

ASRS ölçeği toplam puanlarına göre incelediğimizde; 1 kardeşi olan 5 kişinin puan ortalaması 24,00, 2 kardeşi olan 20 kişinin puan ortalaması 29,20, 3 kardeşi olan 16 kişinin puan ortalaması 32,50, 4 ve üstünde kardeşi olan 9 kişinin puan ortalaması 29,56 olduğu gözlenmiştir. Burada 3 kardeşi olan kişilerin ASRS toplam puanları, diğer kişilere göre yüksek çıkmıştır. Yapılan bağımsız örneklem tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucuna göre, ASRS toplam puanları kardeş sayılarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($P=0,57>0,05$).

Aile çevresine uyum puanlarına göre incelediğimizde; 1 kardeşi olan 5 kişinin puan ortalaması 11,00, 2 kardeşi olan 20 kişinin puan ortalaması 9,20, 3 kardeşi olan 16 kişinin puan ortalaması 10,50, 4 ve üstünde kardeşi olan 9 kişinin puan ortalaması 9,89 olduğu gözlenmiştir. Burada, aile çevresine uyum bakımından 2 kardeşi olan kişiler, diğer kişilere göre daha iyi uyum sağlamaktadır. Yapılan bağımsız örneklem tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucuna göre, aile çevresine uyum puanları kardeş sayılarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($P=0,84>0,05$).

Sağlıkla ilgili uyum puanlarına göre incelediğimizde; 1 kardeşi olan 5 kişinin puan ortalaması 6,80, 2 kardeşi olan 20 kişinin puan ortalaması 9,10, 3 kardeşi olan 16 kişinin puan ortalaması 6,44, 4 ve üstünde kardeşi olan 9 kişinin puan ortalaması 8,56 olduğu gözlenmiştir. Burada, sağlıkla ilgili uyum bakımından 3 kardeşi olan kişiler, diğer kişilere göre daha iyi uyum sağlamaktadır. Yapılan bağımsız örneklem tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucuna göre, sağlıkla ilgili uyum puanları kardeş sayılarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($P=0,33>0,05$).

Sosyal uyum puanlarına göre incelediğimizde; 1 kardeşi olan 5 kişinin puan ortalaması 13,40, 2 kardeşi olan 20 kişinin puan ortalaması 11,45, 3 kardeşi olan 16 kişinin puan ortalaması 12,56, 4 ve üstünde kardeşi olan 9 kişinin puan ortalaması 9,11 olduğu gözlenmiştir. Burada, sosyal uyum bakımından 1 kardeşi olan kişiler

boyun eğmeye yatkın ve sosyal ilişkilerinde çekingen davranışlar sergilediklerinden, diğer kişilere göre az uyum sağlamaktadır. Yapılan Kruskal Wallis test sonucuna göre, sosyal uyum puanları kardeş sayılarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($P=0,06>0,05$).

Heyecansal uyum puanlarına göre incelediğimizde; 1 kardeşi olan 5 kişinin puan ortalaması 15,40, 2 kardeşi olan 20 kişinin puan ortalaması 10,45, 3 kardeşi olan 16 kişinin puan ortalaması 11,25, 4 ve üstünde kardeşi olan 9 kişinin puan ortalaması 10,00 olduğu gözlenmiştir. Burada, heyecansal uyum bakımından 1 kardeşi olan kişiler kararsız olduklarından, diğer kişilere göre az uyum sağlamaktadır. Yapılan bağımsız örneklem tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucuna göre, heyecansal uyum puanları kardeş sayılarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($P=0,23>0,05$).

Genel uyum puanlarına göre incelediğimizde; 1 kardeşi olan 5 kişinin puan ortalaması 46,60, 2 kardeşi olan 20 kişinin puan ortalaması 40,20, 3 kardeşi olan 16 kişinin puan ortalaması 40,75, 4 ve üstünde kardeşi olan 9 kişinin puan ortalaması 37,56 olduğu gözlenmiştir. Burada, genel sosyal uyum bakımından 4 ve üstünde kardeşi olan kişiler, diğer kişilere göre daha iyi uyum sağlamaktadır. Yapılan bağımsız örneklem tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucuna göre, genel uyum puanları kardeş sayılarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($P=0,70>0,05$).

Boş Zamanda Etkinlik Yapma Durumlarına Göre Farklılıklar

Tablo17. Boş Zamanda Etkinlik Yapma Durumlarına Göre ASRS Ölçeği ve Alt Boyut Puanları İle Rathus Atılganlık Puanı, Sosyal Uyum Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

N=50	Boş Zamanda Etkinlik Yapma Durumu (Sportif, Kültürel, Sosyal Etkinlikler)	n	Ortalama	S.Sapma	P
Rathus Atılganlık Puanı	Evet	37	116,86	18,17	0,33
	Hayır	13	110,62	23,84	
A Bölüm Puanı (ASRS)	Evet	37	2,14	1,69	0,63
	Hayır	13	2,62	2,26	
Dikkat Eksikliği Puanı	Evet	37	14,86	6,18	0,52
	Hayır	13	16,31	8,50	
Hiperaktivite/Dürtüsellik Puanı	Evet	37	14,03	5,85	0,30
	Hayır	13	16,08	8,31	
ASRS Toplam Puanı	Evet	37	28,89	10,22	0,37
	Hayır	13	32,38	16,00	
Aile Çevresine Uyum Puanı	Evet	37	9,78	4,94	0,75
	Hayır	13	10,31	5,11	
Sağlıkla İlgili Uyum Puanı	Evet	37	7,43	4,68	0,21
	Hayır	13	9,31	4,07	
Sosyal Uyum Puanı	Evet	37	11,95	3,02	0,27
	Hayır	13	10,54	4,39	
Heyecansal Uyum Puanı	Evet	37	10,78	5,30	0,44
	Hayır	13	12,08	4,61	
Genel Uyum Puanı	Evet	37	39,95	14,31	0,60
	Hayır	13	42,23	10,89	

Yukarıdaki tabloda, araştırma grubunun boş zamanlarında etkinlik yapma durumlarına göre Rathus atılganlık puanları, ASRS ölçeği ve alt boyut puanları, sosyal uyum ölçeği ve alt boyut puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri yer almaktadır. Tabloyu incelediğimizde;

Rathus atılganlık puanlarına göre incelediğimizde; boş zamanlarında etkinlik yapan 37 kişinin puan ortalaması 116,86 ve atılganlık düzeylerinin orta olduğu, etkinlik yapamayan 13 kişinin puan ortalaması 110,62 ve atılganlık düzeylerinin orta olduğu gözlenmiştir. Yapılan bağımsız örneklem T test sonucuna göre, boş zamanlarında etkinlik yapan ve yapmayan kişilerin Rathus atılganlık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P=0,33>0,05$).

ASRS ölçeği A bölüm puanlarına göre incelediğimizde; boş zamanlarında etkinlik yapan 37 kişinin puan ortalaması 2,14 ve etkinlik yapamayan 13 kişinin puan ortalaması 2,62 olduğu gözlenmiştir. Yapılan Mann-Whitney U test sonucuna göre,

boş zamanlarında etkinlik yapan ve yapmayan kişilerin ASRS ölçeği A bölüm puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P=0,63>0,05$).

Erişkin dikkat eksiklik puanlarına göre incelediğimizde; boş zamanlarında etkinlik yapan 37 kişinin puan ortalaması 14,86 ve DEHB olmadığı, etkinlik yapamayan 13 kişinin puan ortalaması 16,31 ve DEHB olmadığı gözlenmiştir. Yapılan bağımsız örneklem T test sonucuna göre, boş zamanlarında etkinlik yapan ve yapmayan kişilerin erişkin dikkat eksiklik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P=0,52>0,05$).

Hiperaktivite/dürtüsellik puanlarına göre incelediğimizde; boş zamanlarında etkinlik yapan 37 kişinin puan ortalaması 14,03 ve DEHB olmadığı, etkinlik yapamayan 13 kişinin puan ortalaması 16,08 ve DEHB olmadığı gözlenmiştir. Yapılan Mann-Whitney U test sonucuna göre, boş zamanlarında etkinlik yapan ve yapmayan kişilerin hiperaktivite/dürtüsellik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P=0,30>0,05$).

ASRS ölçeği toplam puanlarına göre incelediğimizde; boş zamanlarında etkinlik yapan 37 kişinin puan ortalaması 28,89 ve etkinlik yapamayan 13 kişinin puan ortalaması 32,38 olduğu gözlenmiştir. Burada boş zamanlarında etkinlik yapmayan kişilerin ASRS toplam puanları, etkinlik yapanlara göre yüksek çıkmıştır. Yapılan bağımsız örneklem T test sonucuna göre, boş zamanlarında etkinlik yapan ve yapmayan kişilerin ASRS toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P=0,37>0,05$).

Aile çevresine uyum puanlarına göre incelediğimizde; boş zamanlarında etkinlik yapan 37 kişinin puan ortalaması 9,78 ve etkinlik yapamayan 13 kişinin puan ortalaması 10,31 olduğu gözlenmiştir. Burada, aile çevresine uyum bakımından boş zamanlarında etkinlik yapan kişiler, etkinlik yapmayan kişilere göre daha iyi uyum sağlamaktadır. Yapılan bağımsız örneklem T test sonucuna göre, boş zamanlarında etkinlik yapan ve yapmayan kişilerin aile çevresine uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P=0,75>0,05$).

Sağlıkla ilgili uyum puanlarına göre incelediğimizde; boş zamanlarında etkinlik yapan 37 kişinin puan ortalaması 7,43 ve etkinlik yapamayan 13 kişinin puan ortalaması 9,31 olduğu gözlenmiştir. Burada, sağlıkla ilgili uyum bakımından boş zamanlarında etkinlik yapan kişiler, etkinlik yapmayan kişilere göre daha iyi uyum sağlamaktadır. Yapılan bağımsız örneklem T test sonucuna göre, boş zamanlarında etkinlik yapan ve yapmayan kişilerin sağlıkla ilgili uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P=0,21>0,05$).

Sosyal uyum puanlarına göre incelediğimizde; boş zamanlarında etkinlik yapan 37 kişinin puan ortalaması 11,95 ve etkinlik yapamayan 13 kişinin puan ortalaması 10,54 olduğu gözlenmiştir. Burada, sosyal uyum bakımından boş zamanlarında etkinlik yapan kişiler boyun eğmeye yatkın ve sosyal ilişkilerinde çekingen davranışlar sergilediklerinden, etkinlik yapmayan kişilere göre az uyum sağlamaktadır. Yapılan Mann-Whitney U test sonucuna göre, boş zamanlarında etkinlik yapan ve yapmayan kişilerin sosyal uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P=0,27>0,05$).

Heyecansal uyum puanlarına göre incelediğimizde; boş zamanlarında etkinlik yapan 37 kişinin puan ortalaması 10,78 ve etkinlik yapamayan 13 kişinin puan ortalaması 12,08 olduğu gözlenmiştir. Burada, heyecansal uyum bakımından boş zamanlarında etkinlik yapmayan kişiler, etkinlik yapan kişilere göre az uyum sağlamaktadır. Yapılan bağımsız örneklem T test sonucuna göre, boş zamanlarında etkinlik yapan ve yapmayan kişilerin heyecansal uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P=0,44>0,05$).

Genel uyum puanlarına göre incelediğimizde; boş zamanlarında etkinlik yapan 37 kişinin puan ortalaması 39,95 ve etkinlik yapamayan 13 kişinin puan ortalaması 42,23 olduğu gözlenmiştir. Burada, genel sosyal uyum bakımından boş zamanlarında etkinlik yapamayan kişiler, etkinlik yapan kişilere göre az uyum sağlamaktadır. Yapılan bağımsız örneklem T test sonucuna göre, boş zamanlarında etkinlik yapan ve yapmayan kişilerin genel uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P=0,60>0,05$).

Herhangi Bir Psikiyatrik Rahatsızlık Olup Olmama Durumlarına Göre Farklılıklar

Tablo18. Herhangi Bir Psikiyatrik Rahatsızlık Olup Olmama Durumlarına Göre ASRS Ölçeği ve Alt Boyut Puanları İle Rathus Atılganlık Puanı, Sosyal Uyum Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

N=50	Herhangi Bir Psikiyatrik Rahatsızlık Olma Durumu	n	Ortalama	S.Sapma	P
Rathus Atılganlık Puanı	Evet	13	115,85	22,11	0,90
	Hayır	37	115,03	19,16	
A Bölüm Puanı (ASRS)	Evet	13	3,31	2,25	0,048*
	Hayır	37	1,89	1,54	
Dikkat Eksikliği Puanı	Evet	13	18,77	6,37	0,03*
	Hayır	37	14,00	6,57	
Hiperaktivite/Dürtüsellik Puanı	Evet	13	18,46	7,22	0,03*
	Hayır	37	13,19	5,80	
ASRS Toplam Puanı	Evet	13	37,23	12,92	0,01*
	Hayır	37	27,19	10,50	
Aile Çevresine Uyum Puanı	Evet	13	9,54	3,55	0,75
	Hayır	37	10,05	5,38	
Sağlıkla İlgili Uyum Puanı	Evet	13	9,69	4,15	0,10
	Hayır	37	7,30	4,59	
Sosyal Uyum Puanı	Evet	13	10,69	3,57	0,33
	Hayır	37	11,89	3,38	
Heyecansal Uyum Puanı	Evet	13	11,08	4,23	0,97
	Hayır	37	11,14	5,44	
Genel Uyum Puanı	Evet	13	41,00	11,22	0,89
	Hayır	37	40,38	14,27	

*P<0,05

Yukarıdaki tabloda, araştırma grubunun herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık olup olmama durumlarına göre Rathus atılganlık puanları, ASRS ölçeği ve alt boyut puanları, sosyal uyum ölçeği ve alt boyut puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri yer almaktadır. Tabloyu incelediğimizde;

Rathus atılganlık puanlarına göre incelediğimizde; herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olan 13 kişinin puan ortalaması 115,85 ve atılganlık düzeylerinin orta olduğu, rahatsızlığı olmayan 37 kişinin puan ortalaması 115,03 ve atılganlık düzeylerinin orta olduğu gözlenmiştir. Yapılan bağımsız örneklem T test sonucuna

göre, herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olan ve olmayan kişilerin Rathus atılganlık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P=0,90>0,05$).

ASRS ölçeği A bölüm puanlarına göre incelediğimizde; herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olan 13 kişinin puan ortalaması 3,31 ve rahatsızlığı olmayan 37 kişinin puan ortalaması 1,89 olduğu gözlenmiştir. Burada psikiyatrik rahatsızlığı olan kişilerin puanlarının yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan Mann-Whitney U test sonucuna göre, herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olan ve olmayan kişilerin ASRS ölçeği A bölüm puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir ($P=0,048<0,05$).

Erişkin dikkat eksiklik puanlarına göre incelediğimizde; herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olan 13 kişinin puan ortalaması 18,77 ve olasılıkla DEHB olduğu, rahatsızlığı olmayan 37 kişinin puan ortalaması 14,00 ve DEHB olmadığı gözlenmiştir. Burada psikiyatrik rahatsızlığı olan kişilerin puanlarının yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan bağımsız örneklem T test sonucuna göre, herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olan ve olmayan kişilerin erişkin dikkat eksiklik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir ($P=0,03<0,05$).

Hiperaktivite/dürtüsellik puanlarına göre incelediğimizde; herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olan 13 kişinin puan ortalaması 18,46 ve olasılıkla DEHB olduğu, rahatsızlığı olmayan 37 kişinin puan ortalaması 13,19 ve DEHB olmadığı gözlenmiştir. Burada psikiyatrik rahatsızlığı olan kişilerin puanlarının yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan Mann-Whitney U test sonucuna göre, herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olan ve olmayan kişilerin hiperaktivite/dürtüsellik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir ($P=0,03<0,05$).

ASRS ölçeği toplam puanlarına göre incelediğimizde; herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olan 13 kişinin puan ortalaması 37,23 ve rahatsızlığı olmayan 37 kişinin puan ortalaması 27,19 olduğu gözlenmiştir. Burada psikolojik rahatsızlığı olan kişilerin ASRS toplam puanları, psikolojik rahatsızlığı olmayan kişilere göre yüksek çıkmıştır. Yapılan bağımsız örneklem T test sonucuna göre, herhangi bir

psikiyatrik rahatsızlığı olan ve olmayan kişilerin ASRS toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir ($P=0,01<0,05$).

Aile çevresine uyum puanlarına göre incelediğimizde; herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olan 13 kişinin puan ortalaması 9,54 ve rahatsızlığı olmayan 37 kişinin puan ortalaması 10,05 olduğu gözlenmiştir. Burada, aile çevresine uyum bakımından psikolojik rahatsızlığı olan kişiler, diğer kişilere göre daha iyi uyum sağlamaktadır. Yapılan bağımsız örneklem T test sonucuna göre, herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olan ve olmayan kişilerin aile çevresine uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P=0,75>0,05$).

Sağlıkla ilgili uyum puanlarına göre incelediğimizde; herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olan 13 kişinin puan ortalaması 9,69 ve rahatsızlığı olmayan 37 kişinin puan ortalaması 7,30 olduğu gözlenmiştir. Burada, sağlıkla ilgili uyum bakımından psikolojik rahatsızlığı olmayan kişiler, diğer kişilere göre daha iyi uyum sağlamaktadır. Yapılan bağımsız örneklem T test sonucuna göre, herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olan ve olmayan kişilerin sağlıkla ilgili uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P=0,10>0,05$).

Sosyal uyum puanlarına göre incelediğimizde; herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olan 13 kişinin puan ortalaması 10,69 ve rahatsızlığı olmayan 37 kişinin puan ortalaması 11,89 olduğu gözlenmiştir. Burada, sosyal uyum bakımından psikolojik rahatsızlığı olmayan kişiler boyun eğmeye yatkın ve sosyal ilişkilerinde çekingen davranışlar sergilediklerinden, diğer kişilere göre az uyum sağlamaktadır. Yapılan Mann-Whitney U test sonucuna göre, herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olan ve olmayan kişilerin sosyal uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P=0,33>0,05$).

Heyecansal uyum puanlarına göre incelediğimizde; herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olan 13 kişinin puan ortalaması 11,08 ve rahatsızlığı olmayan 37 kişinin puan ortalaması 11,14 olduğu gözlenmiştir. Burada, heyecansal uyum bakımından psikolojik rahatsızlığı olmayan kişiler, diğer kişilere göre az uyum sağlamaktadır. Yapılan bağımsız örneklem T test sonucuna göre, herhangi bir psikiyatrik

rahatsızlığı olan ve olmayan kişilerin heyecansal uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P=0,97>0,05$).

Genel uyum puanlarına göre incelediğimizde; herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olan 13 kişinin puan ortalaması 41,00 ve rahatsızlığı olmayan 37 kişinin puan ortalaması 40,38 olduğu gözlenmiştir. Burada, genel sosyal uyum bakımından psikolojik rahatsızlığı olan kişiler, diğer kişilere göre az uyum sağlamaktadır. Yapılan bağımsız örneklem T test sonucuna göre, herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olan ve olmayan kişilerin genel uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P=0,89>0,05$).

Herhangi Bir Kötü Alışkanlık Olup Olmama Durumlarına Göre Farklılıklar

Tablo19. Herhangi Bir Kötü Alışkanlık Olup Olmama Durumlarına Göre ASRS Ölçeği ve Alt Boyut Puanları İle Rathus Atılganlık Puanı, Sosyal Uyum Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

N=50	Herhangi Bir Kötü Alışkanlık Olma Durumu (Sigara, Alkol Vb.)	n	Ortalama	S.Sapma	P
Rathus Atılganlık Puanı	Evet	22	116,68	21,29	0,65
	Hayır	28	114,11	18,74	
A Bölüm Puanı (ASRS)	Evet	22	2,64	2,06	0,28
	Hayır	28	1,96	1,62	
Dikkat Eksikliği Puanı	Evet	22	15,82	6,89	0,60
	Hayır	28	14,79	6,81	
Hiperaktivite/Dürtüsellik Puanı	Evet	22	16,23	7,00	0,22
	Hayır	28	13,25	5,98	
ASRS Toplam Puanı	Evet	22	32,05	12,89	0,24
	Hayır	28	28,04	10,99	
Aile Çevresine Uyum Puanı	Evet	22	9,95	3,85	0,97
	Hayır	28	9,89	5,72	
Sağlıkla İlgili Uyum Puanı	Evet	22	8,73	4,18	0,27
	Hayır	28	7,29	4,83	
Sosyal Uyum Puanı	Evet	22	11,32	3,48	0,91
	Hayır	28	11,79	3,45	
Heyecansal Uyum Puanı	Evet	22	10,86	4,44	0,76
	Hayır	28	11,32	5,66	
Genel Uyum Puanı	Evet	22	40,86	10,39	0,88
	Hayır	28	40,29	15,60	

Yukarıdaki tabloda, araştırma grubunun herhangi bir kötü alışkanlık olup olmama durumlarına göre Rathus atılganlık puanları, ASRS ölçeği ve alt boyut puanları, sosyal uyum ölçeği ve alt boyut puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri yer almaktadır. Tabloyu incelediğimizde;

Rathus atılganlık puanlarına göre incelediğimizde; herhangi bir kötü alışkanlığı olan 22 kişinin puan ortalaması 116,68 ve atılganlık düzeylerinin orta olduğu, kötü alışkanlığı olmayan 28 kişinin puan ortalaması 114,11 ve atılganlık düzeylerinin orta olduğu gözlenmiştir. Yapılan bağımsız örneklem T test sonucuna göre, herhangi bir kötü alışkanlığı olan ve olmayan kişilerin Rathus atılganlık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P=0,65>0,05$).

ASRS ölçeği A bölüm puanlarına göre incelediğimizde; herhangi bir kötü alışkanlığı olan 22 kişinin puan ortalaması 2,64 ve kötü alışkanlığı olmayan 28 kişinin puan ortalaması 1,96 olduğu gözlenmiştir. Burada kötü alışkanlığı olan kişilerin puanlarının yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan Mann-Whitney U test sonucuna göre, herhangi bir kötü alışkanlığı olan ve olmayan kişilerin ASRS ölçeği A bölüm puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P=0,28>0,05$).

Erişkin dikkat eksiklik puanlarına göre incelediğimizde; herhangi bir kötü alışkanlığı olan 22 kişinin puan ortalaması 15,82 ve DEHB olmadığı, kötü alışkanlığı olmayan 28 kişinin puan ortalaması 14,79 ve DEHB olmadığı gözlenmiştir. Burada kötü alışkanlığı olan kişilerin puanlarının yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan bağımsız örneklem T test sonucuna göre, herhangi bir kötü alışkanlığı olan ve olmayan kişilerin erişkin dikkat eksiklik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P=0,60>0,05$).

Hiperaktivite/dürtüsellik puanlarına göre incelediğimizde; herhangi bir kötü alışkanlığı olan 22 kişinin puan ortalaması 16,23 ve DEHB olmadığı, kötü alışkanlığı olmayan 28 kişinin puan ortalaması 13,25 ve DEHB olmadığı gözlenmiştir. Burada kötü alışkanlığı olan kişilerin puanlarının yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan Mann-Whitney U test sonucuna göre, herhangi bir kötü

alışkanlığı olan ve olmayan kişilerin hiperaktivite/dürtüsellik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P=0,22>0,05$).

ASRS ölçeği toplam puanlarına göre incelediğimizde; herhangi bir kötü alışkanlığı olan 22 kişinin puan ortalaması 32,05 ve kötü alışkanlığı olmayan 28 kişinin puan ortalaması 28,04 olduğu gözlenmiştir. Burada herhangi bir kötü alışkanlığı olan kişilerin ASRS toplam puanları, kötü alışkanlığı olmayan kişilere göre yüksek çıkmıştır. Yapılan bağımsız örneklem T test sonucuna göre, herhangi bir kötü alışkanlığı olan ve olmayan kişilerin ASRS toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P=0,24>0,05$).

Aile çevresine uyum puanlarına göre incelediğimizde; herhangi bir kötü alışkanlığı olan 22 kişinin puan ortalaması 9,95 ve kötü alışkanlığı olmayan 28 kişinin puan ortalaması 9,89 olduğu gözlenmiştir. Burada, aile çevresine uyum bakımından kötü alışkanlığı olmayan kişiler, diğer kişilere göre daha iyi uyum sağlamaktadır. Yapılan bağımsız örneklem T test sonucuna göre, herhangi bir kötü alışkanlığı olan ve olmayan kişilerin aile çevresine uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P=0,97>0,05$).

Sağlıkla ilgili uyum puanlarına göre incelediğimizde; herhangi bir kötü alışkanlığı olan 22 kişinin puan ortalaması 8,73 ve kötü alışkanlığı olmayan 28 kişinin puan ortalaması 7,29 olduğu gözlenmiştir. Burada, sağlıkla ilgili uyum bakımından kötü alışkanlığı olmayan kişiler, diğer kişilere göre daha iyi uyum sağlamaktadır. Yapılan bağımsız örneklem T test sonucuna göre, herhangi bir kötü alışkanlığı olan ve olmayan kişilerin sağlıkla ilgili uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P=0,27>0,05$).

Sosyal uyum puanlarına göre incelediğimizde; herhangi bir kötü alışkanlığı olan 22 kişinin puan ortalaması 11,32 ve kötü alışkanlığı olmayan 28 kişinin puan ortalaması 11,79 olduğu gözlenmiştir. Burada, sosyal uyum bakımından kötü alışkanlığı olmayan kişiler boyun eğmeye yatkın ve sosyal ilişkilerinde çekingen davranışlar sergilediklerinden, diğer kişilere göre az uyum sağlamaktadır. Yapılan Mann-Whitney U test sonucuna göre, herhangi bir kötü alışkanlığı olan ve olmayan

kişilerin sosyal uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P=0,91>0,05$).

Heyecansal uyum puanlarına göre incelediğimizde; herhangi bir kötü alışkanlığı olan 22 kişinin puan ortalaması 10,86 ve kötü alışkanlığı olmayan 28 kişinin puan ortalaması 11,32 olduğu gözlenmiştir. Burada, heyecansal uyum bakımından kötü alışkanlığı olmayan kişiler, diğer kişilere göre az uyum sağlamaktadır. Yapılan bağımsız örneklem T test sonucuna göre, herhangi bir kötü alışkanlığı olan ve olmayan kişilerin heyecansal uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P=0,91>0,05$).

Genel uyum puanlarına göre incelediğimizde; herhangi bir kötü alışkanlığı olan 22 kişinin puan ortalaması 40,86 ve kötü alışkanlığı olmayan 28 kişinin puan ortalaması 40,29 olduğu gözlenmiştir. Burada, genel sosyal uyum bakımından kötü alışkanlığı olan kişiler, diğer kişilere göre az uyum sağlamaktadır. Yapılan bağımsız örneklem T test sonucuna göre, herhangi bir kötü alışkanlığı olan ve olmayan kişilerin genel uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P=0,88>0,05$).

Uyku ve Beslenme Düzenine Dikkat Etme Durumlarına Göre Farklılıklar

Tablo20. Uyku ve Beslenme Düzenine Dikkat Etme Durumlarına Göre ASRS Ölçeği ve Alt Boyut Puanları İle Rathus Atılganlık Puanı, Sosyal Uyum Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

N=50	Uyku ve Beslenme Düzenine Dikkat Etme Durumu	n	Ortalama	S.Sapma	P
Rathus Atılganlık Puanı	Evet	19	118,58	21,23	0,35
	Hayır	31	113,19	18,82	
A Bölüm Puanı (ASRS)	Evet	19	1,47	1,47	0,02*
	Hayır	31	2,74	1,90	
Dikkat Eksikliği Puanı	Evet	19	13,21	6,24	0,10
	Hayır	31	16,48	6,91	
Hiperaktivite/Dürtüsellik Puanı	Evet	19	11,26	4,00	0,01*
	Hayır	31	16,58	7,03	
ASRS Toplam Puanı	Evet	19	24,47	8,38	0,01*
	Hayır	31	33,06	12,66	
Aile Çevresine Uyum Puanı	Evet	19	9,58	5,79	0,71
	Hayır	31	10,13	4,43	
Sağlıkla İlgili Uyum Puanı	Evet	19	6,16	4,29	0,03*
	Hayır	31	9,00	4,46	
Sosyal Uyum Puanı	Evet	19	10,95	2,90	0,26
	Hayır	31	11,97	3,72	
Heyecansal Uyum Puanı	Evet	19	9,89	5,61	0,19
	Hayır	31	11,87	4,72	
Genel Uyum Puanı	Evet	19	36,58	15,19	0,10
	Hayır	31	42,97	11,85	
*P<0,05					

Yukarıdaki tabloda, araştırma grubunun uyku ve beslenme düzenine dikkat etme durumlarına göre Rathus atılganlık puanları, ASRS ölçeği ve alt boyut puanları, sosyal uyum ölçeği ve alt boyut puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri yer almaktadır. Tabloyu incelediğimizde;

Rathus atılganlık puanlarına göre incelediğimizde; uyku ve beslenme düzenine dikkat eden 19 kişinin puan ortalaması 118,58 ve atılganlık düzeylerinin orta olduğu, dikkat etmeyen 31 kişinin puan ortalaması 113,19 ve atılganlık düzeylerinin orta olduğu gözlenmiştir. Yapılan bağımsız örneklem T test sonucuna göre, uyku ve beslenme düzenine dikkat eden ve etmeyen kişilerin Rathus atılganlık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (P=0,35>0,05).

ASRS ölçeği A bölüm puanlarına göre incelediğimizde; uyku ve beslenme düzenine dikkat eden 19 kişinin puan ortalaması 1,47 ve dikkat etmeyen 31 kişinin puan ortalaması 2,74 olduğu gözlenmiştir. Burada uyku düzenine dikkat etmeyen kişilerin puanlarının yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan Mann-Whitney U test sonucuna göre, uyku ve beslenme düzenine dikkat eden ve etmeyen kişilerin ASRS ölçeği A bölüm puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir ($P=0,02<0,05$).

Erişkin dikkat eksiklik puanlarına göre incelediğimizde; uyku ve beslenme düzenine dikkat eden 19 kişinin puan ortalaması 13,21 ve DEHB olmadığı, dikkat etmeyen 31 kişinin puan ortalaması 16,48 ve DEHB olmadığı gözlenmiştir. Burada uyku düzenine dikkat etmeyen kişilerin puanlarının yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan bağımsız örneklem T test sonucuna göre, uyku ve beslenme düzenine dikkat eden ve etmeyen kişilerin erişkin dikkat eksiklik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P=0,10>0,05$).

Hiperaktivite/dürtüsellik puanlarına göre incelediğimizde; uyku ve beslenme düzenine dikkat eden 19 kişinin puan ortalaması 11,26 ve DEHB olmadığı, dikkat etmeyen 31 kişinin puan ortalaması 16,58 ve olasılıkla DEHB olduğu gözlenmiştir. Burada uyku düzenine dikkat etmeyen kişilerin puanlarının yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan Mann-Whitney U test sonucuna göre, uyku ve beslenme düzenine dikkat eden ve etmeyen kişilerin hiperaktivite/dürtüsellik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir ($P=0,01<0,05$).

ASRS ölçeği toplam puanlarına göre incelediğimizde; uyku ve beslenme düzenine dikkat eden 19 kişinin puan ortalaması 24,47 ve dikkat etmeyen 31 kişinin puan ortalaması 33,06 olduğu gözlenmiştir. Burada uyku düzenine dikkat etmeyen kişilerin ASRS toplam puanları, diğer kişilere göre yüksek çıkmıştır. Yapılan bağımsız örneklem T test sonucuna göre, uyku ve beslenme düzenine dikkat eden ve etmeyen kişilerin ASRS toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir ($P=0,01<0,05$).

Aile çevresine uyum puanlarına göre incelediğimizde; uyku ve beslenme düzenine dikkat eden 19 kişinin puan ortalaması 9,58 ve dikkat etmeyen 31 kişinin puan ortalaması 10,13 olduğu gözlenmiştir. Burada, aile çevresine uyum bakımından uyku düzenine dikkat eden kişiler, diğer kişilere göre daha iyi uyum sağlamaktadır. Yapılan bağımsız örneklem T test sonucuna göre, uyku ve beslenme düzenine dikkat eden ve etmeyen kişilerin aile çevresine uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P=0,71>0,05$).

Sağlıkla ilgili uyum puanlarına göre incelediğimizde; uyku ve beslenme düzenine dikkat eden 19 kişinin puan ortalaması 6,16 ve dikkat etmeyen 31 kişinin puan ortalaması 9,00 olduğu gözlenmiştir. Burada, sağlıkla ilgili uyum bakımından uyku düzenine dikkat eden kişiler, diğer kişilere göre daha iyi uyum sağlamaktadır. Yapılan bağımsız örneklem T test sonucuna göre, uyku ve beslenme düzenine dikkat eden ve etmeyen kişilerin sağlıkla ilgili uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir ($P=0,03<0,05$).

Sosyal uyum puanlarına göre incelediğimizde; uyku ve beslenme düzenine dikkat eden 19 kişinin puan ortalaması 10,95 ve dikkat etmeyen 31 kişinin puan ortalaması 11,97 olduğu gözlenmiştir. Burada, sosyal uyum bakımından uyku düzenine dikkat etmeyen kişiler boyun eğmeye yatkın ve sosyal ilişkilerinde çekingen davranışlar sergilediklerinden, diğer kişilere göre az uyum sağlamaktadır. Yapılan Mann-Whitney U test sonucuna göre, uyku ve beslenme düzenine dikkat eden ve etmeyen kişilerin sosyal uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P=0,26>0,05$).

Heyecansal uyum puanlarına göre incelediğimizde; uyku ve beslenme düzenine dikkat eden 19 kişinin puan ortalaması 9,89 ve dikkat etmeyen 31 kişinin puan ortalaması 11,87 olduğu gözlenmiştir. Burada, heyecansal uyum bakımından uyku düzenine dikkat etmeyen kişiler, diğer kişilere göre az uyum sağlamaktadır. Yapılan bağımsız örneklem T test sonucuna göre, uyku ve beslenme düzenine dikkat eden ve etmeyen kişilerin heyecansal uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P=0,19>0,05$).

Genel uyum puanlarına göre incelediğimizde; uyku ve beslenme düzenine dikkat eden 19 kişinin puan ortalaması 36,58 ve dikkat etmeyen 31 kişinin puan ortalaması 42,97 olduğu gözlenmiştir. Burada, genel sosyal uyum bakımından uyku düzenine dikkat etmeyen kişiler, diğer kişilere göre az uyum sağlamaktadır. Yapılan bağımsız örneklem T test sonucuna göre, uyku ve beslenme düzenine dikkat eden ve etmeyen kişilerin genel uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P=0,10>0,05$).

Çocuklukta DEHB Tanısı Alıp Almama Durumlarına Göre Farklılıklar

Tablo21. Çocuklukta DEHB Tanısı Alıp Almama Durumlarına Göre ASRS Ölçeği ve Alt Boyut Puanları İle Rathus Atılganlık Puanı, Sosyal Uyum Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Farklılıklar

N=50	Çocukluğunda DEHB Tanısı Alma Durumu	n	Ortalama	S.Sapma	P
Rathus Atılganlık Puanı	Evet	4	131,50	17,46	0,09
	Hayır	46	113,83	19,45	
A Bölüm Puanı (ASRS)	Evet	4	3,75	2,06	0,10
	Hayır	46	2,13	1,78	
Dikkat Eksikliği Puanı	Evet	4	20,00	7,87	0,15
	Hayır	46	14,83	6,63	
Hiperaktivite/Dürtüsellik Puanı	Evet	4	19,75	7,50	0,12
	Hayır	46	14,11	6,35	
ASRS Toplam Puanı	Evet	4	39,75	15,35	0,08
	Hayır	46	28,93	11,36	
Aile Çevresine Uyum Puanı	Evet	4	8,25	2,63	0,49
	Hayır	46	10,07	5,08	
Sağlıkla İlgili Uyum Puanı	Evet	4	9,75	6,29	0,41
	Hayır	46	7,76	4,44	
Sosyal Uyum Puanı	Evet	4	15,25	3,30	0,03*
	Hayır	46	11,26	3,29	
Heyecansal Uyum Puanı	Evet	4	12,25	5,32	0,65
	Hayır	46	11,02	5,14	
Genel Uyum Puanı	Evet	4	45,50	15,15	0,45
	Hayır	46	40,11	13,38	
*P<0,05					

Yukarıdaki tabloda, araştırma grubunun çocuklukta DEHB tanısı alıp almama durumlarına göre Rathus atılganlık puanları, ASRS ölçeği ve alt boyut puanları, sosyal uyum ölçeği ve alt boyut puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri yer almaktadır. Tabloyu incelediğimizde;

Rathus atılganlık puanlarına göre incelediğimizde; çocuklukta DEHB tanısı alan 4 kişinin puan ortalaması 131,50 ve atılgan olduğu, çocuklukta DEHB tanısı almayan 46 kişinin puan ortalaması 113,83 ve atılganlık düzeylerinin orta olduğu gözlenmiştir. Yapılan bağımsız örneklem T test sonucuna göre, çocuklukta DEHB tanısı alan ve almayan kişilerin Rathus atılganlık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P=0,09>0,05$).

ASRS ölçeği A bölüm puanlarına göre incelediğimizde; çocuklukta DEHB tanısı alan 4 kişinin puan ortalaması 3,75 ve çocuklukta DEHB tanısı almayan 46 kişinin puan ortalaması 2,13 olduğu gözlenmiştir. Burada çocuklukta DEHB tanısı alan kişilerin puanlarının yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan Mann-Whitney U test sonucuna göre, çocuklukta DEHB tanısı alan ve almayan kişilerin ASRS ölçeği A bölüm puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P=0,10>0,05$).

Erişkin dikkat eksiklik puanlarına göre incelediğimizde; çocuklukta DEHB tanısı alan 4 kişinin puan ortalaması 20,00 ve olasılıkla DEHB olduğu, çocuklukta DEHB tanısı almayan 46 kişinin puan ortalaması 14,83 ve DEHB olmadığı gözlenmiştir. Burada çocuklukta DEHB tanısı alan kişilerin puanlarının yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan bağımsız örneklem T test sonucuna göre, çocuklukta DEHB tanısı alan ve almayan kişilerin erişkin dikkat eksiklik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P=0,15>0,05$).

Hiperaktivite/dürtüsellik puanlarına göre incelediğimizde; çocuklukta DEHB tanısı alan 4 kişinin puan ortalaması 19,75 ve olasılıkla DEHB olduğu, çocuklukta DEHB tanısı almayan 46 kişinin puan ortalaması 14,11 ve DEHB olmadığı gözlenmiştir. Burada çocuklukta DEHB tanısı alan kişilerin puanlarının yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan Mann-Whitney U test sonucuna göre, çocuklukta DEHB

tanısı alan ve almayan kişilerin hiperaktivite/dürtüsellik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P=0,12>0,05$).

ASRS ölçeği toplam puanlarına göre incelediğimizde; çocuklukta DEHB tanısı alan 4 kişinin puan ortalaması 39,75 ve çocuklukta DEHB tanısı almayan 46 kişinin puan ortalaması 28,93 olduğu gözlenmiştir. Burada çocuklukta DEHB tanısı alan kişilerin ASRS toplam puanları, diğer kişilere göre yüksek çıkmıştır. Yapılan bağımsız örneklem T test sonucuna göre, çocuklukta DEHB tanısı alan ve almayan kişilerin ASRS toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P=0,08>0,05$).

Aile çevresine uyum puanlarına göre incelediğimizde; çocuklukta DEHB tanısı alan 4 kişinin puan ortalaması 8,25 ve çocuklukta DEHB tanısı almayan 46 kişinin puan ortalaması 10,07 olduğu gözlenmiştir. Burada, aile çevresine uyum bakımından çocuklukta DEHB tanısı alan kişiler, diğer kişilere göre daha iyi uyum sağlamaktadır. Yapılan bağımsız örneklem T test sonucuna göre, çocuklukta DEHB tanısı alan ve almayan kişilerin aile çevresine uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P=0,49>0,05$).

Sağlıkla ilgili uyum puanlarına göre incelediğimizde; çocuklukta DEHB tanısı alan 4 kişinin puan ortalaması 9,75 ve çocuklukta DEHB tanısı almayan 46 kişinin puan ortalaması 7,76 olduğu gözlenmiştir. Burada, sağlıkla ilgili uyum bakımından çocuklukta DEHB tanısı almayan kişiler, diğer kişilere göre daha iyi uyum sağlamaktadır. Yapılan bağımsız örneklem T test sonucuna göre, çocuklukta DEHB tanısı alan ve almayan kişilerin sağlıkla ilgili uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P=0,41>0,05$).

Sosyal uyum puanlarına göre incelediğimizde; çocuklukta DEHB tanısı alan 4 kişinin puan ortalaması 15,25 ve çocuklukta DEHB tanısı almayan 46 kişinin puan ortalaması 11,26 olduğu gözlenmiştir. Burada, sosyal uyum bakımından çocuklukta DEHB tanısı alan kişiler boyun eğmeye yatkın ve sosyal ilişkilerinde çekingen davranışlar sergilediklerinden, diğer kişilere göre az uyum sağlamaktadır. Yapılan Mann-Whitney U test sonucuna göre, çocuklukta DEHB tanısı alan ve almayan

kişilerin sosyal uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir ($P=0,03<0,05$).

Heyecansal uyum puanlarına göre incelediğimizde; çocuklukta DEHB tanısı alan 4 kişinin puan ortalaması 12,25 ve çocuklukta DEHB tanısı almayan 46 kişinin puan ortalaması 11,02 olduğu gözlenmiştir. Burada, heyecansal uyum bakımından çocuklukta DEHB tanısı alan kişiler, diğer kişilere göre az uyum sağlamaktadır. Yapılan bağımsız örneklem T test sonucuna göre, çocuklukta DEHB tanısı alan ve almayan kişilerin heyecansal uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P=0,65>0,05$).

Genel uyum puanlarına göre incelediğimizde; çocuklukta DEHB tanısı alan 4 kişinin puan ortalaması 45,50 ve çocuklukta DEHB tanısı almayan 46 kişinin puan ortalaması 40,11 olduğu gözlenmiştir. Burada, genel sosyal uyum bakımından çocuklukta DEHB tanısı alan kişiler, diğer kişilere göre az uyum sağlamaktadır. Yapılan bağımsız örneklem T test sonucuna göre, çocuklukta DEHB tanısı alan ve almayan kişilerin genel uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P=0,45>0,05$).

4.TARTIŞMA

Daha çok çocukluk dönemi bozukluğu olarak kabul edilen DEHB hastalığı yetişkinlik döneminde de bazı semptomları baskın olabilecek şekilde devam edebilir. Ancak yapmış olduğumuz çalışmanın istatistiksel sonuçları bize göstermiştir ki literatürde deyinilen, Hallowell ve Rateyin çalışmalarında da görülebilecek şekilde, yetişkinlik döneminde devam eden yada farkedilen DEHB rahatsızlığı yetişkinlerde daha çok hiperaktive görülmeden ortaya çıkmaktadır, bu yönüyle yetişkinler için daha çok göz önünde bulundurulması gereken noktanın dikkat eksikliği ile ilgili veriler olduğu çalışmamızda görülmüştür. Çocukluk döneminde görülen hiperaktiviteli DEHB rahatsızlığının yetişkinlik çağında dürtü kontrolünün artması, sosyal denetim mekanizmalarının baskın hale gelmesi, yetişkinlerin iş,aile, sosyal kurumlar içinde daha fazla bulunmasından kaynaklı, içsel ve dışsal denetim mekanizmalarının daha fazla göz önünde bulundurulması gibi sebeplerle yetişkinlerde DEHB rahatsızlığının hiperaktivite yönünün çalışmamızda da görüldüğü üzere semptom boyutunda daha az ortaya çıktığı kanaati oluşmaktadır.

DEHB li erişkinler hakanda yapmış olduğumuz Literatür derlemesi sonrasında elde ettiğimiz hipotezimizin Üsküdar Üniversitesi öğrencileri arasından rastlantısal olarak belirlenen 25 kız ve 25 erkek toplam 50 Kişilik elde edilen örneklem ile kontrolü yapılmaya çalışılmıştır.

50 kişinin, ASRS ölçeği A bölüm puan ortalaması 2,26 ve genel olarak dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu açısından sorun olmadığı gözlenmiştir. Erişkin dikkat eksiklik puan ortalaması 15,24 ve DEHB olmadığı gözlenmiştir. Hiperaktivite/dürtüsellik puan ortalaması 14,56 ve DEHB olmadığı gözlenmiştir. ASRS ölçeği toplam puan ortalaması 29,80 olduğu gözlenmiştir.

50 Kişilik örneklemimizde Tablo 5 de; Çocuklukta DEHB tanısı alan 4 kişi (%8) ve DEHB tanısı almayan 46 kişi (%92) olduğu gözlenmiştir.

Yılmaz ve arkadaşlarının çalışmalarındaki bildirilen ABD de yapılan 10.000 denekli araştırmada DEHB li erişkin oranları % 4.4 bulunmuştur.

Buradan yola çıkararak Üsküdar Üniversitesinde okuyan 50 kişilik öğrenci grubuyla yapmış olduğumuz çalışmada 2.2 kişinin DEHB olma olasılığı vardır. Bu orana göre bizim örnekleminizde 50 kişiden 4 ü ocukluk DEHB tanısı olduğunu belirtmiştir.

Yetişkinlerde DEHB'nun oluşumuyla ilgili olarak epidemiyolojik çalışmalar yetersizdir. Ancak yapılan araştırmalar sonucunda çocukluk çağında başlayan DEHB nun %30-60'ın erişkinlikte de devam ettiği ortaya konmuştur (Weiss ve ark. 1985). DEHB nun çocuklarda görölme oranı %4 olarak düşünülrken bu oranın yirmili yaşlarda %0.8 olduğu, ve 40 yaşlarında da %0.05 oranına ulaştığı görölmüştür (Hill ve Schoner, 1996). Bir başka çalışmada ise yetişkinlerde DEHB'nun toplam yetişkin oranının % 2 sini oluşturduğunu bulmuştur (Wender, 1988). Hiperaktif ocukların 2/3' ünde hastalığın en az bir semptomu erişkin dönemde de devam etmektedir (Weiss, 2000). ABD de yapılan geniş örneklemliler (10,000 denek) bir çalışmada ise genel erişkin toplumunun % 4.4 ünde DEHB olduğu saptanmıştır (Kessler, 2004; Akt: Yılmaz, vd. , 2012).

Bizim örnekleminizde ise beklenen erişkin DEHB oranı, 50 kişide 4 kişi ocukluk DEHB si tanımlanmış şekilde olan 4 kişinin 2/3 ü 2.6 kişi etmektedir. Bu rakamda örnekleminiz için % 5.2 kişi oranını vermektedir.

Araştırmamız da bulduğumuz % 5,2 Erişkin DEHB oranı, literatürdeki % 4.4 rakamına yakın elde edilmiştir.

ASRS ölçeği A bölüm puanlarına göre incelediğimizde; 21 yaş ve altında olan 13 kişinin puan ortalaması 3,08, 22-24 yaş arasında olan 20 kişinin puan ortalaması 2,40, 25 yaş ve üstünde olan 17 kişinin puan ortalaması 1,47 olduğu gözlenmiştir. Burada 21 yaş ve altında olan, 22-24 yaş arasında olan, 25 yaş ve üstünde olan kişilerindikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu açısından

sorunlarının olmadığı görülmektedir. Yapılan Kruskal Wallis test sonucuna göre, ASRS ölçeği A bölüm puanları yaşlara göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($P=0,02<0,05$). Özellikle 21 yaş ve altında olan bireyler Dikkat Eksikliği Alt boyutunda daha yüksek puan almışlardır.

Çalışmamızın istatistiksel verilerine bakacak olursak, değişkenler arasındaki ilişkinin daha çok DEHB rahatsızlığının dikkat eksikliği alt boyutu ile sosyal uyum alt ölçekleri ve atılganlık puanları arasında daha anlamlı sonuçlar verdiğini görmekteyiz. Yapılan çalışmada, Erişkin dikkat eksiklik puanı ile, Rathus atılganlık puanı arasında aynı yönde zayıf bir ilişki vardır ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Yani dikkat eksiklik puanı arttıkça atılganlık puanı artmaktadır ($r=0,35;P<0,05$). Sağlıkla ilgili uyum puanı ile aynı yönde zayıf bir ilişki vardır ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Yani dikkat eksiklik puanı arttıkça sağlıkla ilgili uyum puanı artmaktadır, dolayısıyla sağlıkla ilgili uyumsuzluğun arttığı söylenebilir ($r=0,31;P<0,05$).

DEHB'nun Dikkat Eksikliği Alt ölçek puanı yüksek bulunan erişkin bireylerde Atılganlık ve Sosyal Uyum arasındaki ilişkileri araştırırken DEHB'nun erişkinlerdeki belirtilerini (Hallowell ve Ratey'e göre) gözönünde bulundurmak gereklidir:

Aşağıdakilerden en az 15 tanesinde kronik bir bozukluk var olması:

1. Yetersiz başarı, hedeflere ulaşamama (kişinin aslında ne kadarını başarı elde etmiş olduğuna aldirmaksızın) hissi.
2. Organize olmakta zorluk.
3. İşe başlamada kronik gecikme yada zorluk.
4. Aynı anda devam eden pekçok proje; sonunu getirmekte zorluk yaşamak.
5. Zamanlamayı ya da düşüncenin uygunsuzluğunu göz önünde bulundurmaksızın, aklına geleni söyleme eğilimi.
6. Devamlı olarak aşırı uyarılma arayışı.

7. Can sıkıntısına tahammül edememe

8. Kolayca dikkat dağılması, dikkati odaklamada zorluk, bir sayfanın yada konuşmanın ortasında kopma ya da dış dünyayla bağlantıyı kesme eğilimi; bunlara kimi zaman hiper-odaklanma yeteneğinin de eşlik etmesi.

DEB'nin ayırıcı özelliğidir. 'Kopma' oldukça istemsizdir.

9. Sıkça yaratıcı, sezgisel, son derece zeki olma.

10. Kurulu kanalları gözden geçirmede, 'uygun' prosedürü takipte zorluk.

11. Sabırsız; düş kırıklığı karşısında düşük tolerans.

12. Para harcamada, plan değiştirmede, yeni tasarı yada kariyer planları yürürlüğe koymakta vb.dürtüsellik, sözel yada hareket olarak da dürtüsel olma.

13. Gereksiz yere endişelenme eğilimi.

14. Güvensizlik hissi

15. Ruh halinin çalkantılı olması, hızlı değişen ruh hali.

16. Huzursuzluk; bir çocukta görülebilecek tamamen gelişmiş hiper-aktivite bir yetişkinde genellikle görülmeyebilir. Bunun yerine, 'asabi enerjiye' benzeyen birşey görülebilir.

17. Bağımlı davranışa eğilim

18. Öz saygıya dair kronik problemler

19. Hatalı öz-gözlem

Bu araştırmanın istatistik sonuçları henüz elde edilmeden DEHB'nun yukarıdaki Erişkinlerde görülen belirtileri ile aşağıdaki atılganlık ve sosyal uyum tanım ve kriterlerinin karşılaştırılmasından doğan bir fikrimiz oluşmuştu. Bu noktadan hareketle, atılgan davranış, atılgan olmayan davranış, saldırgan davranışı burada tekrar tanımladığımızda DEB ve Hiperaktiviteyi ayrı ele almanın aralarındaki ilişkiyi daha net görebilmemiz açısından doğru olacağı kanaati oluşmuştur.

Atılğan, atılğan olmayan ve saldırgan davranışları karşılaştırarak bu kavramları açıklamaya çalışacağız:

Saldırgan davranışlar alıcının önemsiz ve incinmiş hissetmesine yol açar karşıdaki kişi kendisine hak tanımadığı için alıcı kendini kırılmış, aşağılanmış hisseder ve savunma yapma gereği duyar. Söz konusu durumla ilgili hedeflerine de ulaşamaz. Saldırgan davranışların göndericisi hedeflerine ulaşabilir ama bu arada acı ve hayal kırıklığına neden olur ve bunlar daha sonra ona intikam olarak geri dönebilir.

Atılğan olmayan davranışlar alıcıda anlayıştan zihin karışıklığına ve göndericiyi itici ve değersiz bulmaya kadar değişkenlik gösteren bir dizi duyguya yol açarlar. Alıcı, göndericinin pahasına hedeflerine ulaşmış olmaktan dolayı suçluluk veya öfke de duyabilir. Buna karşılık atılğanlık her iki tarafında öz-değer duygularını kuvvetlendirir, her iki tarafa da kendini ifade ve hedeflere ulaşma imkanı sağlar.

Özetle, atılğan olmayan davranış biçiminde gönderici kendini inkar ettiği için acı çeker, saldırgan davranışların alıcısı (bazen her iki taraf da) acı çeker. Atılğanlık söz konusu olduğunda ise hiç kimse kırılmaz, acı çekmez ve büyük bir olasılıkla her iki taraf da başarıya ulaşır.

Atılğan davranış biçimi insan ilişkilerinde eşitliği gözetir ve gereksiz endişelerden arınmış bir şekilde, kendi çıkarlarımız doğrultusunda hareket edebilmemizi, kendimizi savunabilmemizi, duygularımızı dürüstçe ve rahatlıkla ifade edebilmemizi ve başkalarının haklarını çiğnemenen kendi haklarımızı kullanabilmemizi mümkün kılar (Alberti, Emmons, 1998).

Atılğanlığa bakacak olursak; evrensel bir özellik olmayıp, kişiye ve duruma göre değişmektedir. Bireysel ve kültürel farklılıklar önemli rol oynamaktadır.Özgüven ve özenetim kazanmak için değerli bir araç olmakla birlikte her şeyin çözümü değildir. Atılğan kişiler, az kelime ile ne istediklerini kesin ve anlaşılır bir biçimde belirtirler. Olumlu ve olumsuz duygularını dürüst ve

uygun şekilde ifade ederler. Kendileri ve başkaları hakkında genellikle iyi şeyler düşünürler. "Ben" dilini kullanırlar. Etkili, sağlıklı ve uyumlu etkileşime girebilirler. İletişimlerinde duyarlı ve hoşgörülüdürler. Stresle daha etkili başa çıkarlar (Şahin, 2011).

Bozboğa'ya göre Atılğan Davranışın Önemli Özellikleri:

1. Kendini ifadeye dayalıdır.
2. Baskalarının haklarına saygı gösterir.
3. Dürüştür.
4. Dolaysızdır ve kesindir.
5. İlişkide her iki tarafın esitliğine ve yararına güdümlüdür.
6. Duyguların, hakların, gerçeklerin, görüşlerin, ricaların ve sınırların söze dökülmesidir.
7. İletilmek istenen mesaj için göz teması, ses, vücut durusu, yüz ifadesi, el ve vücut hareketleri, mesafe, zamanlama, akıcılık ve dinleme gibi öğelerden yararlanır.
8. Evrensel değil, kişiye ve duruma uygundur.
9. Toplumsal sorumluluk üstlenmektir.
10. İnsanın doğasında yoktur, öğrenilir (Tanıç, 1993a; Ayaz, 2002; Akt: Bozboğa, 2009).

Rathus atılğanlık puanı ile heyecansal uyum puanı arasında ters yönde zayıf bir ilişki vardır ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Yani Rathus atılğanlık puanı azaldıkça heyecansal uyum puanı artmaktadır, dolayısıyla heyecansal olarak uyumsuzluğun arttığı söylenebilir ($r=-0,48; P<0,01$). Bu sonuç bize göstermektedir ki bireylerin sağlıklı sosyal uyum geliştirebilmeleri için atılğan olmaları gerekmektedir, atılğan tutum kendini ifadeye dayalı olduğundan varlığı sağlıklı sosyal uyumu beraberinde getirmektedir.

Bununla beraber istatistiksel sonuçlarımızda görülen; Rathus atılganlık puanı ile genel uyum puanı arasında ters yönde zayıf bir ilişki vardır ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Yani Rathus atılganlık puanı azaldıkça genel uyum puan artmaktadır, dolayısıyla genel olarak uyumsuzluğun arttığı söylenebilir ($r=-0,32;P<0,05$). Bu sonuçta da anlaşılacağı üzere bireylerin atılganlıkları saldırgan davranış halinde olduğu zaman sosyal uyumu azaltmaktadır.

Yukarıdaki literatürde Hallowell ve Ratey'in belirtmiş olduğu yetişkinlerde DEB rahatsızlığının semptomlarına ve atılganlıkla ilgili literatüre bakarak değerlendirme yapacak olursak, Rathus atılganlık puanı arasında aynı yönde zayıf bir ilişki vardır ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Yani dikkat eksiklik puanı arttıkça atılganlık puanı artmaktadır ($r=0,35;P<0,05$), bu sonuç bize göstermektedir ki, örneklemimizin atılganlık puanları ile DEHB alt ölçeği Dikkat Eksikliği puanları arasında anlamlı bir ilişkinin; bulunmasını şu şekilde yorumlanmaktadır; hipotezimizde kabul ettiğimiz, bireylerin hiperaktivite düzeyleri arttıkça atılganlıkları da artar ön kabulü bu sonuçlarla örtüşmemektedir, bunun sebebinin yetişkinlerde, araştırmada da görüldüğü üzere, hiperaktivite bozukluğunun çocuklarda görüldüğü gibi hareketli, dürtüsel, ele avuca sığmaz yapıda açığa çıkmadığı anlaşılmaktadır, yetişkinlerin hiperaktif davranışlarını ve dürtüselliklerini yaşam içinde daha iyi kontrol altına alabildiklerini düşündürmektedir yetişkinlik görev sorumlulukları başta olmak üzere bir çok itici güçle beraber yetişkinliğe ait öz denetim gücü gibi birçok içsel faktör DEHB bozukluğunun Dikkat Eksikliği yönünü daha ön plana çıkarmaktadır, hiperaktivite boyutunu baskılamaktadır. Yukarıda ki literatürde belirtilen yetişkin DEB semptomlarının daha çok içsel- ruhsal dinamikler üzerinde etkili olduğu, davranış boyutuna daha az etki ettiği görülmektedir. Özetle aslında yetişkinler dürtüsel duygular yaşamaktadır, ancak bunun davranış boyutunda çocukluklarda olduğu gibi direk açığa çıkmasını engelleyen birçok yetişkinlik erkinin bulunması, araştırmamızda bulduğumuz atılganlık puanları ile DEHB arasındaki pozitif ilişkiyi hipotezimize ters düşmesine rağmen bizim için bu ilişkiyi anlaşılır kılmaktadır.

Araştırma sonuçlarına bakılacak olursa demografik değişkenler, sosyal uyum ve atılganlık puanları arasında bütün anlamlılıklar DEHB'nin Dikkat Eksikliği alt boyutu arasındadır.

Abalı'ya göre ise Tedavisiz kalan çocukların ileri hayat aşamalarında karşılaştıkları sıkıntılar şöyledir:

a. özgüven azalması

b. kendilerinde olan kapasiteyi ortaya koyamama

c. ders başarısızlığı

d. okul ve öğretmen ilişkilerinin bozulması

e. anne baba ve aile ile ilişkilerin bozulması

f. arkadaş ilişkilerinin bozulması

g. sosyal aktivitelerin kısıtlanması

h. davranış problemleri

i. madde kullanımı

j. birlikte görülebilecek diğer psikiyatrik durumlar (Abalı, 2012).

Yukarıdaki literatürde Abalı'nın da bahsettiği üzere çocukluk döneminde tedavi edilememiş, yetişkinlik döneminde devam eden DEHB rahatsızlığının sonucu olarak bireyler madde kullanımı gibi, riskli davranışlara ve sosyal uyumsuzluklar gibi sıkıntılar yaşayabileceği belirtilmektedir. Çalışmamızda yetişkinlerde görülen DEHB' nin alt ölçeği olan Dikkat eksikliği puanı ile Sağlıkla ilgili uyum puanı arasında aynı yönde zayıf bir ilişki vardır ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Yani dikkat eksiklik puanı arttıkça sağlıkla ilgili uyum puanı artmaktadır, dolayısıyla sağlıkla ilgili uyumsuzluğun arttığı söylenebilir ($r=0,31;P<0,05$). Yetişkin bireylerin yaşadığı Dikkat Eksikliği sorunu sebebi ile beden bütünlüklerini göz önüne almadan genel sağlıklıkları hakkında daha az kaygı duymaları ve genel sağlıklılık halinin sürdürme noktasında organize edilmesi gereken çevre koşullarına

çok fazla dikkat edemediklerinden bu noktada uyumsuzluk gösterdiklerini düşündürmektedir. Bu bireyler genel anlamda hayattaki ayrıntıları dikkat alanlarına alamadıklarından, çevresel değişkenleri ıskalayabildiklerinden sağlıklarını etkileyecek etmenleri göz ardı edebileceklerini düşündürmektedir. Buradaki uyumsuzluğun kaynağının dürtüsel bir alt yapı olan ve hiperaktif davranışla şekilene riskli davranış göstermelerinden daha çok, dikkat eksikliğine bağlı farkındalıksızlıktan kaynaklandığı yönünde fikir oluşturmaktadır.

Aynı zamanda Abalı'nın belirttiği üzere çocukluk döneminde tedavi edilmeyen DEHB yetişkinlik döneminde başka psikiyatrik rahatsızlıklarla eşlik etmesine sebep olmaktadır, araştırmamızda bu bilgiyi destekler niteliktedir, aşağıda belirttiğimiz üzere araştırmamızın sonucu göstermiştir ki, herhangi bir psikiyatrik tanısı olduğunu belirten bireylerin, dikkat eksikliği puanları, hiperaktivite puanları, genel DEHB puanları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

ASRS ölçeği A bölüm puanlarına göre incelediğimizde; herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olan 13 kişinin puan ortalaması 3,31 ve rahatsızlığı olmayan 37 kişinin puan ortalaması 1,89 olduğu gözlenmiştir. Burada psikiyatrik rahatsızlığı olan kişilerin puanlarının yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan Mann-Whitney U test sonucuna göre, herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olan ve olmayan kişilerin ASRS ölçeği A bölüm puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir ($P=0,048<0,05$).

Hiperaktivite/dürtüsellik puanlarına göre incelediğimizde; herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olan 13 kişinin puan ortalaması 18,46 ve olasılıkla DEHB olduğu, rahatsızlığı olmayan 37 kişinin puan ortalaması 13,19 ve DEHB olmadığı gözlenmiştir. Burada psikiyatrik rahatsızlığı olan kişilerin puanlarının yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan Mann-Whitney U test sonucuna göre, herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olan ve olmayan kişilerin hiperaktivite/dürtüsellik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir ($P=0,03<0,05$).

Literatüre baktığımızda DEHB yaşayan bireylerin, almış olduğu puanların alt

ölçeklere göre dağılımını incelediğimizde dikkat eksikliği puanı baskın olan bireyler daha çok pasif özellikler gösteren, atılgan olmayan ve sosyal uyum açısından daha içe dönük, sosyalleşme sorunları yaşayan bireyler olarak ele alınmaktalar. Hiperaktivite puanları yüksek olan bireylerin atılganlık puanları yüksek çıkmakla beraber, bu atılganlığın daha çok saldırgan davranışlarla kendini gösterdiği ve işlevsel olmayan davranışlardan ötürü sosyal uyumla ilgili problemlerin yaşandığı söylenmektedir. Bizim çalışmamızda ise literatürün aksine dikkat eksikliği alt ölçek puanı yüksek olan bireylerin atılganlık düzeylerinin daha olumlu yönde seyrettiği ve sosyal uyumlarında ise anlamlı bir uyumsuzluğun olmadığı görülmüştür. Hiperaktivite alt ölçek puanları ile değişkenler arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Bunun nedeni olarak da belirttiğimiz üzere yetişkinlik döneminin gelişimsel özelliklerine bağlı çocukluk çağına göre avantaj sağlayan ve dürtüsel davranışa sebep olan içsel mekanizmalarla başedebilme erkini kullanılabilen yetişkinlik özellikleridir.

DEHB li Erişkinlerin Sosyal uyumları için literature baktığımızda kısaca;

Kaplan'a göre uyum sürecinin ölçütlerinden bir tanesi de gerçekçi kendini algılamadır. Kişinin uyum sorunu yaşamadığının bir diğer delili hedeflerine ulaşmak için akıllı planlar yapabilmesidir. Birey hem yeteneklerinin farkında olabilmeli hem de zayıf yönlerini görebilmeli ve mantıklı sınırlar içinde kendine uzak hedefler belirlemelidir.

Etkin uyum için bireyin; fiziksel sağlığının iyi olması, kendini tanıma ve kabul etme, başkalarını kabul etme, sorunlarda ve yaşamda etkin tutum takınma, duygularını, problemlerini paylaşabilme, işte ve eğlencede yer alma, sosyal katılım, yaptığı işten doyum sağlama, yaratıcı yaşantı gibi özelliklere sahip olması gerekmektedir (Akıncı, 2007).

Yukarıdaki tanımda da bahsettiği üzere etkin uyum için fiziksel sağlığının olması beklenmektedir, bizim örneklemimizde dikkat eksikliği ile sağlık uyumu arasında çıkan negative yönde anlamlı ilişkiyi göz önüne aldığımızda, örneklemimizin sosyal uyum alanında anlamlı bir ilişki bulamamızı açıklamaktadır.

Uyum kavramı, bireyin çevresiyle ve kendisi ile sağlıklı iletişim kurabilmesi, kurduğu ilişkilerini sürdürebilmesi ilişki kurarken karşılaştığı sorunlarla başa çıkabilmesi şeklinde de açıklanabilir. Uyumlu birey araştırmacı, bilgi toplayan, olumlu-olumsuz duygularını ifade edebilen, sorunları kabul edebilen, diğerlerinden yardım isteyebilen, kendine güvenen, sorunları çözme eyleminde bulunan, stresle baş etme stratejilerini kullanan bireydir (Tutkun, 2006).

Kaplan'a göre uyum sürecinin ölçütlerinden bir tanesi de gerçekçi kendini algılamadır. Kişinin uyum sorunu yaşamadığının bir diğer delili hedeflerine ulaşmak için akıllı planlar yapabilmesidir. Birey hem yeteneklerinin farkında olabilmeli hem de zayıf yönlerini görebilmeli ve mantıklı sınırlar içinde kendine uzak hedefler belirlemelidir.

Etkin uyum için bireyin; fiziksel sağlığının iyi olması, kendini tanıma ve kabul etme, başkalarını kabul etme, sorunlarda ve yaşamda etkin tutum takınma, duygularını, problemlerini paylaşabilme, işte ve eğlencede yer alma, sosyal katılım, yaptığı işten doyum sağlama, yaratıcı yaşantı gibi özelliklere sahip olması gerekmektedir (Akıncı, 2007).

Uyum kavramı, bireyin çevresiyle ve kendisi ile sağlıklı iletişim kurabilmesi, kurduğu ilişkilerini sürdürebilmesi ilişki kurarken karşılaştığı sorunlarla başa çıkabilmesi şeklinde de açıklanabilir. Uyumlu birey araştırmacı, bilgi toplayan, olumlu-olumsuz duygularını ifade edebilen, sorunları kabul edebilen, diğerlerinden yardım isteyebilen, kendine güvenen, sorunları çözme eyleminde bulunan, stresle baş etme stratejilerini kullanan bireydir (Tutkun, 2006).

Literatürdeki karşılaştırmamızı doğrular nitelikte sosyal uyumun alt ölçeklerinde daha önce DEHB tanısı aldığını belirtmiş 4 kişinin istatistik verileri diğer 46 kişiye göre Uyum/ Sosyal uyumla ilgili anlamlı şekilde farklı bulunmuştur.

Sağlık, uyku, kötü beslenme, kötü alışkanlık, aile ve çevreyle ilgili uyum puanlarında negatif yönde anlamlı bulunmuştur. Yani dikkat eksikliğine bağlı

olarak yetişkinler bu alanlarda eksiklik gösterebilmekte, genel uyumluluk halinde olumsuzluklar oluşturabilmektedir.

ASRS ölçeği A bölüm puanlarına göre incelediğimizde; uyku ve beslenme düzenine dikkat eden 19 kişinin puan ortalaması 1,47 ve dikkat etmeyen 31 kişinin puan ortalaması 2,74 olduğu gözlenmiştir. Burada uyku ve beslenme düzenine dikkat etmeyen kişilerin puanlarının yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan Mann-Whitney U test sonucuna göre, uyku ve beslenme düzenine dikkat eden ve etmeyen kişilerin ASRS ölçeği A bölüm puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir ($P=0,02<0,05$).

Hiperaktivite/dürtüsellik puanlarına göre incelediğimizde; uyku ve beslenme düzenine dikkat eden 19 kişinin puan ortalaması 11,26 ve DEHB olmadığı, dikkat etmeyen 31 kişinin puan ortalaması 16,58 ve olasılıkla DEHB olduğu gözlenmiştir. Burada uyku düzenine dikkat etmeyen kişilerin puanlarının yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan Mann-Whitney U test sonucuna göre, uyku ve beslenme düzenine dikkat eden ve etmeyen kişilerin hiperaktivite/dürtüsellik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir ($P=0,01<0,05$).

ASRS ölçeği toplam puanlarına göre incelediğimizde; uyku ve beslenme düzenine dikkat eden 19 kişinin puan ortalaması 24, 47 ve dikkat etmeyen 31 kişinin puan ortalaması 33,06 olduğu gözlenmiştir. Burada uyku düzenine dikkat etmeyen kişilerin ASRS toplam puanları, diğer kişilere göre yüksek çıkmıştır. Yapılan bağımsız örneklem T test sonucuna göre, uyku ve beslenme düzenine dikkat eden ve etmeyen kişilerin ASRS toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir ($P=0,01<0,05$).

Sağlıkla ilgili uyum puanlarına göre incelediğimizde; uyku ve beslenme düzenine dikkat eden 19 kişinin puan ortalaması 6,16 ve dikkat etmeyen 31 kişinin puan ortalaması 9,00 olduğu gözlenmiştir. Burada, sağlıkla ilgili uyum bakımından uyku düzenine dikkat eden kişiler, diğer kişilere göre daha iyi uyum sağlamaktadır. Yapılan bağımsız örneklem T test sonucuna göre, uyku ve beslenme

düzenine dikkat eden ve etmeyen kişilerin sağlıkla ilgili uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir ($P=0,03<0,05$).

Bu tabloda DEHB tanısı alan 4 kişinin Atılganlık puan ortalaması Atılgan çıkmıştır. Literatürdeki bilgiler doğrultusunda kurduğumuz hipotez aksi yönde olmuştur ve bu çalışmada elde ettiğimiz istatistik veriler ile hipotezimiz çelişmiştir.

Bu sonuç örnekleminizin yetişkin ve eğitilmiş bireyler arasından seçilmiş oldukları düşünüldüğünde Hiperaktif davranışların öz farkındalıkla Saldırganlıktan Atılgan davranışa evrilmiş olma olasılığını düşündürmüştür.

Atılgan davranışın genetik olmayıp, Öğrenilen bir durum olduğu Literatürdeki bilgilerimizi doğrulamaktadır.

"İnsanın doğasında yoktur, öğrenilir (Tanış, 1993a; Ayaz, 2002; Akt: Bozboğa, 2009)."

Aynı araştırmada DEHB' nin dikkat eksikliği alt ölçeği ile Atılganlık arasında anlamlı bir ilişkinin dışında bir ilişki bulunamamıştır. Hipotezimizde ele aldığımız hiperaktivite arttıkça atılganlık artar önermemiz bu noktada çürümüştür, bunun sebebi örnekleminizin yetişkinlerden oluşması ve yetişkinler DEHB rahatsızlığının daha çok dikkat eksikliği baskın olarak ortaya çıkması, literatürde de desteklecek şekilde, olduğunu düşünüyoruz. Ayrıca hiperaktivite ile atılganlık arasında ki ilişkiyi salt hiperaktif bireylerin saldırgan davranışa meilli olmasından ele almak bizim hipotezimizin sınırlılığını oluşturmaktadır, literatüründe desteklediği üzere atılgan olmak sadece saldırgan davranış geliştirmekle olmamaktadır. Bu yönüyle dikkat eksikliği ile atılganlık arasındaki anlamlı ilişki anlaşılabilir olmaktadır.

Yaptığımız araştırmada DEHB alt ölçekleri ile Sosyal uyum alt ölçekleri arasında Dikkat Eksikliği alt ölçeği ile sağlıkla ilgili alt ölçeği dışında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu durumu oluşturan başlıca sebep örnekleminizin sınırlılığı olduğunu düşünmekteyiz.

Sosyal uyum alt ölçekleri ile atılganlık arasında, heyecansal uyum ve sosyal uyum alt ölçekleri ile ilişkisinin dışında anlamlı bir ilişki görülmemiştir.

Demografik değişkenler ile DEHB arasında, yaşı ve geçmişte bir psikiyatrik tanı alma durumları gibi değişkenler dışında beklediğimiz şekilde bir anlamlılık söz konusu değildir. Bu durumun en önemli sebebinin örneklemimizin sayısal sınırlılığı ve yetişkin bireylerden kaynaklandığı düşünölmektedir.



5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1 SONUÇ

Bu bölümde araştırmada elde edilen bulgulara dayalı olarak ulaşılan sonuçlar ve bunların ışığında oluşturulan önerilere yer verilmektedir.

Bu araştırmada Üniversite Öğrencilerinde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Sosyal Uyum ve Atılganlık Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin belirlenmesi, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun erişkinlikte sosyal uyumu nasıl etkilediği, bireylerin atılganlık düzeylerinin DEHB ve sosyal uyum ile nasıl bir ilişki içerisinde olduğu, bu üç değişkenin kendi aralarındaki ilişkisine bakılarak anlaşılmasına çalışılmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre, seçilen örnekleme kız olan 25 kişi (%50) ve erkek olan 25 kişi (%50) vardır. 21 yaş ve altında olan 13 kişi (%26), 22-24 yaş arasında olan 20 kişi (%40), 25 yaş ve üstünde olan 17 kişi (%34) vardır. Anne ve babası hayatta olan 45 kişi (%90), annesi ölen ve babası hayatta olan 1 kişi (%2), babası ölen ve annesi hayatta olan 4 kişi (%8) vardır. Anne ve babası birlikte yaşayan 36 kişi (%72), anne ve babası ayrı yaşayan 3 kişi (%6), anne ve babası boşanan 6 kişi (%12), anne veya babası hayatta olmayan 5 kişi (%10) vardır. Tek kardeşi olan 5 kişi (%10), 2 kardeşi olan 20 kişi (%40), 3 kardeşi olan 16 kişi (%32), 4 ve üstünde kardeşi olan 9 kişi (%18) olduğu gözlenmiştir.

Yetişkinlerde DEHB'nun oluşumuyla ilgili olarak epidemiyolojik çalışmalar yetersizdir. Ancak yapılan araştırmalar sonucunda çocukluk çağında başlayan DEHB nun %30-60'ın erişkinlikte de devam ettiği ortaya konmuştur (Weiss ve ark. 1985). DEHB nun çocuklarda görülme oranı %4 olarak düşünülürken bu oranın yirmili yaşlarda %0.8 olduğu, ve 40 yaşlarında da %0.05 oranına ulaştığı görülmüştür (Hill ve Schoner, 1996). Bir başka çalışmada ise yetişkinlerde DEHB'nun toplam yetişkin oranının % 2 sini oluşturduğunu bulmuştur (Wender, 1988). Hiperaktif çocukların 2/3'ünde hastalığın en az bir semptomu erişkin dönemde de devam etmektedir (Weiss, 2000). ABD de yapılan geniş örneklemliler (10,000 denek)

bir çalışmada ise genel erişkin toplumunun % 4.4 ünde DEHB olduğu saptanmıştır (Kessler, 2004; Akt: Yılmaz, vd. , 2012).

Buradan yola çıkarak Üsküdar Üniversitesinde okuyan 50 kişilik öğrenci grubuyla yapmış olduğumuz çalışmada 2.2 kişinin DEHB olma olasılığı vardır. Bu orana göre bizim örneklemimizde 50 kişiden 4 ü çocukluk DEHB tanısı olduğunu belirtmiştir.

Bizim örneklemimizde ise beklenen erişkin DEHB oranı, 50 kişide 4 kişi çocukluk DEHB si tanımlamıştır. Örneklemimizde çocukluk DEHB tanısı olan 4 kişinin 2/3 ü 2.6 kişi etmektedir. Bu rakamda örneklemimiz için DEHB % 5.2 kişi oranını vermektedir.

Araştırmamız da bulduğumuz % 5,2 Erişkin DEHB oranı, literatürdeki % 4.4 rakamına yakın elde edilmiştir.

Örneklem DEHB alt ölçeği olan Dikkat eksikliği puanı ile atılganlık puanı arasında ve sosyal uyumun alt ölçeği olan sağlıkla ilgili uyum arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

21 yaş ve altı bireylerin dikkat eksikliği puanları diğer yaşlara göre yüksek çıkmıştır.

50 kişinin, ASRS ölçeği A bölüm puan ortalaması 2,26 ve genel olarak dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu açısından sorun olmadığı gözlenmiştir.

ASRS ölçeği A bölüm puanları, Hiperaktivite/dürtüsellik puanları, ASRS ölçeği toplam puanlarına göre incelediğimizde, uyku ve beslenme düzenine dikkat etmeyen kişilerin puanlarının yüksek olduğu görülmektedir.

21 yaş ve altı bireylerin aile çevresine uyumu daha yüksek çıkmıştır. Burada, aile çevresine uyum bakımından 21 yaş ve altında olan kişiler, diğer yaşlardaki kişilere göre daha iyi uyum sağlamaktadır. Yapılan bağımsız örneklem tek yönlü varyans analizi sonucuna göre, aile çevresine uyum puanları yaşlara göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($P=0,01<0,05$)

ASRS ölçeği A bölüm puanı ve aile çevresine uyum puanları yaşlara göre anlamlı bir farklılık gösterdiği gözlenmiştir, 21 yaş ve altında olan kişiler ile 25 yaş üstünde olan kişilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır ($P<0,05$). Yani 21 yaş ve altında olan kişilerin puanlarının yüksek olması anlamlı bulunmuştur.

Sosyal uyum bakımından 21 yaş ve altında olan kişiler boyun eğmeye yatkın ve sosyal ilişkilerinde çekingen davranışlar sergilediklerinden, diğer yaşlardaki kişilere göre az uyum sağlamaktadır.

Sosyal uyum bakımından çocuklukta DEHB tanısı alan kişiler boyun eğmeye yatkın ve sosyal ilişkilerinde çekingen davranışlar sergilediklerinden, diğer kişilere göre az uyum sağlamaktadır.

Burada, heyecansal uyum bakımından boş zamanlarında etkinlik yapmayan kişiler, etkinlik yapan kişilere göre az uyum sağlamaktadır.

Sağlıkla ilgili uyum puanlarına göre incelediğimizde, sağlıkla ilgili uyum bakımından uyku düzenine dikkat eden kişiler, diğer kişilere göre daha iyi uyum sağlamaktadır.

Geçmişte DEHB tanısı olan ve başka psikiyatrik tanı almış bireylerin dikkat eksikliği puanları, A bölümü puanları ve hiperaktivite puanları literatürü destekler nitelikte daha yüksek çıkmıştır.

Örneklemin Atılganlık puanları ile Sosyal Uyumun alt ölçekleri olan heyecansal uyum ve Sosyal Uyum arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Sağlıkla ilgili uyum puanı ile aynı yönde zayıf bir ilişki vardır ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Yani dikkat eksiklik puanı arttıkça sağlıkla ilgili uyum puanı artmaktadır, dolayısıyla sağlıkla ilgili uyumsuzluğun arttığı söylenebilir ($r=0,31;P<0,05$).

Sosyal Uyum bakımından anne ve babası birlikte yaşayan kişiler boyun eğmeye yatkın ve sosyal ilişkilerinde çekingen davranışlar sergilediklerinden, diğer kişilere göre az uyum sağlamaktadır. Anne ve babası birlikte yaşayan kişiler ile ayrı

yaşayan/boşanan kişilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır ($P<0,05$). Yani anne ve babası ayrı yaşayan/boşanan kişiler, anne ve babası birlikte yaşayan kişilere göre daha iyi uyum sağlamaktadır.

Araştırma sonucuna göre bireylerin dikkat eksiklikleri artıkça atılganlıkları artmaktadır, ayrıca görülmüştür ki bireylerin dikkat eksiklikleri artıkça sağlıklı ilgili uyumsuzlukları da artmaktadır. DEHB'nun alt ölçeği olan hiperaktivite ile değişkenler arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Kız ve erkeklerin Rathus atılganlık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P=0,25>0,05$).

50 kişinin, Rathus atılganlık puan ortalaması 115,24 ve atılganlık düzeylerinin orta olduğu gözlenmiştir.

Araştırmamızda Bireylerin Rathus atılganlık puanı azaldıkça heyecansal uyum puanı artmaktadır, dolayısıyla heyecansal olarak uyumsuzluğun arttığı söylenebilir.

Araştırmamızda Rathus atılganlık puanı azaldıkça genel uyum puanı artmaktadır, dolayısıyla genel olarak uyumsuzluğun arttığı söylenebilir.

5.2 ÖNERİLER

1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu rahatsızlığı sadece çocukluk dönemine özel bir durum olduğu ön yargısından kurtulup, yetişkinlere yönelik bu alandaki çalışmaların sayısının artırılması gerekmektedir.
2. Çocukluk döneminde başlayan DEHB rahatsızlığının tanılanması ve yetişkinlik dönemine geçmeden tedavisinin başlatılması için devlet politikası geliştirilmesi gerekmektedir.
3. Aynı araştırma daha geniş örneklem alınarak çalışılabilir.

4. Aynı araştırma sadece çocukluk döneminde DEHB tanısı alan veya geriye dönük taramalarda DEHB olduğu anlaşılan yetişkinler üzerinde de yapılabilir.
5. Yetişkinlik çağında da görülebilecek dehb rahatsızlığını sadece çocukluk çağı rahatsızlığı olarak görme eğilimini kırmak için seminerler aracılığı ile halk bilinçlendirilmesi yapılabilir.
6. Yetişkinlerde DEHB konusuyla ilgili yurt dışından daha fazla kaynak Türkçe'ye çevrilebilir.
7. Yetişkinlerde DEHB ile ilgili çalışmalarıyla kendini kanıtlamış, Hallowell ve Ratey gibi uzmanlar, eğitimler vermek üzere ülkemize davet edilebilir.
8. DEHB'nun erişkinlerdeki yıkıcı semptomları ile sosyal uyumsuzluk, bireyin atılganlığı üzerindeki olumsuz etkileri, terapi ortamında çalışılırken, davranışçı metodların daha etkin kullanılması önerilmektedir.
9. DEHB'li erişkinlerde konsantrasyon bozukluğu, organize olamama, kopma, eşyalarını kaybetme, bir işe başlamakta ve yönergelere uymadaki güçlükler, iç huzursuzluk, kendi başarısını değerlendirmede olumsuz yaklaşımı ve durtüsellik konuları terapi ortamında ilaç ve uygun terapi yöntemleriyle sorun yaratan davranışlar atılgan davranışa evrilerek sosyal uyumlarının pozitif anlamda artırılacağı ve aile, okul, iş ve sosyal çevrelerinde başarılı olabilecekleri göz önünde bulundurulmalıdır.

KAYNAKÇA

Abalı, O., Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite, Adeda Yayınları, İstanbul, 2012.

Alberti, E., Emmons, M., Atılganlık, HYB Yayıncılık, Ankara, 1998.

Akıncı, G., (2007), Engelli Çocuğa Sahip Olan ve Olmayan Babaların Aile İşlevlerini Algılamaları İle Sosyal Uyum Düzeylerinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Ev Ekonomisi (Çocuk Gelişimi ve Eğitimi) Anabilim Dalı, Ankara.

Anonim, (2015), ‘‘Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu’’... Erişim Tarihi: 10.06.2015, <http://www.psikiyatri.org.tr/pagepublic.aspx?menu=44>

Arı, R., (1989), Üniversite Öğrencilerinin Baskın Ben Durumları İle Bazı Özlük Niteliklerinin, Ben Durumlarına, Atılganlık ve Uyum Düzeylerine Etkisi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Ayaz, S., (2002), Hemsirelerin Benlik Saygısı ve Atılganlık Düzeylerini Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemsireliği Anabilim Dalı, İstanbul.

Aydın, E., (2012), Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı Üniversite Öğrencilerinin Boş Zamanlarını Değerlendirmeleri İle Sosyal Uyum ve İletişim Becerileri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Trabzon.

Baltas, A., Baltas, Z., Stres ve Stresle Basa Çıkma Yolları, Remzi Kitabevi, İstanbul, 1997.

Baltas, A., Baltas, Z., Stres ve Başa Çıkma Yolları, Remzi Kitabevi, İstanbul, 2008.

Bal, E., (2006), İlköğretim Öğrencilerinin Benlik Algıları ile Atılganlık Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Bayram, L., (2013), Düzenli Spor Yapmanın İslahevlerindeki Çocuk ve Gençlerin Sosyal Uyum ve İletişim Becerileri Üzerindeki Etkisi, Doktora Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı, Samsun.

Bozboğa, Z., (2009), Sivas İl Merkezinde Çalışan Ebelerin Atılganlık Düzeyleri İle Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, Sivas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, Sivas.

Doğan S, vd., (2009). *Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1.1): Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2009; 10:77-87

Dönmezer, S., Sosyoloji (10.baskı), Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş, İstanbul, 1990

Ekşi, A., Ben Hasta Değilim, Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü., Nobel Kitap, İstanbul, 1999

Elkin, F., Çocuk ve Toplum, Çocuğun Toplumsallaşması, Gündoğan Yayınları, Ankara, 1995.

Ercan, E., Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Doğan Egmont Yayıncılık ve Yapımcılık, İstanbul, 2015

Hallowell, E., Ratey, J., Dikkat Eksikliği Bozukluğu (Çeviren: Yücel, İ.), Baş, Ş.(Editör), (1.baskı), Pozitif Yayınları, İstanbul, 2013.

Hechtman, L., McGough, JJ., Dikkat Eksikliği Bozuklukları, In: Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (Çeviren: Öner Ö, Aysev A.), Aydın H., Bozkurt A.(Editörler), (8.baskı), Güneş Tıp Kitabevi, Ankara, 2007.

Kapancı, İ., (2010), ‘‘ Sosyal Bilgiler Eğitimi Öğrencilerinin Sosyo-Ekonomik Durumlarının Atılganlık Durumlarına Etkisi ‘’, Sosyal Bilimler, 8(1): 51-66.

Karaoğlu, F., (2007), Yabancı Uyruklu Öğrencilerde Uyuma Davranışı: TÖMER Örneği, Yüksek lisans tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.

Kaya, Z., (2001), ‘‘Meslek Lisesi Öğrencilerinin Atılganlık ve Sürekli Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması Üzerine Bir Arastırma’’ ,Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, , İzmir.

Köknel, Ö., Bireysel ve Toplumsal Şiddet, Altın Kitaplar, İstanbul, 1996.

Özcan, A., (2006), Hemsire-Hasta İlişkisi ve İletişim (2. Baskı), Ankara.

Özgüven, İ., Hacettepe Kişilik Envanteri El Kitabı, (İkinci Revizyon), Ankara, 1992.

Raver C. Poor Children Gain Social Competence From Sensitive Interaction With Parent. Brown University Child&Adolescent Behavior Letter. 1997; 13(7):1-2.

Rugancı, N., (2001), ‘‘Atılganlık’’ , Bilkent Üniversitesi Öğrenci Gelişim ve Danışma Merkezi, Koruyucu Ruh Sağlığı Hizmetleri Yayınları, Ankara.

Soykan, A., (1991), Dikkat Eksikliği- Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Ruhsal ve Organik Yönden Araştırılması, Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı, Ankara.

Şahin, Ö., (2009), Üniversite Öğrencilerinde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Yaygınlığı, Eşitlik ve Riskli Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Edirne.

Şahin, S., (2011), Üniversiteler Arası Türkiye Şampiyonasına Katılan Güreşçilerin Atılganlık Düzeylerinin Belirlenmesi ve Başarıları İle İlişkisinin Araştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Niğde Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Ana Bilim Dalı, Niğde.

Şengül, C., vd., (2004), Erken Erişkinlikte Tanı Konan İki Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olgusu, Olgu Sunumu, 40. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Kuşadası.

Şen, A., (2011), Atılganlık Eğitiminin Hemşirelik Öğrencilerinin Atılganlık Düzeylerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Tan, S., (2006), Ergenlerde Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Atılganlık Düzeyi ve Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Tuğlu, C., Şahin, Ö., (2010), Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Nörobijoloji, Tanı Sorunları ve Klinik Özellikler...Erişim Tarihi: 1 Haziran 2015, http://www.cappsy.org/archives/vol2/no1/cap_02_06.pdf

Tutkun, Ö., (2006), ‘‘Kırgızistan-Türkiye Manas Üniversitesindeki Türkiyeli Öğrencilerin Uyum Sorunları’’, Kırgız-Türk Manas Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, ss. 15.

Uğurlu, F., (2012), Üniversite Öğrencilerinin Sportif Faaliyetlere Katılım Düzeyi İle Sosyal Uyum ve İletişim Becerilerinin İncelenmesi (Adıyaman İli Örneği), Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Ana Bilim Dalı, Gaziantep.

Voltan, N., (1980), ‘‘Rathus atılganlık envanteri geçerlik ve güvenilirlik çalışması’’, Psikoloji Dergisi, 10: 23–25.

Yalınzoğlu, D., vd., (2004), ‘‘Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu’’, Hacettepe Tıp Dergisi, 35: 160-167.

Yatağan, T., (2005), Atılganlık eğitimi programının ilköğretim 7. sınıf öğrencilerinin atılganlık düzeyine etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Yavuzer, H. (1984), ‘‘Çocuğun Duygusal ve Toplumsal Gelişiminde Ailenin Rolü’’. Aile ve Çocuk Konferansları, Ak Yayınları, s. 5-19, İstanbul.

Yavuzer, H., Ana-Baba ve Çocuk (6. Basım), Remzi Kitabevi, İstanbul, 1993.

Yavuzer, H., Çocuk Psikolojisi, Remzi Kitabevi(16. Basım), İstanbul, 1996.

Yavuzer, E., Gençleri Anlamak, (4.baskı), Remzi Kitabevi, İstanbul, 2009.

Yılmaz, M., vd., (2012), ‘‘Üniversite öğrencilerinin Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeğinin alt boyutları düzeylerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi’’, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi,9(1): 629-630.

EKLER

Ek 1: Rathus Atılganlık Envanteri

RATHUS ATILGANLIK ENVANTERİ

AÇIKLAMA: Aşağıda size 30 maddelik bir envanter verilmiştir. Her maddeyi dikkatlice okuyup, size uygunluk derecesine göre **CEVAP KAĞIDINDAKİ** ilgili parantezin içini **KARALAYARAK** cevaplandırınız.

ÖRNEK : İnsanlarla kavga etmekten hoşlanırım.

Eğer bu madde size çok iyi uyuyor, sizi çok iyi anlatıyorsa **ÇOK İYİ UYUYOR**; oldukça iyi anlatıyor, uyuyorsa **OLDUKÇA UYUYOR**; biraz uyuyor, size biraz anlatıyorsa **BİRAZ UYUYOR**; cevabını işaretleyiniz. Eğer madde size pek uymuyor, pek anlatamıyorsa **PEK UYMUYOR**; oldukça uymuyor, oldukça anlatmıyorsa **FAZLA UYMUYOR**; size hiç uymuyorsa, sizi hiç anlatamıyorsa **HİÇ UYMUYOR** cevabını işaretleyiniz.

1. Bence insanların çoğu benden daha atılgan ve saldırgandır.
2. Sıkılganlığım yüzünden karşıt cinse herhangi bir önerimde bulunamıyor ya da onların önerilerini kabul edemiyorum.
3. Bir lokantada isteğime göre hazırlanmamış bir yemek gelince garsona şikayette bulunurum.
4. Başkalarının beni kırdıklarını fark ettiğim halde onları incitmemeğe dikkat ederim.
5. İstemediğim bir malı almam için ısrar edilirse “hayır” demekte zorluk çekerim.
6. Benden bir şey yapmam istendiğinde nedenini öğrenmekte ısrar ederim.
7. İnsanı geliştirici ve sert tartışmalara katılmak istediğim zamanlar olur.
8. Senin durumundaki herkes gibi ben de yükselmek için çabalarım.
9. Doğrusunu isterseniz insanlar beni kullanır.
10. Yeni tanıştığım insanlarla ya da yabancılarla rahatlıkla konuşurum.

11. Karşıt cinsten çekici birine ne söyleyeceğimi çoğu kez bilmem.
12. Resmi telefon konuşmaları yapmaktan çekinirim.
13. Bir işe mektup yazarak başvurmayı yüz yüze görüşmeğe tercih ederim.
14. Satın aldığım şeyleri geri vermekten sıkılırım.
15. Beni rahatsız eden saygıdeğer bir yakınıma, rahatsızlığımı ifade etmek yerine duygularımı ondan saklamayı yeğlerim.
16. Aptalca görünürüm korkusuyla soru sormaktan kaçırım.
17. Bir tartışma sırasında kızdığım, hırslandığım belli olacak diye korkarım.
18. Tanınmış ve saygı duyulan bir kimsenin yanlış bir şey söylediğini duyduğumda, dinleyenlere kendi görüşümü de duyurmaya çalışırım.
19. Önem ve değerli bir iş yaptığımda başkalarının bunu öğrenmesinde sakınca görmem.
20. Önem ve değerli iş yaptığımda başkalarının bunu öğrenmesinde sakınca görmem.
21. Duygularımı ifade ederken açık ve samimiyimdir.
22. Biri benim hakkımda yanlış ve kötü şeyler söylerse, hemen o kişiyle konuşurum.
23. Çoğunlukla hayır demekte güçlük çekerim.
24. Duygularımı anında açığa çıkarmaktansa biriktirmeyi yeğlerim.
25. Kötü bir hizmetten şikayetçi olurum.
26. Övüldüğümde bazen ne diyeceğimi bilemem.
27. Tiyatro, konferans gibi topluluklarda iki kişi yüksek sesle konuşursa, onlara susmalarını ya da konuşmalarına başka yerde devam etmelerini söylerim.
28. Kuyrukta öne geçen birine yaptığının yanlış olduğunu söylerim.
29. Fikrimi ifade etmekte zorluk çekerim.
30. Hiçbir şey söyleyemediğimiz zamanlar olur.

RATHUS ATILGANLIK ENVANTERİNİN CEVAP KAĞIDI

	Çok iyi Uyuyor	Oldukça Uyuyor	Biraz Uyuyor	Pek Uymuyor	Fazla Uymuyor	Hiç Uymuyor
1.	()	()	()	()	()	()
2.	()	()	()	()	()	()
3.	()	()	()	()	()	()
4.	()	()	()	()	()	()
5.	()	()	()	()	()	()
6.	()	()	()	()	()	()
7.	()	()	()	()	()	()
8.	()	()	()	()	()	()
9.	()	()	()	()	()	()
10.	()	()	()	()	()	()
11.	()	()	()	()	()	()
12.	()	()	()	()	()	()
13.	()	()	()	()	()	()
14.	()	()	()	()	()	()
15.	()	()	()	()	()	()
16.	()	()	()	()	()	()
17.	()	()	()	()	()	()
18.	()	()	()	()	()	()
19.	()	()	()	()	()	()
20.	()	()	()	()	()	()
21.	()	()	()	()	()	()
22.	()	()	()	()	()	()
23.	()	()	()	()	()	()
24.	()	()	()	()	()	()
25.	()	()	()	()	()	()
26.	()	()	()	()	()	()
27.	()	()	()	()	()	()
28.	()	()	()	()	()	()
29.	()	()	()	()	()	()
30.	()	()	()	()	()	()

Ek.2 Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)

Sayfanın sağında gösterilen açıklamalara göre, kendinizi değerlendirip aşağıdaki soruları yanıtlayınız. Soruları yanıtlarken son 6 ay içinde nasıl hissettiğiniz ve nasıl davrandığınız konusunda sizi en iyi tanımlayan kutuya (X) işareti koyunuz.

İsim:					
Tarih:					
	Asla	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
1. Üzerinde çalıştığınız bir işin/projenin son ayrıntılarını toparlayıp projeyi tamamlamakta sorun yaşar mısınız?					
2. Organizasyon gerektiren bir iş yapmanız zorunlu olduğunda işlerinizi sıraya koymakta ne sıklıkla zorluk yaşarsınız?					
3. Yükümlülüklerinizi ve randevularınızı hatırlamakta ne sıklıkla sorun yaşarsınız?					
4. Çok fazla düşünmeyi ve konsantrasyonu gerektiren bir iş yapmanız gerekiyorsa ne sıklıkla başlamaktan kaçınır ya da geciktirirsiniz?					
5. Uzun bir süre oturmanız gerektiğinde, ne sıklıkla huzursuzlaşıp, kıpırdanır ya da el ve ayaklarınızı kıpırdatırsınız?					
6. Ne sıklıkla kendinizi aşırı aktif ve sanki motor takılmış gibi bir şeyler yapmak zorunda hissedersiniz?					
A BÖLÜMÜ					
7. Sıkıcı veya zor bir proje üzerinde çalışmanız gerektiğinde, ne sıklıkla dikkatsizce hatalar yaparsınız?					
8. Monoton veya tekrarlayıcı bir iş yaparken ne sıklıkla dikkatinizi sürdürmekte güçlük çekersiniz?					
9. Doğrudan sizinle konuşuyor bile olsalar, insanların size söylediklerine yoğunlaşmakta ve					

dinlemekte ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?					
10. Evde veya işte eşyaları bulmakta ya da nereye koyduğunuzu hatırlamakta ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?					
11. Etrafınızdaki hareketlilik ve gürültü ne sıklıkla dikkatinizi dağıtır?					
12. Orada oturmanız beklendiğinde, bir toplantı veya benzer durumda ne sıklıkla yerinizden kalkarsınız?					
13. Ne sıklıkla kendinizi huzursuz, kıpır kıpır hissedersiniz?					
14. Kendinize ait boş zamanınız olduğunda ne sıklıkla gevşemekte ve rahatlamakta güçlük çekersiniz?					
15. Sosyal ortamlarda bulunduğunuzda, ne sıklıkla kendinizi çok konuşurken yakalarsınız?					
16. Bir sohbet ya da görüşmede, ne sıklıkla karşınızdaki kişi cümlesini bitirmeden onun cümlesini bitirdiğinizi fark edersiniz?					
17. Sıraya girmek gerektiğinde, ne sıklıkla sıranızın gelmesini beklemekte güçlük çekersiniz?					
18. Başka bir işle meşgul olduklarında diğer insanları araya girip engeller misiniz?					
B BÖLÜMÜ					

Ek.3 Sosyal Uyum Envanteri

SOSYAL UYUM ENVANTERİ :

Hazırlayan

Çeviren/Uyarlayan : Remzi Üncül

tarih,, '....

Adınız Soyadınız.....

Yaşınız

Açıklamalar :

Kişiliğiniz hakkında daha çok şey bilip öğrenmek ister misiniz ? O zaman arka sayfadaki bütün soruları samimi olarak yanıtlarsanız kendinizi daha iyi tanıma olanağınız olacaktır.

Yanıtınızı sadece her soru karşısındaki Evet "E", Hayır "H" ya da "?" soru işaretlerinden birini daire içine alacak veriniz.

Ancak Evet "E" veya Hayır "H" şeklinde kesin olarak yanıtladıramayacağınız durumlarda soru işaretini "?" daire içine alınız. Bütün bu soruları yanıtlamak için size belli bir zaman verilmiş değildir, yalnız mümkün olduğu kadar çabuk yanıtlayınız.

Eğer anne ve babanızdan ayrı yaşıyorsanız, soruların bazılarını, birlikte yaşadığınız insanları göz önünde tutarak yanıtlayınız.

Teşekkür Ederiz

1d Gündüzleri sık sık hayal kurar mısınız ?

2b Başkalarından kolayca hastalık kapar mısınız ?

3c Sırf insanlar arasında bulunmak için toplantılara katılmaktan hoşlanır

mısınız ?

4d Hastalandığınızda doktora gitmekten çekinir misiniz ?

5c Bir toplantıda ortamda bulunan önemli kişilerle görüşmek için çaba harcar

mısınız ?

6b Gözleriniz ışığa karşı çok hassas mıdır ?

7a Evden kaçmak için kuvvetli bir istek duyduğunuz oldu mu ?

8c Toplantılarda insanları birbirine tanıştırmak sorumluluğunu üzerinize alır mısınız ?

- 9a Ara sıra ana- babanızın umutlarını boşa çıkardığınızı düşünür müsünüz ?
- 10d Sık sık hüzünlenir misiniz ?
- 11b Sürekli nezleniz ve astımınız var mıdır ?
- 12c Kalabalık bir gruba karşı konuşmakta güçlük çeker misiniz ?
- 13a Babanızın yaptığı işten dolayı utanç duyar mısınız ?
- 14b Hiç kızıl veya difteri hastalığı geçirdiniz mi ?
- 15c Sessiz ve neşesiz geçen bir toplantıyı neşelendirmede öncü oldunuz mu ?
- 16a Evde sözü geçen daha çok anneniz midir?
- 17d Bir kimsenin size istemediğiniz bir şeyleri yaptırdığı hissine kapılır mısınız ?
- 18a Anne-babanızdan biri sizi haksız yere eleştirdi mi ?
- 19c Herkes yerlerini alıp oturduktan sonra bir toplantıya girecek olsanız çekingenlik duyar mısınız? 20d Kalabalık arasında olsanız bile kendinizi çok defa yalnız hissettiğiniz olur mu?
- 21a Ailenizin size istediğiniz yönde ilgi göstermediğini düşünür müsünüz ?
- 22c Sınıfınız karşısında bir konuşma yapmak size zor gelir mi ?
- 23b Sık sık başınız ağrır mı ?
- 24a Genellikle babanızla kurduğunuz iletişim istediğiniz yönde midir ?
- 25b Uyumanıza engel olacak hiçbir gürültü olmadığında bile sık sık uyumakta güçlük çektiğiniz olur mu ?
- 26c Herhangi bir yolculukta yanınızdaki arkadaşınızı konuşmaya ikna eder misiniz ?
- 27b Sık sık akşama doğru kendinizi çok yorgun hisseder misiniz ?
- 28d Deprem veya yangın düşüncesi sizi korkutur mu ?
- 29b Son zamanlarda zayıfladığınız oldu mu ?
- 30a Anne veya babanızdan birinin, istedikleri bir şey karşısında sizden mutlak itaat istedikleri oldu mu ?

- 31c Başkalarından yardım istemek size kolay gelir mi?
- 32a Yakınlarınızdan birinin hastalığı veya ölümü, ailenizin mutluluğunu olumsuz yönde etkiler mi?
- 33b Herhangi bir kaza da ciddi bir şekilde yaralandınız mı ?
- 34a Parasızlık aile hayatını sizin için çekilmez bir hale getirdi mi ?
- 35d Kolayca ağladığınız olur mu ?
- 36c Çekingen olmanızdan şikayetçi misiniz ?
- 37a Anne babanızdan biri hareketlerinizi sık sık eleştirir mi ?
- 38b Hiç ameliyat geçirdiniz mi ?
- 39c Bir grupta tartışmak üzere ortaya atmanız gereken düşüncede çekingen davranır mısınız ?
- 40d Yılan görünce korkar mısınız ?
- 41a Anne babanız, arkadaşlarınızdan sık sık şikayetçi olurlar mı ?
- 42d İşleriniz elinizde olmadan sık sık ters gider mi ?
- 43b Çok nezle olur musunuz ?
- 44c Başkalarının çalışmalarını planlama ve sürüklemeye hiç ön ayak oldunuz mu?
- 45d Yıldırımdan korkar mısınız ?
- 46a Anne babanızdan herhangi biri çok çabuk öfkelenir mi ?
- 47b Sık sık panikler misiniz?
- 48d Zayıf not aldığınız için sık sık üzülür müsünüz?
- 49c Yeni tanıştığınız bir insanla konuşmaya başlamada güçlük çeker misiniz?
- 50b Son on yıl içerisinde önemli bir hastalık geçirdiniz mi ?
- 51a Evde yapılacak işlerde anne ve babanızla sık sık uyuşmazlığa düşer misiniz?
- 52d Başkalarının mutluluğunu arada bir kıskanır mısınız ?

- 53c Yanıtını bildiğiniz halde sınıf karşısında konuşmaktan korktuğunuz için sorulan bir soruya karşılık vermediğiniz oldu mu ?
- 54b Midenizden sık sık rahatsız olur musunuz ?
- 55a Yakın akrabalarınız arasında sık sık tatsızlıklar oldu mu ?
- 56c Karşı cinsten insanlarla rahat iletişim kurabilir misiniz ?
- 57d Cesaretiniz kolayca kırılır mı ?
- 58b Sık sık baş dönmesi geçirir misiniz ?
- 59a Kardeşlerinizle sık sık kavga eder misiniz ?
- 60d Yaptığınız şeylerden çok defa üzüntü duyar mısınız?
- 61c Önemli bir durumda almak istediğiniz bir şeyi almaktan vazgeçer misiniz ?
- 62d Anne babanızın sizi hala çocuk gibi görüp buna göre davrandıklarını düşünür müsünüz ?
- 63b Gözleriniz çabuk yorulur mu ?
- 64d Yüksek bir yerde iken kendinizi aşağı atabileceğiniz korkusu hiç geldi mi?
- 65c Bir çok defalar kalabalık karşısına çıktığınız oldu mu ?
- 66b Sabahları uyandığınız vakit, kendinizi çok defa yorgun bulur musunuz?
- 67a Anne babanızın gereksiz yere size baskı yaptığını düşünür müsünüz ?
- 68d Çabuk kızar mısınız ?
- 69b Sık sık doktor kontrolüne gerek duyar mısınız ?
- 70c Bir topluluk karşısında konuşmakta güçlük çeker misiniz ?
- 71d Kendinizi çok defa acınacak halde hisseder misiniz ?
- 72a Anne- babanızdan birinin sizi sürekli sınırlendiren bir alışkanlığı var mıdır?
- 73d Sık sık aşağılık duygusuna kapıldığınız ve şikayet ettiğiniz olur mu ?
- 74b Çok zaman kendinizi yorgun hisseder misiniz ?
- 75d Kendinizi sinirli bir insan sayar mısınız ?

- 76c Kalabalık bir grupta dans etmekten hoşlanır mısınız ?
- 77d Dış görünüşünüzden dolayı çok defa çekingenlik duyar mısınız ?
- 78a Annenizi babanızdan daha çok mu seversiniz ?
- 79b Hazımsızlıktan şikayetiniz var mı ?
- 80c İyi tanımadığınız birisinden bir şey isteyecek olsanız, gidip söylemektense bunu kendisinden bir yazı veya mektupla mı istersiniz ?
- 81d Yüzünüz kolayca kızarır mı ?
- 82a Evin huzurunu bozmamak için çok defa konuşmamayı veya evden çıkıp gitmeyi düşündüğünüz olur mu?
- 83c Pek tanımadığınız fakat fazlasıyla hayran olduğunuz bir insan karşısında çekingenlik duyar mısınız ?
- 84b Bademciğiniz veya gırtlak iltihabınız var mı?
- 85b Şunun veya bunun sahte olduğu yönünde kuşkularınız olur mu?
- 86a Anne veya babanızın davranışlarının, üzerinizde büyük bir korku yarattığı zamanlar olur mu ?
- 87b Sık sık kusma, ishal veya mide bulantısı geçirdiğiniz olur mu ?
- 88c Sosyal bir etkinlikte ara sıra öne çıktığınız olur mu ?
- 89d Çok çabuk alınır ve kırılır mısınız ?
- 90b Kabızlıktan çok şikayetçi olduğunuz olur mu ?
- 91c Birisi ile karşılaşmamak için hiç yolunuzu değiştirdiğiniz oldu mu ?
- 92a Aile bireylerinize karşı ara sıra sevgi ile karışık nefret hissi duyduğunuz olur mu ?
- 93c Bir toplantıya geç kaldığınızda öndeki koltuklardan birine gidip oturmak tansa ayakta durmayı veya çıkıp gitmeyi mi tercih edersiniz ?
- 94d Çocukken çok hastalık geçirdiniz mi?
- 95d Muhtemel felaketlerle karşılaşmak korkusu ile tasalanır mısınız?
- 96c Kolayca dost edinebilir misiniz ?

- 97a Genellikle annenizle aranınız iyi midir ?
- 98d Başkaları içinizden geçenleri okuyor diye endişelenir misiniz ?
- 99b Burnunuzdan nefes alırken sık sık güçlük çeker misiniz ?



Ek 4 : Demografik Bilgi Formu

DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Bu araştırmada, Üniversite öğrencilerinde dikkat eksikliği v hiperaktivite düzeyleri ile sosyal uyumları veatılgnlık düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Anket ve envanterlere vereceğiniz içten ve doğru cevaplar çalışmaya büyük katkı sağlayacaktır. Cevaplarınız "Gizlilik İlkesi"ne bağlı kalınarak sadece araştırma verisi olarak kullanılacaktır. Katılımızdan dolayı teşekkürler.

Kişisel Bilgileriniz	
Adınız Soyadınız:	
Cinsiyetiniz:	Kız () Erkek ()
Yaşınız	

a) Anne ve habanız hayatta mı?	b) Anne ve babanız hayatta ise birlikte mi yaşıyorlar
Her ikisi de yaşıyor ()	Birlikteler ()
Annem öldü, babam yaşıyor ()	Ayrı yaşıyorlar ()
Babam öldü, annem yaşıyor ()	Boşandılar ()
Her ikisi de öldü ()	

c) Kardeş sayınız? (kendiniz dahil)	d) Boş zaman etkinliklerinde bulunuyor musunuz? (sportif, kültürel, sosyal etkinlikler)
1 ()	Evet ()
2 ()	Hayır ()
3 ()	

4 ve üzeri ()	
----------------	--

e) Herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığınız var mı?	f) Herhangi bir kötü alışkanlığınız var mı?(sigara, alkol, vb.)
Evet ()	Evet ()
Hayır ()	Hayır ()

g) Uyku ve beslenme düzeninize dikkat ediyor musunuz?	h) Çocukluğunuzda dehb tanısı aldınız mı?
Evet()	Evet()
Hayır()	Hayır()

ÖZGEÇMİŞ

14.06.1989 İzmir’de doğdu. İlk ve orta okulu Özel Darüşşafaka İlk Okulun’da, Liseyi Anadolu Beylerbeyi Hacı Sabancı Lisesin’de okudu. 2009’ da İstanbul Ticaret Üniversitesi Psikoloji Bölümünde başladığı lisans öğrenimini 2013 yılında tamamladı. Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programında tezli yüksek lisans öğrenimine 2013 yılında başladı. İyi düzeyde İngilizce bilgisine sahip. Halen Bi Nefes Psikolojik Danışmanlık Merkezinde Psikoterapist olarak çalışmalarını sürdürmektedir.