

T.C.
NIŞANTAŞI ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNUN
ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN NOT ORTALAMASI
PERFORMANS DEĞERİ ÜZERİNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

S. Gülşah SAYDAM SARIOĞLU

Enstitü Anabilim Dalı : Psikoloji

Enstitü Bilim Dalı :Psikoloji

Tez Danışmanı: Prof. Dr. İbrahim ÇAPAK

MART - 2016

T.C.
NİŞANTAŞI ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNUN
ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN NOT ORTALAMASI
PERFORMANS DEĞERİ ÜZERİNE ETKİSİ**



YÜKSEK LİSANS TEZİ

S. Gülşah SAYDAM SARIOĞLU

Enstitü Anabilim Dalı : Psikoloji

Enstitü Bilim Dalı : Psikoloji

“Bu tez 20 /03 / 2016 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI	İMZA
Yrd. Doç. Dr. Abdulhakem BEKİ	Başarılı	
Yrd. Doç. Dr. K. Ozan ÖZER	Başarılı	

BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

S.Gülşah Saydam SARIOĞLU

20.03.2016



ÖNSÖZ

Son yıllarda, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) üzerinde büyük bir bilimsel, toplumsal ilgi mevcuttur. DEHB, sık görülen ve DEHB'li kişinin olduğu kadar aile, çevresinin de yaşam kalitesinde belirgin bozulmaya yol açan klinik durumdur. DEHB; çoğunlukla yıllarca sürer ve biyolojik, psikiyatrik, eğitimsel ve toplumsal yönleri vardır. Hastaların %60'ından fazlasında DEHB erişkinlik çağında da devam eder. DEHB olan kişilerde birçok eş zamanlı bozukluk ve belirti de görülmektedir. DEHB'nin kalıtsal özellikleri üzerinde çalışmalar ilerlemektedir. Kalıtımın bozukluk gelişimindeki rolü nedeniyle, aynı ailede tanı konulmamış yeni hastaların ayırt edilerek tedavileri mümkün olabilmektedir.

Bu tezin yazılması aşamasında, çalışmamı sahiplenerek titizlikle takip eden danışmanım Prof. Dr.İbrahim Çapak 'a değerli katkı ve emekleri için içten teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

Savunma sınavı sırasında jüri üyeleri çalışmamın son haline gelmesine değerli katkılar yapmışlardır. Bu vesileyle tüm hocalarıma ve tezimin son okumasında yardımlarını esirgemeyen yakınlarıma teşekkürlerimi borç bilirim. Son olarak bu günlere ulaşmamda emeklerini hiçbir zaman ödeyemeyeceğim anneme ve aileme şükranlarımı sunarım.

S.Gülşah Saydam SARIOĞLU

20.03.2016

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
KISALTMALAR	iv
TABLO LİSTESİ	v
ŞEKİL LİSTESİ	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1 : KAVRAMSAL ÇERÇEVE	13
1.1.Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kavramının Tarihçesi	13
1.1.1.On Sekizinci ve On Dokuzuncu Yüzyıl	14
1.1.2.Yirminci Yüzyıl	15
1.1.3.Yirmi Birinci Yüzyıl	19
1.2.Çocuklarda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	22
1.3.Yetişkinlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu.....	28
1.4.Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Nedenleri ve Eşlik Eden Bozukluklar	33
1.4.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Sebepleri	33
1.4.1.1.Genetik	33
1.4.1.2. Çevre	34
1.4.2. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ile Bağlantılı Diğer Bozukluklar	35
1.4.2.1.Sosyal İlişkiler	35
1.4.2.2.Anksiyete.....	36
1.4.2.3.Engelleme ve Öfke.....	37
1.4.2.4.Düşük moral ve Depresyon	37
1.4.2.5.Uyku Problemleri	38
1.4.2.6.Madde Kötüye Kullanımı	38

BÖLÜM 2 : DEHB'İ AÇIKLAMAYA ÇALIŞAN KURAMLAR VE MODELLER	40
2.1. Nöropsikolojik Yönden DEHB Kuram ve Modelleri	40
2.1.1. Posner'in Dikkat Modeli	40
2.1.2. Mesulam'ın Dikkat Modeli	42
2.1.3. Mirsky'nin Dikkat Modeli	42
2.1.4. Durum Düzenleme Kuramı	42
2.1.5. Bilişsel-Enerjik DEHB Modeli	43
2.1.6. Bilişsel-Davranışçı DEHB Modeli	43
2.2. DEHB'de Hayvan Modelleri Araştırmaları	44
2.3. DEHB'İ Açıklamaya Çalışan Dar Kapsamlı Model ve Kuramlar	45
2.3.1. Merkezi Sinir Sisteminde (MSS) Düşük Uyarılmışlık Düzeyi Modeli	45
2.3.2. Optimal Düzeyde Uyarılma Kuramı	45
2.3.3. Ketlemede Kaygı Modeli	46
2.3.4. Düşük-Etkinlikli Dopamin Kuramı	46
2.3.5. Frontal Disfonksiyon Modeli	47
2.4. DEHB'İ Açıklamaya Çalışan Geniş Kapsamlı Model ve Kuramlar	47
2.4.1. Bütünleştirici Kuram	47
2.4.2. Çifte Yolak Modeli	48
2.4.3. Bilişsel Enerjetik Model	48
2.4.4. Kavramsal Hipotetik Model	49
2.4.5. Yönetici İşlevlerin Hibrid Nöropsikolojik Modeli	50
2.5. DEHB'İ Açıklamaya Çalışan Kuram Ve Modellerin İncelenmesi	51
2.6. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun Görülme Sıklığı	51
2.7. DEHB ve Beyin İlişkisi	53
2.8. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu İle Çevresel Etkenler İlişkisi	54
2.9. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu İle Psikososyal Etkenler İlişkisi	55
2.10. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Yaşamsal Seyri ve Yaşama Etkileri	57

2.11. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun Tedavisi.....	62
2.11.1. İlaç Tedavisi.....	62
2.11.2. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun Psikolojik Tedavisi.....	63
2.11.2.1 Aile Tedavisi	63
2.11.2.2 Davranış Tedavileri.....	63
2.11.2.3 Bireysel Tedavi.....	64
2.12. DEHB'li Bireylerin Aileleri İle İlgili Araştırmalar	64
2.13. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu İle İlgili Türkiye'de Yapılan Araştırmalar	65

BÖLÜM 3 : ARAŞTIRMANIN ANALİZ VE SONUÇLARI BULGULAR VE TARTIŞMA	67
3.1. Bulgular	67
3.1.1. Tanımlayıcı İstatistikler	67
3.1.1.3. Başka bir rahatsızlığın bulunup bulunmadığı ve ilaç kullanımı	70
3.1.2. Güvenilirlik Testleri	71
3.1.2.1. Erişkin DEB/DEHB Tanı ve Değerlendirme Envanteri	72
3.1.3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı	76
3.1.3.1. Wender Utah Derecelendirme Ölçeğine Göre Çocukluk DEHB Özelliklerini Taşıma Durumu İstatistikleri.....	76
3.1.3.2. Yetişkin DEHB özellikleri taşıma durumu	77
3.1.3.3. Her İki Özelliği de Taşıma Durumu ve Tanı Kriterlerine Uyma.....	79
3.1.4. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun Akademik Başarı Puanı Üzerine Etkisi.....	80
3.1.5. DEHB'nin Cinsiyete Göre Not Ortalaması Üzerine Etkisi	81
3.2.1. Akademik Başarı Puanı	82
3.2.2. Üniversite Öğrencilerine DEHB'nin Tanısı	83
3.2.3. Cinsiyet ve DEHB	84

3.2.4. DEHB Tanısı ve Akademik Başarı Puanı	85
3.2.5.Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Envanteri	86

SONUÇ	87
EKLER	91
KAYNAKÇA	104
ÖZGEÇMİŞ	124



KISALTMALAR

APA	: American Psychiatric Association
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
BAS	: Behavioural Approach System
BIS	: Behavioral Inhibition System
FFFS	: The Fight – Flight - Freeze System
EF	: Executive Functions
CDC	: Center's of Disease Control

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Erişkinler İçin Önerilen Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	
Belirtileri	31
Tablo 2: Dehb'li Yetişkinlerde Ortak Tarihsel Özellikler	32
Tablo 3: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Yaş İstatistikleri	68
Tablo 4: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Not İstatistikleri.....	69
Tablo 5: Cinsiyete Göre Akademik Başarı Puanı Karşılaştırması: Bağımsız Örneklem T-Testi Sonuçları.....	70
Tablo 6: Cinsiyete Göre Tanı Ve İlaç İstatistikleri	71
Tablo 7: DSM-IV'e dayalı Erişkin DEB/DEHB Tanı ve Değerlendirme Envanteri Güvenilirlik Düzeyleri	72
Tablo 7: DSM-IV'e dayalı Erişkin DEB/DEHB Tanı ve Değerlendirme Envanteri Güvenilirlik Düzeyleri	73
Tablo 9: Wender Utah Derecelendirme Ölçeği Güvenilirlik Düzeyleri	75
Tablo 10: Çocukluk Dönemi Dehb Özellikleri Taşıyıp Taşımama Durumu	77
Tablo 11: Yetişkinlik Dönemi Dehb Özellikleri Taşıyıp Taşımama Durumu	78
Tablo 12: Dehb Her İki Kriteri De Taşıyıp Taşımama Durumu	79
Tablo 13: Dehb Tanısı Alma Durumuna Göre Akademik Başarı Puanı Farklılığı.....	80
Tablo 14: Dehb Var Olma Durumunun Cinsiyetle İlişkisi Ki-Kare Bağımsızlık Testi Sonuçları	81

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Araştırma Modeli	7
Şekil 2 : Posner' in Dikkat Ağları Modeli	41



Tezin Başlığı: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Üniversite Öğrencilerinde Tanısı ve Not Ortalaması Performans Değeri Üzerine Etkisi	
Tezin Yazarı: S. Gülşah SAYDAM	Danışman: Prof. Dr. İbrahim ÇAPAK
Kabul Tarihi: 20.03.2016	Sayfa Sayısı: ix (ön kısım) 124(tez)
Anabilimdalı: Psikoloji	Bilimdalı: Psikoloji
<p>Giriş: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, yalnız çocukluk çağında değil, yetişkinlik döneminde de bireyin aile, eğitim, iş, sosyal yaşam gibi yaşam alanlarını etkileyen ve başka bozukluklarla birlikte ilerleyebilen kronik bir bozukluktur. Özellikle yetişkinliğe giriş dönemine rastlayan üniversite çağındaki bireylerin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu semptomlarını tanı konulmadan tecrübe etmesi, daha açık bir dille sorunun farkında olmadığı için çözüm üretememesi, akademik başarı düzeyi ve sosyal katılım gibi alanlarda sorunlar yaşamasına, kişinin özgüveni ve öz saygısını yitirmesine kadar gidebilecek etkilere sahiptir. Bu nedenle üzerinde durulması, sonraki dönemde iş yaşamına girecek bireylerin üretkenliği ve yaşam kaliteleri açısından büyük önem arz etmektedir.</p> <p>Amaç: Bu çalışmada, üniversite öğrencilerinde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu üzerinde durularak, bu alanda Türkiye literatürüne katkı sağlanması amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun üniversite öğrencilerinde tanısı ve not ortalaması performans değeri üzerine etkisi incelenmiştir.</p> <p>Yöntem: Araştırma, Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Bölümü Lisans öğrencisi olan 150 kişiye Wender Utah Derecelendirme Ölçeği ve DSM-IV'E Dayalı Erişkin DEB/DEHB Tanı ve Değerlendirme Envanteri uygulanmıştır.</p> <p>Bulgular: Araştırmaya katılan öğrencilerin yalnızca 5'inde hem çocukluk hem de yetişkinlik dönemi DEHB belirtilerini taşıyarak tanı koyulabilecek durumda bulunmuştur. DEHB tanısı konulabilecek öğrencilerle, DEHB özelliği taşımayan öğrencilerin not ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ayrıca, cinsiyet değişkeninin de yine DEHB üzerinde anlamlı bir etkisi bulunamamıştır.</p> <p>Sonuç: Her ne kadar önceki çalışmalar DEHB üzerinde cinsiyetin etkisi olduğunu savunsa da, bunun aksi sonuç gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. Aynı şekilde, öğrencilerin not ortalamaları üzerinde de DEHB'nin etkili olmadığı çalışmalar mevcuttur. DEHB birden fazla bozuklukla karıştırılabildiği gibi, akademik başarı düzeyi de başka faktörlerden etkilenebilmektedir. Sonraki çalışmalarda, söz konusu faktörlerin de dikkate alınması, hem DEHB önlemleri hem de öğrencilerin akademik başarı düzeylerini artırma çalışmaları için daha aydınlatıcı olacaktır.</p>	
Anahtar Kelimeler: Dikkat Eksikliği, Hiperaktivite, Öğrenci, Yetişkin, DEHB	

Title of the Thesis: Diagnosis Of The Attention Deficit Hyperactivity Disorder in College Student end effects on Academic Performance	
Author: S.Gülşah SAYDAM SARIOĞLU	Supervisor: Prof.Dr.İbrahim ÇAPAK
Date: 20.03.1016	Nu. of pages: ix (pre text)+ 124 (main body)
Department: Psychology	Subfield: Psychology
<p>Introduction: Attention Deficit Hyperactivity Disorder is a chronic disorder that affects the areas of life such as family, education, work and social life of an individual not only in childhood but also in adulthood, and that may progress with other disorders. That the individuals in university period which coincides with early adulthood experience the symptoms of attention deficit hyperactivity disorder without making a diagnosis, more precisely, failure to come up with a solution as they are not aware of the problem, have effects that may range from having problems with such areas as academic success and social participation to losing their confidence and self-esteem. Therefore, elaborating on this issue implies great significance with regard to productivity and life quality of individuals who are to get into the business life.</p> <p>Purpose: This study deals with attention deficit hyperactivity disorder among college students, and aims to make a contribution to the literature of studies in Turkey in this respect. In line with this purpose, diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder on college students, and its influence on grade point average and performance value is studied.</p> <p>Method: Under the study, 150 undergraduate students of Doğuş University Department of Social Sciences were subject to Wender Utah Rating Scale and Adult ADD/ADHD Diagnosis and Evaluation Test Based on DSM-IV.</p> <p>Findings: Only 5 of students that participated in the research were found to be diagnosable for both childhood and adulthood symptoms of ADHD. No significance difference was found between grade points of the students who can be diagnosed with ADHD and those who do not show the characteristics of ADHD. In addition, the sex variable was not found to have a significant effect on ADHD.</p> <p>Conclusion: Even though previous studies argue that sex has an effect on ADHD, there are also studies that show opposite outcomes. The studies showing that ADHD has an influence on grade points of students are also present. Just as ADHD may be confused with more than one disorder, the level of academic success may depend on other factors. It would be more stimulating for both ADHD measures and for the efforts to enhance academic success of students to take such factors into consideration in subsequent studies.</p>	
Keywords: Attention Deficit, Hyperactivity, Student, Adult, ADHD	

GİRİŞ

Günümüzde, çocukluk ve yetişkinlik çağındaki birçok birey, çeşitli psikolojik ve psikiyatrik bozukluklardan ötürü, eğitim, iş, sosyal yaşam ve aile yaşamında problemler yaşamaktadır. Dahası, bu bozukluklar fark edilmeden ve tanısı konulmadan bireyin yaşamında yer edinirse, bireyler, yaşamın söz konusu alanlarında ve daha fazlasında, tanısı konulan ya da tanı konulacak bir rahatsızlığı olmayan bireylere göre daha fazla düzeyde sorunlarla yüz yüze kalmak durumundadır. Tüm bu sorunlar ise, yalnız bireyi değil, ailesini, okul ve iş çevresini, dahası toplumu etkileyecek düzeylerde etkilere sahip olabilmektedir. Bu nedenle bireylerin problemlerinin değerlendirilmesi ve semptomların tanımlanması, alınacak önlemler ve uygulamalar açısından büyük önem taşımaktadır.

Bireylerin yaşamında yukarı da sözü edilen ve benzeri problemlere sebep olan bozukluklardan birisi de dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğudur. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), özellikle çocuklar ve genç yetişkinlerde sıklıkla bir arada bulunan bir grup dikkat ilişkili semptomun genel adıdır ve aşırı dikkatsizlik, ve/veya hiperaktivite/dürtüsellik düzeyleri ile karakterize olmuş nörogelişimsel bir bozukluktur (Peirce, Collins & Levitt, 2007: 1).

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, ayrıca, en sık rastlanan çocukluk dönemi gelişimsel bozukluklarından birisidir (Brown ve diğerleri, 2001). Özellikle çocukluk döneminde ortaya çıkışı ile bilinen bu bozukluk, tanı konulmadığı ve önlemler alınmadığı takdirde bireyin yaşamının ilerleyen dönemlerinde de hem sosyal hem kişisel yaşamda ciddi sorunlara yol açabilmekte, ve dahası bireyin psikolojik ve psikiyatrik bir çok rahatsızlık yaşamasına da neden olabilmektedir. Bu çeşit sorunlarla yaşayan birey, yaşamının bir çok gelişimsel aşamasının sekteye uğramasıyla karşı karşıya kalmaktadır. Bunun yanında, yetişkinlikte de DEHB’li çocukların yaklaşık üçte ikisinde semptomların devam etmesi nedeni ile, kronik bir bozukluk olarak da kabul edilmektedir (Glod, 1997).

Uzun dönemli çalışmalar, DEHB’li çocukların %40-60’ında, DEHB semptomlarının, yetişkinlik döneminde de devam ettiğini göstermektedir (Hechtman, 1999; Barkley ve diğerleri, 2002; Hinshaw ve diğerleri, 2006; Klein ve diğerleri, 2012). Özellikle

bireylerin, yetişkinliğe geçişle birlikte, DEHB'den kaynaklanan pek çok semptomla baş etme stratejileri uygulamaya başlaması, ayrıca bireyin olgunlaşması ve çocukluk çağına göre yaşamın gerektirdiği düzene adapte olma çabasındaki artış, zaman içerisinde söz konusu semptomların baskılanmasına neden olabilmektedir. Bu durumda, birçok birey yaşamı boyunca söz konusu semptomların kaynağının ne olduğunu bilmeden, ortaya çıkan sorunlarla baş etmeye çalışmakta, iş, sosyal yaşam, aile yaşamı ve eğitim yaşamında ilişkili başka sorunları da tecrübe etmektedir. Tüm bunlar ise, bireyin psikolojik ve psikiyatrik rahatsızlıklara olan yatkınlığını artırmakta, yaşam kalitesini ise azaltmaktadır. Dolayısı ile bu bozukluğa sahip bireyler, yaşamlarında çok başarılı olabilecekken tanı ve uygun tedavinin eksikliğinde ciddi sonuçlarla yüzleşmek durumunda kalabilmektedirler.

Günümüzde, yetişkinlerde de Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu semptomlarının bulunabileceğine dair bilinç artmış olsa da, özellikle 1980 yılına kadarki süreçte, DEHB bir çocukluk çağı bozukluğu olarak kabul edilmiştir. Bu süreçten sonra, DEHB semptomlarının yetişkinlikte de devam ettiğine dair yaklaşımlar ve çalışmalar ortaya atılmıştır ve günümüzde de, söz konusu araştırmalara yenileri eklenmektedir (Wender, 1998; Güçlü ve Erkıran, 2004: 33; Peirce, Collins & Levitt, 2007: 4). Yine de, mevcut çalışmaların azlığı ve toplumsal bilincin yeterli düzeye ulaşmaması nedeni ile, halen Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ilk olarak çocukluk çağı bozukluğu olarak akla gelmektedir ve yetişkinlerde tanısı hala tartışmalıdır (Spencer ve diğerleri, 1998: 59). İleride de üzerinde durulacağı gibi, bu konudaki tartışmalarda varılmış en son nokta, Amerikan Psikiyatri Derneği'nin yetişkinlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı için paylaştığı güncel bilgiler ve tanı kriterleridir (APA, 2013).

Önceden yapılmış birçok çalışmada, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu semptomlarını gösteren bireylerin yarısı ile üçte ikisinde bu bozukluğun erişkinlik döneminde de devam ettiği ve bu bireylerde işlevsellik kaybına yol açtığı gözlenmiştir (Rasmussen ve Gilberg, 2000; Barkley ve diğerleri, 2002; Adler ve diğerleri, 2005; Kessler ve diğerleri, 2005; Biederman ve diğerleri, 2007; Doğan ve diğerleri, 2009; 78).

Özellikle dikkatte sürekliliği koruyamayan bireyler, belirli bir iş ya da görevi başarma konusunda zorluklar yaşamakta, diğer bireylere göre daha fazla çaba harcamak zorunda

kalmaktadır. Uygun ortamın sağlanmaması ve bilinç eksikliği ise, bireylerin hem yaşam kalitesini hem de toplumu olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun bireyler üzerindeki yıkıcı etkisinin yanında, yaygınlığı da oldukça yüksektir. DEHB semptomları tüm nüfus boyunca yayılmış durumda ve çeşitlilik göstermektedir, ancak yalnızca tanı için gereken kriterleri karşılayan bireyler dikkate alınmaktadır. ABD'de yapılan ulusal düzeydeki bir araştırmada, yetişkin DEHB yaygınlığı %4 olarak hesaplanmıştır ve bu bozukluğun en yaygın psikiyatrik bozukluklardan birisi olduğu belirtilmiştir (Rasmussen ve Gilberg, 2000; Barkley ve diğerleri, 2002; Adler ve Cohen, 2004; Kessler ve diğerleri, 2005; Adler ve diğerleri, 2005; Doğan ve diğerleri, 2009; 78). Bu tür istatistikî veriler göz önünde bulundurulduğunda, DEHB'nin ne kadar önemli bir sorun olduğu bir kez daha anlaşılmaktadır.

Her ne kadar çocukluk ve yetişkinlik dönemine benzer sendromları içerse de (Şengül ve diğerleri, 2004; akt: Kaymak-Özmen ve Özmen, 2012: 46), yetişkinlerde dikkat Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, eğitim, iş yaşamı ve sosyal yaşam açısından yıkıcı etkileri nedeni ile, ayrıca üretim gücünü deforme etmekte ve ekonomik olarak da sorunlara yol açabilmektedir. Bu nedenle, bu bozukluğun yetişkin bireylerin yaşamı üzerindeki etkisinin incelendiği çalışmaların artırılması gereklidir.

Ayrıca Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu yaşayan bireyler, yanlış tanımlamalara ve damgalamalara da maruz kalabilmektedir. Bu konuda Türkiye'de yapılan bir çalışmaya göre, anne babalar ve öğretmenler otizm ile DEHB'yi aynı bozukluklar olarak kabul etmişlerdir ve bu bozukluklar hakkında çok sayıda yanlış bilgi sahibi oldukları görülmüştür. Bunun yanında araştırmaya katılan kişiler genellikle bu konularda gazetelerden bilgi aldıklarını ifade etmiş, ancak yazılı basında da yeterli bilgi paylaşılmadığı anlaşılmıştır (Karabekiroğlu ve diğerleri, 2009)

Tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun, bireyin yaşamının erken döneminden itibaren, yaşamında oldukça önemli zararlara neden olabilen bir bozukluk olduğu görülmektedir. Gelecek nesillerin refahı ve yaşam kalitesi açısından düşünüldüğünde, yaşamın belirli alanlarında bu bozukluğun nasıl etki ettiğinin ayrıntılı olarak incelenmesinin gerekliliği önemli bir

noktadır. Dikkat bozuklukları, yüksek düzeyde dikkatsizlik ve dürtüsellik, bunun yanında bir çok bireyde hiperaktivite ile kendini göstererek açığa çıkan ve beyinde fizyolojik olarak meydana gelen farklılıklardır. Okul öncesi çocuklarda bu direktifleri doğru şekilde takip edememekle belirgin olabilmektedir. Dürtüsellikte ise, bireyler istedikleri şeylere karşı agresif bir tavırla karşılık verebilmektedir. Bunun yanında sabit kalamama ve bir yerde oturamama ise özellikle hiperaktivitenin işaretleridir.

Bu bozukluk çocuk gelişimi konusunda en çok çalışılan ve zorlanılan bozukluklardan birisidir. Yaklaşık olarak yüzde 4 ile 7 arasında bir oranda çocuk nüfusunu etkilediği Amerika'da görülmüştür. Bu soruna sahip çocuklar ya da yetişkinler bir şeye başlama, devam etme ya da görevi tamamlama konusunda ciddi sorunlar yaşamaktadır. Bu ise yaşamı oldukça karmaşık hale getirmektedir (Durall, 1999).

DEHB sorunu olan bireyler bir görevden diğerine başlamada geçişler yaşamakta, çoğu zaman görevleri tamamlamadan bırakmaktadır. Ayrıca yapacakları şeylere ilişkin belirlenmiş yolları ve kuralları da takip edememektedirler. Bu ise yaşam içerisinde ödevlerin, görevlerin ya da işlerin tamamlanmasına engel olmaktadır. Çünkü görevleri takip edemeyen birey aynı zamanda çoğu kez direktifleri de anlamakta zorlanmaktadır.

Bunlara ek olarak birey sorunların farkındadır ve problemleri davranışlarından kaçınmak istemektedir, ancak kaçınma konusunda da çoğu kez yetersiz kalmaktadır. Gündelik aktiviteleri unutmak, randevuları kaçırmak, yemek hazırlamak gibi işleri yapmayı çoğu kez unutmaktadırlar. Sosyal yaşamda ise dinlemeyi sürdürmemelerinden dolayı karşılarındaki kişiler tarafından yanlış anlaşılabilen ve bununla ilgili sorunlar yaşayabilmektedirler.

Genellikle çocukluk çağında önemsenen ve tedavi edilmeye çalışılan bu rahatsızlık, genç yetişkinlik döneminde de devam eder ve tedavi edilmezse, bu rahatsızlığa sahip bireylerin eğitim yaşamında başarı performanslarının düşebileceği gibi, yüksek eğitim alabilmeleri de sekteye uğrayabilir. Bu nedenle, çalışmada, yetişkinlik dönemi, ve spesifik olarak yetişkinlik döneminin önemli bir boyutunda bulunan üniversite öğrencilerinde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu üzerinde durularak, bu alanda Türkiye literatürüne katkı sağlanması ve üniversite yaşamlarının daha verimli olabilmesi adına DEHB baz alınarak özel bir çalışma yapılması amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun üniversite öğrencilerinde

tanısı ve not ortalaması performans değeri üzerine etkisi incelenmiştir. Dolayısı ile ilerleyen bölümlerde üzerinde durulacak olan başlıklar şu şekildedir:

Birinci bölümde, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu kavramının değişimi ve tanı kriterleri ile ilgili yaklaşımlar tarihsel bir sıralama ile açıklanacaktır. Her ne kadar son yıllarda hakkındaki çalışmaların artışı nedeni ile yeni bir bozukluk olarak kabul bilinse de, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu yaklaşık 200 yılı aşkın bir süredir çeşitli isimler ancak benzer sendromlarla tanınmıştır. Bu nedenle, güncel yaklaşımlardan söz etmeden önce tarihsel süreçte hangi aşamalardan geçtiğine değinilecektir. Sonrasında ise, en güncel terim olan Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve yine en güncel tanı kriteri olan DSM-V kriterlerine vurgu yapılacaktır.

1.2. bölümde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun yaygın olarak bilindiği çocukluk döneminden ve çocukluk dönemindeki DEHB'in hem bireye hem de çevresine olan etkisinden tanı kriterleri de göz önünde bulundurularak söz edilecektir.

1.3. bölümde, yetişkinlerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun tanısı ile ilgili problemler ve gelişmeler tartışılacak, yetişkinlik döneminde bu bozukluk nedeni ile ilgili sorunlardan söz edilerek, yine yetişkinliğin bir dönemi olan üniversite yaşamında Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun etkisi ile ilgili çalışmalara yer verilecektir. Özellikle yukarıda da sözünü ettiğimiz gibi, günümüzde hala bir çok çevrede çocukluk dönemine özgü olarak bilinen bu bozukluğun, yaşam boyu süren bir durum olduğunun vurgulanması ve anlaşılması, bu çalışma açısından da büyük bir öneme sahiptir.

1.4. bölümde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna eşlik eden komorbit bozukluklardan söz edilecektir. Komorbit bozukluklar çoğu zaman dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile karıştırılabilmekte, birbiri arasında neden-sonuç ilişkisi yaratabilmekte ve tanısını zorlaştırabilmektedir. Tanıda ortaya çıkan problemler ise, ileri dönemlerde DEHB'ye eşlik eden bozuklukların sayısında artışa, dolayısı ile yaşanan problemlerin artmasına neden olabilmektedir.

İkinci bölümde, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nu inceleyen model ve kuramlar, DEHB'in çocuklarda, ergenlerde ve erişkinlerde yaşamsal seyri, yaşama

etkileri ve konu ile ilgili Türkiye'de gerçekleştirilen araştırmalardan ayrıntılı olarak söz edilecektir.

Üçüncü bölümde, araştırmanın amacı, araştırma problemleri, ve örneklem ve veri toplama araçlarından ayrıntılı olarak söz edilecektir. Ancak kısaca bahsetmek gerekirse, 150 sosyal bilimler öğrencisi üzerine gerçekleştirilen bu çalışmada, Wender Utah Derecelendirme Ölçeği ve Erişkin DEB/DEHB Tanı Envanteri uygulanmıştır.

Üçüncü bölümün devamında araştırma bulgularına yer verilecek ve hipotez testlerinin sonuçları paylaşılacaktır. Araştırmanın amaçları doğrultusunda, öncelikle dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı konulabilecek öğrencilerin sayısı belirlenmiş, sonrasında akademik başarı puanı ve cinsiyet değişkeni ile bağlantısı incelenmiştir.

Üçüncü bölümde, önceden yapılmış çalışmalar neticesinde, bulgular tartışılacak ve öneriler sunulacaktır.

Ve yine bu bölümde sonuçlar kısaca özetlenecek ve ileriye dönük öneriler paylaşılacaktır.

Bu çalışmada, yukarıda sözü edilen arka plan göz önünde bulundurularak, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun üniversite öğrencilerinin akademik başarı düzeyi üzerindeki etkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda, aşağıdaki araştırma problemlerine yanıt aranacak ve hipotezler test edilecektir.

Temel Araştırma Sorusu

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu'nun üniversite öğrencilerinin not ortalaması performans değerini üzerinde doğrudan bir olumsuz etkisi varmıdır? Genel olarak bu temel soru çerçevesinde iki farklı araştırma problemi ve hipotezler aşağıdaki şekilde incelenmiştir.

Araştırma problemi-1: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan üniversite öğrencilerinin not ortalaması, olmayanlara göre bir farklılık göstermekte midir?

Hipotez 1: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan üniversite öğrencilerinin not ortalaması, olmayanlara göre daha düşüktür.

Araştırma problemi-2: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu puanı erkek öğrencilerde, kız öğrencilere göre bir farklılık göstermekte midir?

Hipotez-2: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu puanı erkek öğrencilerde, kız öğrencilere göre daha yüksektir.

Araştırmanın modeli ise şekil 1'deki gibidir:



Şekil 1: Araştırma Modeli

Şekil 1'de gösterilen model, araştırma soruları ve hipotezleri doğrultusunda oluşturulmuştur ve test edilmesi amaçlanmıştır. Buna göre, literatürde sık karşılaşılan bir değişken olan cinsiyet DEHB'yi etkilerken; DEHB'de üniversite öğrencilerinin akademik başarı düzeylerini etkilemektedir. Modeldeki değişkenlerin hangi gruba dahil oldukları ise aşağıda belirtildiği gibidir:

,Birinci araştırma sorusu ve hipotezine göre:

DEHB= Bağımsız Değişken-----Genel not ortalaması=Bağımlı Değişken

İkinci araştırma sorusu ve hipotezine göre:

Cinsiyet= Bağımsız Değişken ----- DEHB= Bağımlı Değişken

olarak belirlenmiştir. Araştırmanın amacı, önemi, araştırmanın gerçekleştirileceği evren ve örnekleme ait özellikler ise sırasıyla açıklanacaktır. Ayrıca hipotezlerin test sonuçları üçüncü bölümde detaylı olarak ele alınacaktır.

Araştırmanın Amacı Ve Önemi

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu odaklanma ve yoğun zihinsel performans gerektiren görev veya sorumluluklara başlamada ve bitirmede sorunlar yaşama, huzursuzluk, gerginlik, aynı pozisyonda uzun süre bulunamama ve daha bir dolu benzeri problemi bünyesinde barındıran davranışsal bir sendromdur.

Akademik çalışmaların tümü; yoğun ve uzun süreli dikkat ve zihinsel performans etkinliğinin yanı sıra bedensel aktiviteler açısından yoksul bir etkinlik içerisinde gerçekleşir. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu bünyesinde taşıdığı bir dolu semptomuyla beraber ders çalışma ve sınav etkinliğini gerçekleştirmenin en önemli besin kaynağının aynı masa başında uzun süreli zihinsel performans sergileme gerektirdiğini göz önünde bulundurarak DEHB'nun akademik başarı puanına olumsuz etki yapacağını düşünmek hiçte ütöpik değildir. Bu sebeple Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu sorunu yaşayıp bu soruna sahip olduğunu bilen bireylerin sayısı istatistiksel olarak oldukça azdır. Bu durum kişinin kendisini yetersiz ve beceriksiz hissetmesine sebep olmaktadır ki bu konu en detaylı şekilde birinci bölümde ele alınmıştır. Çocukluk ve ergenlik dönemlerinde yaşamsal her alanda ailelerinden destek alan bireyler akademik anlamda da aynı desteği alabilmektedirler. Tabi ki DEHB'li bir birey aile desteği ile tam anlamıyla gerçek performansını sergileyemeyecektir ama yine de bu durum kendisini rahatlatacaktır. Oysa ki üniversite hayatının başlamasıyla beraber yaşamsal ve akademik her alanda sorumluluklarının gerçekliği ile karşılaşan bireyin düşük başarı performansı sergilemesi veya eğitimini tamamlayamaması dahi söz konusudur. Tüm bu sorunlar ve daha fazlası göz önünde bulundurularak üniversite öğrencilerinin kendi farkındalığını sağlamak ve bu farkındalıkla akademik başarılarını olumlu yönde desteklemek amacıyla bu çalışma gerçekleştirilmiştir. Dikkat eksikliği

hiperaktivite bozukluğu sorunu olan üniversiteli gençleri tespit edip akademik başarılarını yükseltme ve sosyal hayatlarını düzenleme konusunda farkındalık oluşturmayı amaç edinmiş bu çalışmanın önemi aynı zamanda literatüre katkı sağlama yönünden de yadsınamaz değerdedir.

Araştırma Evreni ve Örneklemi

Para ve zaman sınırlılığı nedeni tüm üniversite öğrencilerine ulaşmak mümkün olmadığından, bu çalışmanın evrenini Doğuş Üniversitesi'nde öğrenim gören 150 sosyal bilimler öğrencisi oluşturmaktadır. Evren sınırlı olduğundan, örnekleme de bu 150 kişiyle ulaşılması hedeflenmiştir ve finalde de, 150 sosyal bilimler öğrencisi 2014-2015 eğitim öğretim yılı kapanmadan, mart ve haziran ayları arasında araştırmaya gönüllülük esasına dayanarak katılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Katılımcılara, araştırma problemi doğrultusunda üç tip soru formu uygulanmıştır. Birincisi yaş, cinsiyet, kullandıkları bir ilacın varlığı, DEHB tanısı konulup konulmadığı ve akademik başarı notları ile ilgili değişkenleri belirlemek amacıyla oluşturulan genel bilgi anketidir. İkincisi ise, yetişkinlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu'nun ölçülmesi için çocukluğa dair bilgilerin alındığı, Ward ve arkadaşları (1993) tarafından hazırlanan ve Öncü ve arkadaşları (2005) tarafından Türkçe'ye uyarlanan Wender-Utah Değerlendirme ölçeği, ve üçüncü olarak da, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun varlığını belirlemek üzere Turgay (1995) tarafından hazırlanan ve Günay ve diğerleri (2005) tarafından Türkçe'ye geçerlilik çalışması yapılan DSM-IV'e Dayalı Erişkin DEB/DEHB Tanı ve Değerlendirme Envanteri'dir.

Sosyodemografik Bilgi Anketi

Bu ankette, katılımcıların yaş, cinsiyet, tanısı konulan bir hastalığın olup olmadığı, kullandığı ilaçların olup olmadığı, ve genel ağırlıklı not ortalaması değişkenleri yer almaktadır.

DSM-IV'e Dayalı Erişkin DEB/DEHB Tanı ve Değerlendirme Envanteri

Turgay (1995) tarafından hazırlanan ve Günay ve diğerleri (2005) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan bu envanter, DSM kriterlerine uygun şekilde yetişkinlerde DEHB tanısı konulmak üzere hazırlanmış bir ölçüm aracıdır. Envanter, kendi içerisinde *Dikkat Eksikliği Bölümü* 9 soru; *Aşırı Hareketlilik ve Dürtüsellik Bölümü* 3 soru ve *Sorun Bölümü* 30 soru olmak üzere, 48 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin iç tutarlılık düzeyi ise, 0,9566'dır ve Apa kriterlerine göre oldukça yüksek güvenilirlik düzeyindedir (Günay ve diğerleri, 2005). Her madde 0-3 arası puanlamayla değerlendirilen bu ölçeğin hesaplaması ise şu şekilde olmaktadır:

“DE (Dikkat Eksikliği) bölümünde 3'ten düşük puan alanlar DE (Dikkat Eksikliği) belirtileri düşük düzeyde olanlardır. 3,01 ile 10,99 arasında puan alanlar orta düzeyde DE (Dikkat Eksikliği) belirtileri olanlardır. 11'in üstünde puan alanlar ise DE (Dikkat Eksikliği) belirtileri üst düzeyde olanlar grubuna girmektedir.

AH (Aşırı Hareketlilik) bölümünde de; 3'ten düşük puan alanlar AH (Aşırı Hareketlilik) belirtileri düşük düzeyde olanlardır. 3,01 ile 10,99 arasında puan alanlar orta düzeyde AH (Aşırı Hareketlilik) belirtileri olanlardır. 11'in üstünde puan alanlar ise AH (Aşırı Hareketlilik) belirtileri üst düzeyde olanlar grubuna girmektedir.

S (Sorun) bölümünde ise 0 ile 12,99 arasında puan alanlar düşük, 13 ile 35 arasında puan alanlar orta düzeyde, 35 ile 75 arasında puan alanlar yüksek düzeyde sorun bölümünde belirtilen özellikleri taşımaktadır.

Genel toplamda ise 20 'nin altında alanlar düşük düzeyde DEHB, 20 ile 59 arasında puan alanlar orta derecede DEHB, 59'un üstünde puan alanlar ise yüksek düzeyde DEHB belirtileri göstermektedir” (Günay ve diğerleri, 2005: 142-143).

Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği

Ward ve diğerleri (1993) tarafından, çocukluk dönemine dair DEHB belirtilerini geriye dönük şekilde sorgulamak ve yetişkinlerde tanı konuşmasına yardımcı olmak amacıyla geliştirilen bu ölçeğin son hali 25 sorudan oluşmaktadır. Ölçekte her maddeye 0-4 arası puanlar verilmektedir ve toplam puan aralığı 0-100 arasındadır. Ölçek Türkçe'ye Öncü, Ölmez ve Şentürk (2005) tarafından uyarlanmıştır. Türkçe versiyonun güvenilirlik düzeyi 0. 81'dir. Ölçeğe göre bir kişiye DEHB tanısı konulabilmesi için, 36 puan ve üzeri alması gerekmektedir.

Analiz Tekniği

Araştırma verilerini analiz etmek ve bulgularına ulaşmak amacıyla SPSS 20 paket program kullanılmış, tanımlayıcı istatistikler için frekans analizi, istatistiksel farkları hesaplamak için bağımsız örneklem T-Testi kullanılmıştır. Bunun yanında DEHB kriterlerini taşıyan (hem Wender Utah Derecelendirme Ölçeğine, hem de Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite bozukluğu Envanterine göre aynı anda belirtileri gösteren) öğrencilerin, göstermeyenlerden ayrılması için Recode tekniği ile yeniden kodlama yapılmıştır. Tanı konulabilecek öğrenciler belirlendikten sonra ise, cinsiyete göre dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuna sahip olma durumunda bir farklılık olup olmadığını test etmek amacıyla yine bağımsız örneklem T-Testi uygulanmıştır. Cinsiyetle akademik başarı puanlarının bağlantısı olup olmadığını belirlemek üzere ise Ki-kare bağımsızlık testi gerçekleştirilmiştir.

Sınırlılıklar

Her ne kadar DSM-V kriterlerine göre yetişkinlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı daha açık halde belirlenmiş olsa da, henüz bu kriterleri kapsayan güncel bir ölçüm aracı mevcut değildir. Bu nedenle bu çalışmada DSM-IV'e Dayalı Erişkin DEB/DEHB Tanı ve Değerlendirme Envanteri belirleyici ölçüm aracı olarak kullanılmıştır.

Çalışmanın Olası Getirisi

Her bilimsel çalışma, bilim dünyasına katkı sağlamak ve uygulamaya yönelik örnekler ve yenilikler getirmeyi amaçlamaktadır. Bu çalışmada da birincil olarak bu hedeflenirken bunun yanında, çalışma sonunda erişilecek olan bulguların:

1-Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun anlaşılmasına katkı sağlaması

2-Güncel bir literatür kaynağı oluşturması

3-Üniversite öğrencilerinin yaşadıkları sorunlara derinlemesine inerek DEHB gibi spesifik bir sorunun ne gibi etkilere neden olabileceğine ilişkin bilincin artması

4-Artan bilinç ile beraber, araştırmacılar, sağlıkçılar, psikologlar, eğitimciler, akademisyenler ve politika yapıcıların ileriye dönük çalışmalarında göz önünde bulunduracakları bir baş ucu kaynağı oluşturulması öngörüler arasındadır.

BÖLÜM 1 : KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Bilimsel çalışmalar, birikimsel olarak ilerlemektedir. Bu nedenle, uygulanacak yöntem ve tekniklere geçmeden önce, konu hakkında ayrıntılı bilgi sahibi olunması, çalışmanın sağlam bir temele oturması açısından oldukça önemli bir yere sahiptir. Bu nedenle, bu bölümde, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu kavramının tarihten bugüne gelişimi, ve çocuklar ile yetişkinlerde alt tip özellikleri ile tanı kriterlerine vurgu yapılması amaçlanmıştır. Dolayısı ile, öncelikle Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun kavramsal tarihçesine değinilecek, günümüzde çocuklarda ve yetişkinlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu özelliklerinden söz edilecek ve nedenleri irdelenecektir.

1.1.Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kavramının Tarihçesi

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun etrafında şekillenen sorunların anlaşılabilmesi için dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun tarihçesine ve bu konuda öğrenciler üzerine yapılan incelemelere değinmek oldukça önemlidir. Tarihçesine bakıldığında, bizler bu konuya ilişkin ortaya çıkan sorunlara, tanılara ve çözüm yollarına rastlamaktayız.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu teriminin geçmişi, her ne kadar çok yeni olsa da, özellikle zaman içerisinde benzer semptomların toplamına verilen isimlerden ve dolayısı ile bu bozukluğun isminde yapılan değişiklikler ve gelişen tanı kriterlerinden dolayı uzun bir geçmişe sahiptir (Wolraich, 2006: 86).

Özellikle çocuklarda görülen dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik gibi semptomlara yapılan tanımlamalar, 200 yılı aşkın bir geçmişe sahiptir (Lange ve diğerleri, 2010; 241). Bu nedenle, DEHB'nin köklü bir geçmişe sahip olduğu söylenebilir. Bu bölümde de, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun tarihsel süreçteki isimlerinden ve bu konuda yapılan yaklaşımlardan üç başlık altında söz edilecektir.

1.1.1. On Sekizinci ve On Dokuzuncu Yüzyıl

Tarihsel çalışmalara bakıldığında, 18. Yüzyıla kadar, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu semptomlarını içeren bireyler bulunsa bile, bu dönemde herhangi bir yazar ya da araştırmacının paylaştığı bir çalışma olmadığı görülmektedir. Bundan sonraki süreçte, özellikle tıp alanında DEHB semptomları hakkında bilinçlenme yavaş ancak sağlam adımlarla ilerlemeye başlamıştır. Bu sürecin başlamasını sağlayan ilk isim ise, İskoç doktor ve Yazar Alexander Crichton'dur.

DEHB'ye benzer özelliklerde ortaya çıkan ilk bozukluk Sir Alexander Crichton tarafından 1798'de adlandırılmıştır. İskoç bir doktor olan Crichton, klinik çalışmalarında bir çok ruhsal bozukluk gözlemlemiş ve mental rahatsızlıklarla ilgilenmiştir.

Crichton (1798), bir çalışmasında mental problemleri olan çocukları gözlemlemiş ve bulgu olarak, DEHB'nin dikkatsiz alt tipinin özelliklerini betimlemiştir. Daha sonra, 1809 yılında, John Haslam, kontrol edilemez derecede dürtüsellik gösteren 10 yaşında bir çocuğun vaka raporunu paylaşmıştır. (Haslam, 1809). Sonrasında ise, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtileri gösteren çocuklarla ilgili ilk kapsamlı ve birden fazla çocuğu içeren vaka raporu 1800'lü yılların ortasında yayınlanmıştır (Anastopuluos ve Shelton, 2001: 6). Filozof John Locke bu özellikleri taşıyan öğrencileri "denemelerine rağmen kendilerini aylıklık etmekten alıkoyamayanlar" şeklinde tanımlamıştır (Amen ve Goldberg, 1998: 76; Boyle, 2006: 2).

On dokuzuncu yüzyıla kadar bu konuda belirtilmiş başka bilimsel bir kaynak olmamakla birlikte, 19. yüzyılın ortalarında, Alman hekim Heinrich Hoffman dikkat Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun karakteristiklerini tanımlamış ve çocuklar için yazdığı kitabında bu bozukluk, Fidgety Phil ve Harry Who Looks in the Air isimli iki karakter tarafından temsil edilmiştir (Hoffman, 1848; akt: Wolraich, 2006: 86). Ancak bu yüzyılın sonuna kadar, bu problemi açıklamaya yönelik bilimsel bir girişim olmamıştır. Bundan sonra, bu anlamda yapılan ilk girişimin Still (1902) tarafından yapıldığı kabul edilmektedir (Anastopuluos ve Shelton, 2001).

1.1.2. Yirminci Yüzyıl

İngiliz pediatriist Still, 1902 yılında gerçekleştirdiği bir konuşmada (Kayaalp, 2008) erken dönemde kendini göstermeye başlayan ve yaşamın sonraki dönemlerinde kalıcı hale gelen, bununla birlikte, beklentileri karşılama konusunda akranlarından farklılıklarla dikkatsizlik ve aşırı hareketlilik semptomlarını gösteren çocuklarının durumunu tanımlamıştır. 3-20 yaşları arasında 23 çocuk üzerinde yaptığı bu çalışmanın bulgularına göre, söz konusu problemler, nörolojik faktörlerden kaynaklanan davranışta “istemli engelleme bozukluğu” ve “ahlaki kontrol kusurları” şeklinde tanımlanmıştır (Still, 1902; Anastopoluos ve Shelton, 2001; Boyle, 2006).

George Still tarafından 1902 yılında, duygulanım ve davranım sorunları ile birlikte huzursuz, dürtüsel, dikkatsiz çocuklar tarif edilmiştir. Still “Defects in Moral Control” (Ahlaki Kontrol Bozukluğu) olarak tanımladığı olguların kronik olduğuna inanmıştır. Böylece ilk kez DEHB’nin erişkin dönemde süreceğinden, en azından çocukluk olgularının erişkin dönemde benzer bulgulara sahip olabileceğinden söz edilmiştir. Still’in erişkin DEHB olasılığına işaret etmesine rağmen, erişkinlerin bu kronik çocukluk çağı bozukluğunun belirtilerini sergileyebileceğine ilişkin ilk çalışmalar 1960’ların sonlarına doğru yapılmaya başlanmıştır.

Uzun bir süre Still’in yaptığı tanımlamalarla kabul edilen DEHB ya da o dönemki ismiyle istemli engelleme bozukluğu, Birinci Dünya Savaşı sırasında, kavramsal bir değişim yaşamıştır. Birinci Dünya Savaşı esnasında geniş ölçüde ortaya çıkan ensefalit salgını nedeniyle, bu salgında hayatta kalan çocukların birçoğu bozulmuş dikkat süresi, dürtü kontrolü, sosyal olarak yıkıcı davranışlar ve motor aktivite düzenlemesi gibi davranışsal, duygusal ve kognitif sekeller göstermişlerdir (Ebaugh, 1923; Anastopoluos ve Shelton, 2001). Bu belirtiler Postensefalitik Davranış Bozukluğu olarak adlandırılan bir bozukluğun semptomları olarak kabul edilmiştir (Hohman, 1922) ve günümüzdeki DEHB özelliklerini taşımaktadır (Stryker, 1925; Boyle, 2006).

İlerleyen dönemlerde çocukların ensefalitis kurbanı ya da diğer nörolojik hasarlara sahip olmadan da söz konusu semptomları gösterdikleri görülmüştür. Kahn ve Cohen (1934) bunun beyin sapı hasarıyla ilişkili organik bir faktörden kaynaklandığı görüşünü ortaya atmıştır ve bu durumu “organik sürdürülemezlik” olarak adlandırmıştır (Anastopoluos

ve Shelton, 2001) 1937'nin başlarında, klinisyenler merkezi sinir sisteminin çocukların gelişmiş davranışlarını uyardığını ve akademik performansını etkilediğini keşfetmiştir (Bradley, 1937; Boyle, 2006).

1950'lere gelindiğinde, klinik araştırmacılar çocuklarda talemik bölgede merkezi sinir sistemi kaybı ile karakterize olan hiperkinetik dürtü bozukluğunu keşfetmişlerdir (Denhoff ve diğerleri, 1957; Boyle, 2006).

Sonraları klinisyenler hızlı şekilde beyin hasarı çalışmalarından hiperaktiviteye yönelmişlerdir. Bir çoğu bu bozukluğun kendini düzelttiğini ve adolesanlarda hafif düzeyde olduğunu savunmuşlardır (Chess, 1960; Boyle, 2006).

Bununla birlikte, yetişkinlerde DEHB hakkında yapılmış ilk bilimsel çalışma 1960'ların sonlarına dayanmaktadır. Bu dönemdeki çalışmalara üç farklı kaynak sunulmaktadır ve bu kaynaklar çeşitli perspektifler aracılığıyla yetişkinlerde DEHB'nin açığa çıkışından söz etmektedir (Barkley ve Murphy, 2008).

İlk kaynak yetişkinlerde semptomların devamı üzerinedir (Menkes, Rowe ve Menkes, 1967; Mendelson, Johnson ve Stewart, 1971). Buna göre, yapılan çalışmalar yetişkinlerde de çocuklardaki gibi dikkat eksikliği ve dağınıklık semptomlarının sürüyor oluşuna yönelik vurgu yapmaktadır.

İkinci kaynak, çocuklarında da hiperaktivite eğilimi görülen ve sosyopati, histeri ve alkolizm ile mücadele eden ebeveynler hakkında ki yayınlardır (Morrison ve Stewart, 1973; Cantwell, 1975). Bu da yine ileriki dönemlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu'nun yetişkinler üzerindeki önemli etkileri üzerine yapılan araştırmaların temeli düzeyindedir.

Son kaynak ise hiperaktivitenin ailesel bağlarla ilişkisi ve dikkat, kontrol ve aktivite düzeyinde anormallikler üzerinedir (Alberts-Corush, Firestone ve Goodman, 1986). Yine bu bölüm de, ileride dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu yaşayan bireylerin ve aileleri hakkında yapılan araştırmalara başlangıç niteliği taşımaktadır

1970'lerde DEHB benzeri semptomlar üzerine yapılan çalışmaların odak noktaları, dikkat eksikliğine kaymıştır (Rie ve Rie, 1980). 1980'lerden sonra ise bu bozukluğa ilişkin anlayış derinleşmiş ve tanı kriterleri daha karmaşık hale gelmiştir. Zaman içerisinde her ne kadar bozukluğun ismi değişse de, DEHB semptomları aynı kalmıştır (Boyle, 2006: 2).

Doksanlı yıllara gelindiğinde, beyin hasarı ya da disfonksiyon olan vakaların hepsinde hiperaktivite ya da minimal beyin hasarı semptomlarının görülmediği (Birch, 1994; akt: Conner, 2000) ve minimal beyin disfonksiyonunun bir şemsiye terim olarak kendi altında hiperaktivite, öğrenme bozukluğu, disleksi ve dil bozukluklarını barındırdığı keşfedilmiştir (Barkley, 2006). Böylece, hiperaktivite, beyindeki bozukluklardan ziyade, çocukların yaşadığı kayıplar değerlendirilerek tanılanmaya başlamıştır. Söz konusu bozukluğun ilk resmi tanımlaması Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın ikinci versiyonunda (DSM-II) özellikle küçük çocuklarda aşırı hareketlilik, huzursuzluk, dikkat dağınıklığı ve kısa dikkat süresi ile karakterize bir bozukluk şeklinde tanımlanarak, çocukluk hiperkinetik reaksiyonu adıyla yer almıştır (American Psychiatric Association, 1968: 50). Zaman içerisinde yapılan çalışmalar, bu tanım üzerine de çeşitli eleştiriler getirmiştir.

1970'lerde, yapılan eleştiriler nihayetinde, bu bozukluğun hiperaktivite semptomuna yönelik olan odağı, dikkat eksikliği semptomuna yönelmiş ve tanı konulabilmesi için hiperaktivite'nin gerekli olmadığı görüşü kabul edilmeye başlanmıştır. Bu nedenle 1980 yılında, DSM-III kriterlerinde yeni ismi Dikkat Eksikliği Bozukluğu (Hiperaktivite ile ya da değil) şeklinde değiştirilmiştir. Böylece, tanı için hiperaktivite varlığının koşul olmadığı kabul edilmiştir.

Ampirik çalışmalar neticesinde, DSM-III'ün revizyon versiyonunda iki tipli konsept kaldırılmış ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olarak yeniden adlandırılmıştır. Bunun yanında semptomlar üç temel gruba ayrılmıştır. Bunlar: dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik semptomları eklenmiş, hiperaktivite olmayan dikkat eksikliği boyutu da farklılaşmamış dikkat eksikliği bozukluğu olarak yeniden isimlendirilmiştir.

Önceden belirtilen çalışmalar, yetişkinlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu çalışmalarına kaynak oluşturmakla beraber, yetişkinlerde DEHB bulunabileceği görüşü ilk olarak 1994 yılında psikiyatrist Edward Hallowell ve John Ratey'in "Driven to Distraction" adlı kitabında yer almıştır (s. 9). İlerleyen süreçte bu bozukluğun yalnızca çocuklarda değil, yetişkinlerde de görülebileceği görüşü yaygınlaşmıştır (Döpfner ve diğerleri, 2000). Böylece Amerikan Psikiyatri Derneği, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın dördüncü versiyonunda (DSM-IV) yetişkinlerin iş yaşamında bu bozukluk nedeni ile yaşayabileceği sorunlara vurgu yapmış ve yetişkinlikte kabul edilebilmesi için çocuklukta ampirik olarak belirlenmiş tanı geçmişinin olması koşulunu koymuştur (American Psychiatric Association, 1994).

Paul Wender (1995), DSM-III kriterlerine bakarak yetişkinler için uygun maddelerin bulunmadığını keşfetmiş ve bu nedenle yetişkinlerde DEHB kriterleri geliştirilmiştir. Utah kriterleri olarak adlandırılan bu kriterler (1) dikkatsizlik, (2) hiperaktivite (3) duygudurum değişikliği (4) sinirlilik ve öfke, (5) bozulmuş stres toleransı, (6) düzensizlik ve (7) dürtüselliktir şeklinde sınıflandırılmaktadır. Buna göre, bir bireyde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu var diyebilmek için, geçmişe yönelik çocukluk tanısı, devam eden dikkatsizlik ve hiperaktivite kriterleri ve bu kriterlere ek olarak geri kalan beş maddeden en az iki tanesinin daha kişide mevcut olması gerekmektedir (Barkley ve Murphy, 2008).

Böylece, Paul Wender tarafından geliştirilen Utah kriteri, çocukluk dönemi ve yetişkinlik dönemi DEHB'leri arasındaki boşluğu kapatmaya yardımcı olmuştur (Wender, 1995). Ancak unutulmaması gereken bir nokta, bu kriterler sınırlayıcı olduğudur. Tanı konulabilmesi için, yalnızca çocuklukta beri süren semptomları değil, ayrıca hiperaktivite ve dağınıklık da olması gereklidir.

Ancak bu kriterler dikkatsiz DEHB'yi dışladığı yönünde eleştirilmiştir, ki bu tip düzensizlik, aşırı hayal kurma, karar verme ya da sürdürme güçlüğüyle karakterize olabilen ancak öfke, dürtüsellik ya da diğer hiperaktivite bağlantılı semptomlardan ayrılabilen bir tiptir (McGough & Barkley, 2004).

1.1.3. Yirmi Birinci Yüzyıl

Amerikan Psikiyatri Derneği, sürdürdüğü çalışmalar neticesinde yetişkinlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu üzerine daha ayrıntılı tanımlamalar yapmayı planlamış ve bunu DSM-IV'ün revizyonunda da belirtmiş ve bu versiyonda bir değişiklik yapmamıştır. (American Psychiatric Association, 2000).

DSM-V versiyonunun yayınlanmasından önceki süreçte, DSM-IV kriterlerine ve dolayısı ile Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı konusunda yaklaşımlara değinen çeşitli eleştiri çalışmaları ortaya atılmıştır.

Her ne kadar üzerinde oldukça sık durulan bir konu olsa da, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun tanısı ile ilgili günümüzde hala sorunlar yaşanmaktadır. Bu sorunların başında, aile bireylerinin çocuklarındaki problemi fark etmemeleri gelmektedir.

Günümüzde birçok ebeveyn, DEHB semptomlarının tedavi yerine cezalandırmayı gerektirdiğine inanmaktadır. (Johnson ve Patenoved,1994; Boyle, 2006: 2). Oysa bu yaklaşım, çocukların gelişim sürecinde ve sonrasında daha farklı ve kapsamlı başka bozukluklara yol açabilmektedir. Bu nedenle toplumun bu konuda bilinçlendirilmesi gerekmektedir.

Bazı araştırmacılar, DEHB'nin çocuklarda ve yetişkinlerde disfonksiyonel aile ortamı, yoksulluk, düşük eğitim düzeyi, çevresel zararlar ve kötü çocuk yetiştirme sonucu olduğunu savunmaktadır (Barkley, 1998; akt: Boyle, 2006: 1).

Boyle (2006) ise DEHB'nin tanımlanması ile ilgili bazı problemleri sıralamıştır. Buna göre, bazı hastalar özellikle ilgi duydukları konularda (örneğin, video oyunu oynamak gibi) oldukça yüksek dikkat gösterebilmektedir. Bu nedenle bozukluk adlandırılırken “dikkat eksikliği” yerine “dikkat disfonksiyonelliği” daha uygun olacaktır. Ayrıca, DEHB olan herkes hiperaktiflik göstermemektedir ve bireylerin yaşı ilerledikçe bu semptom özellikleri değişebilmektedir (Wender & Tomb, 2009).

Beşinci versiyona gelindiğinde ise, DEHB “fonksiyonellik ya da gelişimle birlikte seyreden dikkatsizlik ve/veya hiperaktivite-dürtüsellik kalıcı deseni” olarak tanımlanmış ve son halini almıştır (APA, 2013a: 59).

DSM-5’te de DSM-4’teki gibi DEHB dört alt tipe ayrılmıştır. Bunlar şu şekildedir:

- Kombine tip
- Ağırlıklı olarak dikkatsiz
- Ağırlıklı olarak hiperaktif-dürtüsel
- Diğer belirtilen DEHB

DSM-5’te yeni olarak 17 yaş ve üzeri bireylerde semptom sayı eşiği 6’dan 5’e düşmüştür, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunu kriterleri yetişkinleri de içine alan maddelerle güncellenmiştir. Bu değişiklik, uzun yıllar boyu yapılan araştırmalarla DEHB’nin yetişkinlikte de sürüyor oluşunun görünmesine dayanmaktadır. Böylece DEHB’li çocukların yaşam boyu bu konuda yardım alabilecekleri vurgulanmıştır.

DSM-IV’ kriterlerine göre semptomlar 7 yaş ve öncesinde görülmesi gerekirken, DSM-V’e göre 12 yaş ve öncesi kriter kabul edilmiştir. Bunun nedeni yine araştırmaların 7 yaşında tanı konulan bireyler ile sonrasında tanı konulanların semptomlar ve tedaviye yanıt verme gibi durumlarda bir farklılık göstermemesidir. (APA, 2013). Bu sayede, DSM-IV ile adolesan ve yetişkinlerde tanı konulamazken, yaş kriterinin yükselmesi ile tanı konulabilir duruma gelmiştir (National Resource Center of ADHD, 2013).

Bunlara ek olarak, DEHB tanısı konulabilmesi için şizofreni ya da diğer psikotik bozuklukların olmaması, ve herhangi bir mental bozuklukla semptomların daha iyi açıklanıyor olmaması gerekmektedir (APA, 2013). Ayrıca, alt tip terimi göstergeler/sunumlar (presentations) adıyla değiştirilmiştir. Bunun nedeni, semptomların yaşla beraber değişebilmesidir ve isimdeki bu yenilik ile, DEHB’nin bireyi yaşamı boyunca farklı düzeylerde nasıl etkilediği incelenebilir hale gelmiştir

(National Resource Center of ADHD, 2013). Ancak genel olarak DSM-V kriterleri aşağıdaki gibidir (APA, 2013; akt: National Resource Center of ADHD, 2013).

Dikkatsiz göstergeler:

Detaylara yakın dikkat vermede zorluklar ve dikkatsiz hatalar yapma

Dikkati sürdürmede zorluk, dinlemiyor gibi gözükme.

Talimatları takip etme konusunda mücadele verme

Organize olma konusunda zorluklar

Çok fazla düşünme gerektiren görevleri beğenmeme ya da kaçınma

Birşeyleri kaybetme

Kolay dikkat dağılması

Gündelik aktivitelerde unutkanlık

Hiperaktif-Dürtüsel Göstergeler

El ve ayaklarda huzursuzluk ve sandalyede sabit oturamama

Oturur vaziyette durmada zorluk

Çocuklarda aşırı derecede koşma ya da tırmanma; yetişkinlerde yüksek düzeyde huzursuzluk

Aktivitelere hızlı şekilde dahil olmada zorluk

Motor tarafından yönetiliyormuş gibi davranma; yetişkinlerde bunu hissetme

Aşırı konuşma

Sorular tamamlanmadan cevap verme

Sıra beklemede zorlanma

Başkasının sözüne karışmak ya da hakimiyet kurmak

Kombine Dikkatsiz & Hiperaktif-Dürtüsel Göstergeler

Yukarıdaki göstergelerin her ikisinden de semptomların bulunması

(APA, 2013; akt: National Resource Center of ADHD, 2013).

Söz konusu göstergelerde de görüldüğü gibi, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu semptomları daha da genişletilmiş ve yetişkinler de içine girecek şekilde daha geniş bir grubu kapsar hale gelmiştir.

1.2.Çocuklarda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

Önceki bölümlerde de söz edildiği gibi, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu çocukluk döneminde ortaya çıkan bir bozukluktur. Bu nedenle DEHB'in doğru şekilde anlaşılabilmesi için öncelikli olarak ortaya çıktığı ilk dönemin, yani çocukluğun ve bu dönemdeki belirtilerin incelenmesi gerekmektedir.

Yalnız yetişkinlik döneminde değil, çocukluk döneminde de, bireyler için önemli etkilere sahip olan DEHB, hem semptomları taşıyan kişi için, hem de aile, akraba, arkadaş, öğretmen gibi yakın çevresinde bulunan kişiler için de önemli bir sorundur.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, çocukluk dönemi yıkıcı davranış bozuklukları arasında en sık rastlanan bozukluklardan birisidir (DuPaul, 1991). Bunun yanında, çocuklarda DEHB tanısı ve tedavi süreci ile ilgili çalışmaların bir kısmı aile üzerine odaklanmış ve ebeveyn-çocuk etkileşimi, ebeveynlik özellikleri, evlilik ilişkileri ve tedavide ailenin dahil olması gibi konular üzerine çeyrek asırdır durulmaya başlanmıştır (Johnston ve Scoular, 2008: 41).

DEHB 6-7 yaşlarında görülen davranışsal bir sendromdur fakat gelişimsel öncüllerinin daha öncesinden oluştuğu düşünülmektedir (Nigg ve Casey, 2005). Nikolas ve Burt'un (2010) belirttiğine göre genetik faktörler dikkatsizlik alt türü için varyansın %71'ini,

hiperaktivite alt türü için %73'ünü açıklamaktadır. Çevresel etkiler ise çok küçük düzeydedir. DEHB'de en dikkat çekici sorunlar gelişimsel gecikme, aşırı hareketlilik, konuşma ya da aktivitenin bitirilememesi, eşyaları kaybetme, dikkatini verememe ve dürtüselliktir. Bu davranışların sonucu olarak DEHB'li çocuklar okuldaki arkadaşlarının gerisinde kalırlar, okulu dondururlar ya da okuldan atılırlar, akranları ve arkadaşları tarafından reddedilirler. Bu çocukların kaza yapma ve fiziksel olarak yaralanma olasılıkları yüksektir (Nigg ve Casey, 2005).

DEHB'in yalnızca çocukluk ve ergenlik döneminde değil, yetişkinlikte de devam eden nörogelişimsel bir bozukluk olduğu ortaya konulmuştur (Kaplan ve Stevens, 2002; Nigg ve Casey, 2005; Öncü, 2008). Tahminlere göre çocukların %50-70'inde belirtiler yetişkinlikte de devam etmektedir (Öncü, 2008). DEHB saptanan çocukların bir bölümünün büyümeyle birlikte gerçekten düzeldiği ancak çoğunluğunda en az bir DEHB belirtisinin sorun oluşturacak şiddette devam ettiği gösterilmiştir (Öncü, 2008). Boylamsal çalışmaların (örn. Molina ve Pelham, 2003) sonuçları ergenlik döneminde bozukluğun düzelmediğini, üstelik yeni sorunların ortaya çıktığını göstermektedir. Daha sonraki sorunlar kendini antisosyal davranış, alkol alımı, madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı ile saldırganlık şeklinde gösterdiği gibi; trafik kazaları, evlilik problemleri, mesleki problemler, yaralanmalar olarak da gösterir. Fakat DEHB'in tek bir bozukluk mu, yoksa bir sendrom ya da başka hastalıkların bir araya geldiği çok yönlü bir hastalık mı olduğu hala tartışılmaktadır (Diamond, 2005; Kaplan ve Stevens, 2002; Martín, Fernández-Jaén, García-Segura ve Quiñones-Tapia, 2010). Bu nedenle, çocukluk döneminde yaygın olarak görülen ve uygun şekilde tedavi edilmediğinde erişkinlikte de devam eden DEHB, birçok araştırmaya konu olmuştur. Ancak hastalığın etiyojisi tam olarak ortaya konamamış, bozukluğun nedenleri konusunda pek çok görüş ileri sürülmüştür (Öncü, 2008).

Psikiyatrik eştanısı olan, ailesinde DEHB öyküsü bulunan ya da psikososyal zorluklar yaşayan çocuklarda DEHB belirtilerinin devam etme olasılığının daha yüksek olduğu ve bu risk etmenlerinin iki ya da üçünün birlikte bulunmasının DEHB'in kalıcılaşması riskini arttırdığı bildirilmiştir (Öncü, 2008). Kessler ve arkadaşları (2005) birçok değişken içinde DEHB belirtilerinin şiddetinin DEHB'in kalıcı hale gelmesi üzerinde etkili olduğunu göstermiştir.

Büyüme ve gelişmeyle birlikte hem DEHB belirtileri şekil değiştirir hem de ön planda olan ve sorun yaratan belirtiler değişir. Araştırmalar büyümeyle birlikte aşırı hareketlilik belirtilerinin dikkatsizlik belirtilerine göre daha hızlı ve daha çok düzeldiğini göstermiştir. (Biederman, Mick, ve Faraone, 2000). Bununla uyumlu bir başka bulgu yetişkinlerde aşırı hareketlilik, dürtüsellik ve dikkatsizliğin bir arada bulunduğu bileşik tip DEHB'in yaygınlığının dikkatsizliğin önde geldiği dikkatsiz tip DEHB'in yaygınlığına göre daha düşük olmasıdır (Kenemans ve ark., 2005). DEHB belirtilerinde büyümeyle birlikte görülen azalmaya ilişkin olarak iki açıklama getirilmiştir (Faraone, Biederman ve Mick, 2006). Bunlardan birincisi sınıflandırma sistemlerindeki tanı ölçütlerinin gelişimsel olarak duyarsız olmasıdır. İkincisi ise belirtilerin gerçekten azalmasıdır. Hangi açıklamanın geçerli olduğu henüz netlik kazanmamıştır. Dikkatin kolay dağılması ve dikkati sürdürme sorunları yetişkinlerde ön plana geçer. Yetişkinlerde dürtüsellik de azalmakta, ama dürtüsel davranışların olumsuz sonuçları çok ciddi olabilmektedir (Öncü, 2008).

Çocuklarda olduğu gibi yetişkinlerde de DEHB tanısı klinik değerlendirmeyle konulur. DSM-IV-TR gibi klinik değerlendirme el kitaplarında tanı ölçütleri çocuklar için hazırlanmıştır; bir başka deyişle, bu ölçütler gelişime duyarsızdır. Uygulanan ölçekler, yapılan nöropsikolojik değerlendirmeler ve laboratuvar testleri tanıda yardımcı olabilir ama bunlardan hiç biri DEHB tanısı koydurmaz. DSM-IV-TR'ye göre DEHB tanısı koyabilmek için dikkatsizlik belirtilerinin, aşırı hareketlilik/dürtüsellik belirtilerinin ya da her ikisinin birden bulunduğu gösterilmelidir. Belirtiler 7 yaşından önce başlamış olmalı ve hastanın yaşamının en az iki farklı alanında sorun oluşturmalıdır. DEHB'li yetişkinlere daha çok dikkat eksikliği tanısı konmaktadır ayrıca DEHB'li yetişkinlerin çoğu en az bir tane ek psikiyatrik tanı almaktadır (Kaplan ve Stevens, 2002; Kytja ve Voeler, 2004).

DSM-IV tanı ölçütleri kullanılarak yapılan araştırmalarda yetişkinlerin yaklaşık yarısı DEHB'in belirtilerini karşılayacak sayıda belirti rapor etmişlerdir (Kaplan ve Stevens, 2002). Yetişkinlerde DEHB söz konusu olduğunda başlangıç yaşı ölçütü çok büyük sorun yaratmaktadır. Belirtiler geçmişe yönelik olarak sorgulandığı için yedi yaş öncesinin hatırlanması zor olabilmekte, bu sorunları en aza indirmek için değerlendirme sırasında kişinin anne, babası ya da başka bir yakınından bilgi almak önem

kazanmaktadır. Tüm bunlara ek olarak özellikle dikkatsiz tip DEHB'e bağlı işlev bozuklukları kişiden beklenenler artana dek gözden kaçabilmekte ve geriye yönelik sorgulama yapıldığında dikkatsizlik belirtilerinin sonradan başladığı sonucunavarılabilmektedir. Belli bir yaşa dek hep bu sorunlarla yaşamış olan kişiler yıllar içinde, kendilerine göre baş etme yöntemleri geliştirmekte ve işlevsel bozulmalar gözden kaçabilmektedir (Öncü, 2008).

DEHB'nin biyolojik kökeni altında yatan güçlü delillere rağmen (Kuntsi ve Steven, 2000), klinik göstergelere göre bu bozukluk farklı yollarla gelişebilmektedir ve bu farklılıklar zaman içinde kültürel, sosyal ve biyolojik faktörlere yansımaktadır (Campbell, 2000; Rutter ve Sroufe, 2000). Bu arka plandan bakıldığında, ailenin işlevi ve aile bireylerinin davranışlarının DEHB'li çocuklar üzerindeki etkisini anlamaya katkı sağlamaktadır (Johnston ve Scoular, 2008). Özellikle DEHB'li çocukların geliştikleri aile ortamına etkisi üzerine çeşitli araştırmalar mevcuttur.

Çalışmaların yöneldiği bir nokta, DEHB'li çocukların ebeveynlerindeki davranışsal etkiler üzerinedir. Bir çalışmaya göre, problemi olmayan çocukların aileleriyle karşılaştırıldığında, DEHB'li çocuklar daha caydırıcı ve daha az uyumlu iken, ebeveynleri de daha negatif, hükmedici ve sosyal hayata daha az dahil olur durumdadırlar (Cunningham ve Barkley, 1979; Mash ve Johnston, 1972). Ayrıca, bazı çalışmalar, DEHB'li ailelerde çatışmaların daha fazla olduğunu (Biederman ve Faraone, 2005); ve annelerin ebeveynlik stresini DEHB'li çocuğu olmayanlara göre daha fazla yaşadığını (Johnston ve Mash, 2001).

Ebeveynlerin bu sendromlu bir çocuğu yetiştirirken ortaya çıkan ve hem eş ilişkilerini hem de çocukla ilişkilerini etkileyen bu önemli noktanın yanında, DEHB'li çocukların da ebeveynleri ile iletişimi üzerine çalışmalar da mevcuttur. Özellikle bir çalışmada, ebeveyn-çocuk ilişkisinde cinsiyete bakıldığında hem erkek hem kız çocuklarında, okul öncesinden gençlik çağına (DuPaul ve diğerleri, 2001; Barkley ve diğerleri, 1991), ve hem anne-çocuk hem baba-çocuk ilişkilerinde benzer sorunlara rastlanmıştır (Tallmadge ve Barkley, 1983). DEHB'li çocukların incelendikleri bir çalışmada, akranları tarafından dışlandıkları ve kolay arkadaşlık ilişkileri kuramadıkları görülmüştür (Barkley ve diğerleri, 1991),

Bunların yanında çocuklarına DEHB tanısı konmuş annelerde, DEHB tanısı konmamış çocukların annelerine göre daha yüksek düzeyde depresyon tespit edilmiştir (Befera ve Barkley, 1985; DuPaul ve diğerleri, 2001). Ayrıca DEHB'li çocukların özellikle babalarında antisosyal davranış görülmüştür (Johnston ve Scoular, 2008).

Yaşamın neredeyse her alanını etkileyen bu bozukluk evlilik yaşamını da zedeleyebilmektedir. Bazı çalışmaların bulgularına göre, DEHB'li çocukların anne ve babalarında evlilikten memnuniyetin düşük bulunduğu görülmektedir (Befera ve Barkley, 1985; Shelton ve diğerleri, 1998).

Dolayısı ile, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, yalnız bu sorunla yaşayan bireyler için değil, toplumun temeli olan aile ve aile bireyleri için de bir tehdit unsuru haline gelmektedir. Bu nedenle DEHB'li bireylere doğru zamanda tanı konulması, alınacak önlemler ve yaklaşımlar açısından önem arz etmektedir. Aksi halde, DEHB ile mücadele ettiğini bilmeyen çocuklar ve onların ebeveynleri için ortaya çıkan problemler daha belirsiz ve çözüme uzak bir hale gelecektir.

DSM-IV eski kriterlerine göre, çocuklarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu teşhisi konabilmesi için 7 yaşından önce DEHB semptomlarını göstermesi (Boyle, 2006: 5) ve belirtilerin en az altı ay süreyle devam ediyor olması gereklidir (Ercan ve Aydın, 2014: 26). Ayrıca bireyin okul yaşamı veya sosyal yaşamı gibi alanların en az ikisinde sorun oluşturmalıdır (*American Psychiatric Association, 2000; akt: Doğan ve diğerleri, 2009*). Ancak günümüzde geçerli teşhis konulabilmesi için gerekli olan yaş sınırı 12'ye çıkartılmıştır.

DEHB semptomlarına göre, çocuk, bir şeyi sürdürmekte zorlanabilir, uzun süre oturamaz, ders çalışmak ya da diğer entelektüel görevleri yerine getiremez, karşısındakini dinlemesi gerekirken sabredemez, dürtüyle konuşur ve bir görevi tamamlamadan diğerine geçer (Boyle, 2006: 5). Ancak, okul öncesi dönemde çocukların DEHB olduğunun anlaşılması oldukça güçtür, ve davranışları aşırı zarar verici olduğunda anlaşılabilirken (Lauth ve Heubeck, 2006); okula başlamasıyla belirli kurallara uyma gereği semptomların daha kolay fark edilmesine neden olmaktadır (Özdoğan, 2001; Scröder, 2006; akt: Kaymak-Özmen, 2010). Buna ek olarak, eski DSM

kriterlerine göre dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, üç temel alt tipe ayrılmıştır, çocukluk DEHB alt tipleri şu şekildedir:

- Hiperaktif
- Dikkatsiz
- Kombine Tip (Boyle, 2006: 6).

Bununla beraber, Ercan ve Aydın'ın (2014) belirttiği gibi aşırı hareketlilik, dikkat sorunları ve dürtüsellik semptomlarının varlığının gözlenmesi gerekmektedir. Bu semptomların açıklaması şu şekildedir:

Aşırı hareketlilik: Hareketlilik, çocuğun hareketleri akranları ile karşılaştırıldığında fazla ise aşırı hareketlilikten söz edilebilir. Bununla birlikte, bu hareketlilik düzeyi, aile, çocuk ve öğretmenlerde, oyun, okul gibi alanlarda sorun yaratıyorsa üzerinde durulmalıdır.

Dikkat sorunları: Dikkatin bir noktaya toplanılmasında güçlük yaşama, dikkatin çabuk dağılması, unutkanlık, sık sık eşya kaybetme ve düzensizlik bunlar arasındadır

Dürtüsellik: Acelecilik, istekleri erteleyememe, başkasının sözünü kesme, beklemede zorlanma gibi davranışlar dürtüsellik örnekleridir (23-24).

Genel olarak, bu alt tipler değerlendirildiğinde, erkek çocukların daha çok hiperaktif ve dürtüsel yönünün baskın olduğu, kız çocuklarında ise dikkatsizliğin ağır bastığı görülebilmektedir. Ayrıca, özellikle kız çocukları hiperaktif davranış göstermeme nedeni ile, dikkat eksikliği tanısı gözden kaçabilmektedir. Bu da bireyin, yaşamının sonraki dönemlerinde DEHB farkındalığı olmadan yaşaması anlamına gelmektedir.

Çocukluk döneminde DEHB tanısı konmuş genç yetişkinlerin, akademik yaşam, iş yaşamı ve ekonomik anlamda, tanı konmayanlara göre daha düşük düzeyde olduğu, daha erken tutuklanma oranları ve sağlık harcamalarının daha da arttığını gösteren

çalışmalar nedeniyle yetişkin psikiyatrisi alanında daha da ilgi toplamaya başlamıştır (Barkley, 2006; akt: Tufan ve Yaluğ, 2010).

1.3. Yetişkinlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu çocukluk çağında ortaya çıkmakla beraber (APA, 2013), DEHB’li çocukların yarısından fazlasında semptomların yetişkinlikte de devam ettiğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Barkley, 2006; Spencer, Biederman ve Nick, 2007). Ancak, çocukluk çağında DEHB belirtisi göstermeyen bazı bireylerde de, yetişkinlik döneminde artan düzeyde hiperaktivite/dürtüsellik gözlenebilmektedir (Halperin ve diğerleri, 2008).

Yine de yetişkinlerde DEHB tanısı çok uzun bir geçmişe sahip değildir. Uzun yıllar boyunca DEHB’nin çocuklukta kaldığı ve zaman içerisinde semptomların yok olduğu görüşünün kabul edilmesi, uzun yıllar yetişkin DEHB’li bireylerin çeşitli sorunlarla karşı karşıya kalmasına neden olmuştur. Yetişkinlerde klinik araştırmaların başlangıcı 1990’lara dayanmaktadır (Wender, 1995). Bunun nedeni, resmi olarak yetişkinlerde ilk tanı kriterinin ortaya atılışının da bu döneme denk gelmesidir. Bundan sonraki süreçte yetişkin DEHB’si hakkında yapılan çalışmalar artırılmış ve günümüze kadar tanı kriterleri geliştirilmiştir.

Fayyad ve arkadaşlarının (2007) belirttiği üzere, DEHB dünya çapında yetişkinlerin yaklaşık %3-4’ünü etkilemektedir. Yetişkinlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun tanısı günümüzde hala tartışmalıdır. Bunun temel kaynağı, orijinal tanımının çocukluğa dair olduğunu savunmasından kaynaklanmaktadır. Uzun bir süre, psikiyatristler semptomların yetişkinlikte de sürdüğü gerçeğini görmezden gelmiştir. Bu nedenle yıllarca tanımlanmamış DEHB bozukluğu nedeni ile, bir çok yetişkin birey, anksiyete, depresyon ve madde kullanımı gibi sorunlarla baş etmek durumunda kalmıştır. Sonraki dönemlerde bazı uzmanlar DEHB’nin yetişkinlikte de sürebileceğini fark etmişlerdir (Boyle, 2006: 1).

Yetişkinlikte DEHB ile ilgili çalışmalar öncelikle çocukların büyüdülerinde durumlarının ne olacağına dair görüşleri içermektedir. Bu nedenle DEHB tanısı konulmuş çocuklar büyüdülerinde ne olacağına dair üç tip hipotez bulunmaktadır.

Birincisine göre semptomlar büyüdükçe kaybolur bu nedenle yetişkinlerde DEHB aranmaz (Cantwell, 1985). Bu görüş günümüze kadar etkisini sürdürmüş en yaygın görüş olmuştur. Ancak diğer araştırmaların zaman içerisinde artışı ile, son zamanlarda bunun geçerli olmadığı görülmüştür.

İkinci yaklaşıma göre DEHB yetişkinlikle beraber rahatsız edici davranışlara evrilir. Buna göre bu kişiler antisosyal ya da suça eğilimlidir.

Üçüncü yaklaşım göre ise DEHB yetişkinlikte devam eder. Birey sabit ve tatmin edici bir iş bulmakta, mutlu, sürdürülebilir ilişkiler kurmakta zorlanabilir. Bazıları baş etmeyi öğrense de, kimilerinde çocukluk semptomları aynı kalır. Günümüzde ise, yapılan çalışmaların sayısının artışı ile birlikte, ilk yaklaşımın geçerli olmadığı, ikinci ve üçüncü yaklaşımların ise geçerli olduğu daha ayrıntılı şekilde açıklanmaya başlamıştır. Daha açık ifade edersek, artık yetişkinlikte de DEHB semptomlarının devam ettiği, ancak hiperaktivite ile dikkatsizlik grupları arasında semptom değişiklikleri yaşanabildiği görülmektedir.

Yaşam boyu süren semptomlar, önemli şekilde yaşamın çeşitli yönlerinde sınırlılıklara neden olmaktadır. Bu sınırlılıklar arasında yetişkin ilişkileri (aile ve öğretmene itaatsizlik), okul işlevselliği (sınıfı karışıklığa itme ve düşük başarı), akran ve kardeş ilişkileri (zorbalık, müdahalecilik, rahatsız etme ve agresif davranış) bulunmaktadır. Bu zorluklar yalnız çocuklar için değil, akranlar, aile ve okul için de zorluklara neden olmaktadır. İleri yaşta çekirdek belirtiler (dikkatsizlik gibi) değişim geçirse de, semptomlar ergenliğe ve yetişkinliğe kadar sürebilmekte, mesleki başarısızlık, kişiler arası ilişkiler, madde kullanımı ve suç faaliyeti gibi sorunlara yol açabilmektedir (Barkley ve diğerleri, 1991; Mannuza ve Klein, 1999; Molina ve Pelham, 2003; Barkley ve diğerleri, 2004; Pelham, Foster ve Robb, 2007: 711).

Bunun yanında yetişkinlerde DEHB'nin işaretlenmiş kognitif kayıplarla bağlantılı olduğu ve bireyin entelektüel yeteneklerini etkilediğini gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Bridget ve Walker, 2006; Frazier, Demaree ve Youngstrom, 2004).

Dikkatsizlik, akademik, mesleki ya da sosyal durumlarda açığa çıkabilir. Bu bozukluğa sahip bireyler detaylara dikkat vermede sorun yaşayabilir, okul işlerinde ya da diğer

görevlerde dikkatsiz hatalar yapabilirler. Çalışma şekli sıklıkla dağınıktır ve düşünceleri önemsemez şekilde dikkatsizce gerçekleştirilir. Bireyler sıklıkla bir aktiviteyi sürdürmekte zorluk yaşarlar (O'Neill, 1999)

DEHB'nin yetişkinlerde sergileniş şekli, çocuklara göre farklılık gösterebilmektedir. Çünkü yaşla birlikte, özellikle hiperaktivite semptomları dikkatsizliğe göre daha fazla bir azalma göstermektedir. Buna ek olarak, çocukluktan yetişkinliğe geçişte, hiperaktivite semptomu huzursuzlukla; dikkatsizlik semptomu da görevleri tamamlayamama sorunuyla yer değiştirebilmektedir (Volkow ve Swanson, 2013, s. 1935).

Tanı konulmamış DEHB ile yaşayan kişiler yalnızca ilk ve orta öğrenimde sorunların farkında olmakla kalmaz, üniversite yaşamına dahil olduktan sonra beklenmedik akademik zorlanmalarla yüzyüze gelebilmektedir (Silver, 1992; Jones, Kalivoda ve Higbee, 1997: 262). Bu da zincir halinde üniversite yaşamını ve sonrasını etkilemektedir.

Üniversiteye girmek her birey için belirli mücadele ve başarıyı gerektirse de, DEHB'li bireyler fazla bilgiye maruz kalma, kişilerarası sorumluluklar, yabancı fiziksel çevre ve yaşamın her alanında sürekli artan sorumluluklarla fazladan mücadele etmek durumunda kalmaktadır (Jones, Kalivoda ve Higbee, 1997: 262).

Geçmişte, dikkat eksikliği sorunu olan üniversite öğrencileri, öğrenme güçlüğü olan diğer öğrencilerle lise ya da daha küçük çaplı üniversitelerde, daha kısıtlı imkanlarla eğitim görmüşlerdir (Barkley, 1990). Ancak öğrenme güçlüğü ve dikkat eksikliğinin farklı iki problem olması, zaman içerisinde bu grupların ayrılması gereğini ortaya çıkarmıştır.

DEHB'li öğrencilerin yaşadıkları zorluklar göz önüne alındığında, bu zorlukların lise sonrası da devam edebileceğinin göz önünde bulundurulması önemlidir. Dahası bu zorluklar, DEHB olmayan öğrencilerle karşılaştırıldığında, daha düşük akademik yeterlilik ve düşük mezuniyet oranlarına sahip olmaya neden olabilmektedir (Barkley ve diğerleri, 2002).

DEHB'li öğrencilerle yapılan bir çalışmada, derse odaklanmayı sürdürmekte zorluk, unutkanlık, zaman yönetimi zorlukları, hayal kurma ve diğerleri ile etkili iletişime geçme sorunları olduğu görülmüştür. Yine aynı çalışmada, üniversite derslerinde başarılı olma konusunda zorlandıkları da sonuçlar arasındadır (Melana, 2012).

Kapsamlı olduğundan ve diğer psikiyatrik bozukluklarla karıştırılma riskinden dolayı, yetişkinlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu özelliklerinin de tam anlamı ile bilinmesi gerekmektedir. Tablo 1'de erişkinler için önerilen dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtileri listelenmiştir.

Tablo 1: Erişkinler İçin Önerilen Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Belirtileri

1. İnatçı motor hiperaktivite	Yerinde duramama, gerginlik, sinirlilik, yerleşik etkinlikleri sürdürmemeye (örneğin uzun süre oturarak gazete, kitap okuyamama, televizyonda bir programı sonuna kadar izleyememe), sürekli hareket halinde olma ve duygulanımda (mizaçta) bozulma.
2. Dikkat eksikliği:	Dikkatin çabuk dağılması, sıklıkla eşyalarını kaybetme ya da yerlerini unutma, konuşulanları, okuduklarını ve günlük işlerini akılda tutamama.
3. Duygulanımda (mizaçta) değişkenlik:	Kendini bir çok iyi bir çok kötü hissetme biçiminde değişkenliğin sık olması.
4. Görevleri iyi düzenleyememe veya tamamlayamama	Ev, okul ve işiyle ilgili ödevlerini düzenleme ve tamamlamada yetersizlik, bir işi bitirmeden diğerine başlama, sorun çözme ve zamanı kullanmada güçlük çekme.
5. Öfke atakları:	Çabuk öfkelenip kontrollerini geçici olarak kaybedebilirler, sürekli huzursuzluk gösterirler.
6. Dürtüsellik	Düşünmeden, kolay ve hızlı karar verme. İş başarısında düşüklük, ilişkileri ani olarak başlatma veya bitirme (birçok kez evlenip ayrılma, sık olarak sevgili veya eş değiştirme), olumsuz sonuçlarını düşünmeden hoşuna giden etkinliklere girişme.
7. Stres ile başedememe	Normal streslere çökkünlük, kızgınlık ve bunaltı gibi aşırı ve uygunsuz yanıtlar verme.

Kaynak: Ercan ve Aydın, 2015: 65-66

Bunun yanında, önceki bölümlerde de söz edildiği gibi, yetişkinlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı konulabilmesi için bireylerin geçmişinde de dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtilerinin bulunmuş olması gerekmektedir. Tablo 2’de bu özellikler bireyin yaşam alanlarında ortaya çıkış şekillerine göre listelenmiştir.

Tablo 2: Dehb’li Yetişkinlerde Ortak Tarihsel Özellikler

İlkokul ve/veya ortaokulda zorluklar
Davranışsal sorunlar: Huzursuzluk, hiperaktivite, yıkıcı davranış, oturur vaziyette uzun süre duramama Potansiyeli gösterememenin ifade edilmesi, unutkanlık ya da aşırı aktiflik Akademik: Düşük performans, yetenekler ile başarı arasında tutarsızlık
Üniversite Performansı
Düşük başarı, büyük projeleri erteleme Mezun olamama ya da süreci erteleme, üst düzey bir eğitime katılmada zorluk
Mesleki Zorluklar
Başarısızlık, fazla devamsızlık, sık sık iş değiştirme Düşük verimlilik: Bir görevi tamamlamak için fazladan zaman isteme
Ev Problemleri
Dağınıklık, görevleri tamamlamama Erteleme El ve çocuklarla gergin ilişkiler Kişilerarası ilişkilerde bozukluk

Kaynak: Wilens, Prince ve Biedermann, 2008, s.275

Tablo 2'deki özelliklere bakıldığında, bireylerin geçmişlerinde ilkokul, ortaokul ve üniversitede, buna ek olarak mesleki yaşamda ve ev içerisindeki ortamda çeşitli sorunlar yaşadıkları görülmektedir. Bu boyutlardan üniversite yaşamındaki sorunlar, yaşamın önemli aşamalarından biri olması nedeni ile ayrıca bir önem arz etmektedir.

Dahası, yetişkinler bir ya da daha fazla başka bozukluğa sahiptir. Anksiyete, depresyon, uyku problemi, bipolar bozukluk ya da kişilik bozukluğu gibi (Kooji, 2013). DEHB'den kaynaklı ya da DEHB'yi tetikleyici işlev gösteren bu ikincil bozukluklar, zaman içerisinde başka psikiyatrik sorunların ortaya çıkma riskini de artırmaktadır. Bundan sonraki bölümde, bu bozukluklara değinilecek ve aynı zamanda DEHB'nin olası nedenleri tartışılacaktır.

1.4. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Nedenleri ve Eşlik Eden Bozukluklar

1.4.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Sebepleri

Genel olarak, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun ortaya çıkışında çevresel, genetik ve biyolojik faktörlerin önemli rol oynadığı kabul edilmektedir (Spencer ve diğerleri, 2002) ve DEHB'nin orijinal açıklaması doğum öncesi meydana gelen bir beyin hasarı olduğu yönündedir. Bu görüşün temeli, doktorlar tarafından öğrenme güçlüğü, düşük zeka ve çeşitli davranışsal problemi olan çocukları içeren “minimal beyin disfonksiyonu” veya “minimal beyin hasarı” terimini ortaya atılışına dayanmaktadır. Her ne kadar DEHB öğrenme engelleri ve davranış sorunlarından ayrılrsa da, sebebi henüz açık şekilde tanımlanmamıştır. Bunun yanında, söz konusu ayrılığa rağmen, yine bireylerde öğrenme güçlüklerine yol açan kronik bir bozukluk olduğu bilinmektedir. Ancak tek bir sebebe bağlanamayan DEHB, genetik ve çevresel çeşitli sebeplerden olan değişken bir bozukluktur (Buttross, 2007; s. 19). Konunun daha iyi anlaşılabilmesi açısından, DEHB'nin şimdiye kadar ortaya atılan olası nedenleri aşağıda açıklanacaktır.

1.4.1.1. Genetik

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun en yaygın kabul edilen nedenlerinden birisi genettir. Davranışsal ve moleküler düzeydeki çalışmalar sonucunda, genlerin DEHB

üzerinde etkisi olduğu (Faraone ve diğerleri, 1999; Kuntsi ve Stevenson, 2000; Johnston ve Mash, 2001) DEHB'nin belirli bir gende oluşan mutasyonlarla bağlantılı olduğunu görülmüştür (Buttross, 2007: 20).

İkiz ve evlat edinme ile ilgili çalışmalarda %75 kalımsal olduğu (Biederman ve Faraone, 2005) ve ailesinde DEHB'li olan kişilerin DEHB'ye yakalanma riskinin daha yüksek risk altında olduğu bazı çalışmalarda belirtilmiştir (Faraone ve diğerleri, 2000).

Her ne kadar DEHB için genetik yatkınlık ebeveynler, evlat edinme ve ikiz çalışmalarında görülsede, ebeveyninde DEHB olan bir çocukta bu bozukluğun her zaman gelişmesi beklenmemektedir. Ayrıca semptomlarda da çeşitlilik meydana gelebilmektedir ve mutasyon çeşitli genlerde ortaya çıkabilmektedir (Buttross, 2007: 20). Bu değişikliklerin bir sebebi de, yine mutasyonlara sebep olabilecek bir diğer önemli faktör olan çevreye dayanmaktadır. Sonraki bölümde de tartışılacağı üzere, özellikle hamilelik döneminde maruz kalınan çevresel etkiler ve annenin kötü alışkanlıkları, genetik boyutu da tetikleyici özelliğe sahiptir.

1.4.1.2. Çevre

Genetik faktörlerin yanı sıra, tüm rahatsızlıklarda olduğu gibi, çevrenin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda da payı olduğu görüşü yaygındır. Geniş bir kavram olan çevrenin etkileri de oldukça çeşitlidir. Gebelikte annenin aldığı dış etkilerin bebeğe yansması, kötü çevre koşulları, uygun olmayan yaşam alışkanlıkları gibi pek çok sebep bu başlık altında incelenebilir.

Gebelikte sigara ve alkol kullanımı, ayrıca kandaki kurşun düzeyindeki artış, beslenme ve küçük çocuklarda nefes alma problemlerinin DEHB ve öğrenme güçlükleri riskini artırdığı görülmüştür (Buttross, 2007: 22). Buna ek olarak, gözlemsel bir çalışmaya göre, gebelik döneminde sigara içen kadınların çocuklarında, DEHB riski, içmeyenlere kıyasla üç kat daha yüksek bulunmuştur (Froehlich ve diğerleri, 2009).

Kesin olmamakla birlikte, şeker tüketimi, beslenme tarzı, fazla tv izleme gibi faktörlerin de DEHB'ye sebep olabileceği düşünülmektedir (Buttross, 2007). Prosser'in (1997) çalışmasına göre ise, düşük sosyoekonomik düzeyde olan ailelerin çocuklarında dikkat

eksikliği hiperaktivite bozukluğuna yakalanma riski daha yüksektir (akt: Schmidt-Neven; Anderson ve Godber, 2002).

İlgili literatürde, yetişkinlerde DEHB'nin sosyoekonomik çıktılar ve ciddi fonksiyonel rahatsızlıklarla bağlantılı olduğu görüşü desteklenmektedir. Ayrıca erken dönem yaklaşımlarından birisine göre, bu tür hasarlara sebep olan kazalar geçirmiş çocuklar DEHB olarak kabul edilmekteydi, ancak günümüzde DEHB tanısı konulan çocukların küçük bir yüzdesi beyin hasarına sahiptir (Simon, 2009). Dolayısı ile, ekonomik koşulların yaşam koşullarını etkilemesi, bireyin yaşam koşulları nedeni ile maruz kaldığı çevresel etkileri de etkileyebilmektedir.

1.4.2. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ile Bağlantılı Diğer Bozukluklar

Önceki bölümde söz edildiği üzere, karşı gelme bozukluğu, çalma bozukluğu, duygudurum bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk da dahil olmak üzere anksiyete bozuklukları bazen dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile bağlantılı olabilmektedir. Bu durumdaki bozukluklar komorbid bozukluk olarak adlandırılmaktadırlar. Komorbid bozukluklar DEHB'nin yönetimini karmaşıktırmaktadır ve eğer birden fazla olursa psikiyatrik ya da psikolojik uygulama gerektirebilmektedir (Millichap, 2011). Dolayısı ile doğru tanı koyabilmek için bu bozuklukların bilincinde olmak yardımcı olacaktır.

Komorbid bozuklukların varlığı, aynı zamanda DEHB'de cinsiyete göre farklılıklar üzerine de incelenen bir faktördür. Öyle ki, semptomların kadın ve erkeklerde farklı seyretmesi nedeni ile tedavi yöntemleri de buna göre seçilmeye başlamıştır. Örneğin kadınlarda duygudurumda istikrarsızlık, anksiyete ve kişilerarası problemler baskınken, erkeklerde sözlü ve fiziksel agresyonu da içeren antisosyal davranışlar baskın olabilmektedir (Young ve Bramham, 2007, s. 7). Çalışmanın bu aşamasında, olası komorbid bozukluklar ve DEHB nedeni ile ortaya çıkabilecek sorunlara değinilecektir.

1.4.2.1. Sosyal İlişkiler

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu semptomları, bireyin sosyal yaşamını da olumsuz etkilemektedir. DEHB'li bireyler her ne kadar bilinçli şekilde iletişim kurmaya

çalışsalar da, sık yaşadıkları sorunlardan birisi yanlış anlaşılmalıdır (Young ve Bramhan, 2007). Ancak bu durum her zaman için doğru değildir. Yanlış anlaşılmasa bile bireyler bu şekilde düşünebilmektedir. Başarısızlıklar ve hatalar da bireyin zaman içerisinde sosyal ortamlardan kaçınmasına yol açabilmektedir. Kaçınma davranışı gösteren bireyler dışarı çıkmama, etkinliklere katılmama davranışları gösterebilmektedir. Tüm bunlar zaman içerisinde bireyin sosyal yaşamdan tamamen uzaklaşmasına yol açarken, aynı zamanda fobi de oluşturmaktadır (Gibbins ve Hunter, 2011). Bu nedenle yeni birisiyle tanışmaktan da çekinirler.

Bununla beraber, özellikle çocukluk döneminde olmak üzere karşı gelme bozukluğu ve çalma bozuklukları da görülebilmektedir. Karşı gelme bozukluğu olan çocuklar mizaç kaybı yaşama, yetişkinlerle tartışma, bir işi yapmayı reddetme, başkalarına bağırma, başkalarını suçlama, kolayca sinirlenme gibi belirtiler gösterebilmektedir (Millichap, 2011). Çalma bozukluğu da yine bireyin sosyal yaşamını olumsuz yönde etkileyecek bir problemdir. Ve dahası ilerleyen yaşlarda bireyin suça teşvik olma ihtimalini de artırabilmektedir.

1.4.2.2. Anksiyete

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile bağlantılı olarak açığa çıkan bir diğer bozukluk anksiyete bozukluklarıdır. Şemsiye kavram olan anksiyete bozuklukları, panik bozukluk, fobiler, obsesif kompulsif bozukluk, postravmatik stres bozukluğu ve genelleştirilmiş anksiyete bozukluğu'nu içermektedir (Millichap, 2011) ve bireylerde DEHB ile ilişkili olarak farklı şekillerde açığa çıkabilmektedir.

Çocuklarda DEHB'ye bağlı depresyon ve anksiyete öğretmenlerin ya da başka büyüklerin söylediğini yapamama durumundan dolayı ortaya çıkan üzüntü ve kaygı şeklindedir (Silver, 2004). Bu duruma örnek olarak DEHB'li birey, önceki tecrübelerine dayanarak az sonra katılacağı bir testte sorun yaşayacağını bilmesi nedeni ile anksiyete yaşayabilmektedir. Bunun yanında sık sık hata yapan bireyler, kendilerine karşı da sürekli eleştiri halindedir (Weiss, Gibbins ve Hunter, 2011) ve bu durum bireylerin özgüvenleri ve özsayıgılarına da zarar verebilmekte, aynı zamanda yeni işlere kalkışma ve bir şeyleri başarma isteklerini de bastırmalarına neden olabilmektedir.

Akademik problemler, okul başarısızlıkları ve kişiler arası ilişkilerde yaşanan sorunlarla dolu bir geçmişe sahip olan birey, zaman içerisinde anksiyete geliştirme eğilimi gösterebilmektedir. Ayrıca, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile bağlantılı olarak yeni ortama uyum sağlama zorluğu yaşayan bireyler, anksiyete faktörü göz önünde bulundurulduğunda, daha fazla strese maruz kalması uyumunda zorluklara neden olabilmektedir (Young ve Bramhan, 2007).

Anksiyete bozukluğuna ek olarak, DEHB'li bireyler, semptomlarla başa çıkabilmek için kendilerinde yeni ritüeller oluşturmaya başlarlar. Ve bu durum ileri aşamalarda bireyde obsesif kompulsif bozukluk ortaya çıkmasına yol açabilmektedir (Weiss, Gibbins ve Hunter, 2011).

1.4.2.3. Engelleme ve Öfke

DEHB'li bireyler, zaman içerisinde öfkeli tutumlar geliştirebilmektedir. Bunun bir nedeni çevresindeki herkesin onu yanlış anladığına ya da anlayacağına ilişkin önyargıdır. Bireyler bunlarla baş edebilmek için daha da olumsuz yaklaşımlar sergileyebilmektedir (Young ve Bramhan, 2007). Ayrıca yukarıda da söz edildiği gibi kendisine karşı eleştirel şekilde yaklaşarak, kendisini suçlayabilmekte ve hatta kendisine zarar verici davranışlarda da bulunabilmektedir. Çünkü her ne kadar denese de sosyal ilişkiler kurmayı beceremeyen ve çoğu zaman yanlış anlaşılabilir birey, kendini farklı yollarla ifade etme arayışına girecektir.

1.4.2.4. Düşük moral ve Depresyon

Yine geçmişten beri yaşanan sorunlar nedeni ile DEHB'li bireylerde depresif semptomlar görülebilmektedir. Özellikle bir yönergeyi takip edememe, plan uygulayamama ve başarısızlıklar bireyin duygu durumunun daha da olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir (Young ve Bramhan, 2007). Bunun yanında, yine DEHB kaynaklı anksiyete ve anksiyete nedeni ile yaşanan sorunlar ile başarısızlıklar da, bireyin moral düzeyini etkileyebilmekte, depresyona girmelerine neden olabilmektedir.

1.4.2.5. Uyku Problemleri

Bireyler DEHB'nin getirdiği huzursuzluk nedeni ile çok sık uyku Őikayetinde bulunabilmektedir. Bunun yanında DEHB kaynaklı depresyon ve tedavi sürecine ara verme (ilaç reddetme, ilaç kullanımına ara verme gibi) durumlar da uyku problemleri ile ilişkilidir (Young ve Bramhan, 2007).

Uykuya dalma sorunu, uyanık kalma, günlük faaliyetler için yeteri kadar uyanıklığı sürdürememe sorunları rapor edilmiştir (O'Brien ve Gozal, 2005).

1.4.2.6. Madde Kötüye Kullanımı

DEHB'li bireylerde madde kullanımı genellikle iki tip nedenden ileri gelmektedir. Birinci neden, DEHB'den kaynaklanan yüksek risk alma potansiyeli sayesinde ilaç ve benzeri maddelerin kişi tarafından denenmesidir. Diğer sebep ise, bireylerin bir yardım almadan ve danışmadan kendi kendilerini tedavi etmek amacıyla rastgele ilaç kullanmalarıdır (Young ve Bramhan, 2007).

Bununla beraber, DEHB tedavisinde kullanılan ilaçların da madde kötüye kullanıma sebep olabileceği yönünde tartışmalar sürerken, bir başka bakış açısına göre, çocukluk ve gençlik döneminde DEHB tedavisi görmeyen bireylerin, tedavi görenlere göre yetişkinlikte madde kötüye kullanımına daha hızlı geçiş yapacakları yönündedir (Millichap, 2011). Buna ek olarak, tedavi edilmeyen DEHB'li bireylerde, tedavi edilenlere göre madde kötüye kullanım riskinin iki kat fazla olduğu gözlenmiştir. Ve daha erken madde kullanımına başlamak da, bireyin daha fazla psikiyatrik rahatsızlık yaşamasına yol açmaktadır (Wilens, 2011).

Tüm bunların yanında, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile madde kötüye kullanımının benzer semptomlar gösteriyor oluşu, iki bozukluğun karıştırılmasına neden olabilmekte ve tanıyı zorlaştırmaktadır. Ancak bu noktada bireyin geçmişe yönelik bilgisi önem kazanmaktadır (Sobonski ve diğerleri, 2012). Ayrıca, DEHB'li bireylerin, olmayanlara göre üç yıl önceden madde kötüye kullanımına başladıklarını gösteren bir çalışma mevcuttur (UK Adult ADHD Network, 2013).

Tüm bu bilgilere bakıldığında, komorbite ve dikkat eksikliği hiperaktif bozukluğunun çift yönlü bir ilişki içerisinde görülebileceği söylenebilir. Daha ayrıntılı açıklamak gerekirse, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan bireyde meydana gelen sorunlar, anksiyeteye ve anksiyete de depresyona yol açabilmekte, bu da DEHB semptomlarını daha da tetikleyebilmektedir. Ya da uyku problemi olan bir DEHB'li depresyon yaşayabilirken, zıt yönden bakıldığında da, DEHB ile birleştiğinde depresyon da uyku bozukluğuna neden olabilmektedir. Dolayısı ile, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, kendisi dışına bir çok psikiyatrik bozukluğa neden olabilen ve bu bozuklukların zincir halinde yenilerinin eklenmesini tetikleyen yaşam boyu bir sorundur. Bu noktada, DEHB tanısının konulması, bireyin işlevsel açıdan olumsuz etkilenmesinin önüne geçmek ya da bu konuda gerekli uygulamaları yapmak açısından büyük öneme sahiptir.

BÖLÜM 2 : DEHB'İ AÇIKLAMAYA ÇALIŞAN KURAMLAR VE MODELLER

Kişinin gelişimini sosyal, duygusal ve bilişsel alanlarda etkileyen, erginlik ve erişkinlik dönemlerinde başka psikiyatrik sorunların eklenmesine zemin hazırlayan bir nöropsikiyatrik bozukluk olan Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nu (DEHB) (Biederman, 1998) çeşitli kuram ve modellerle inceleyerek açıklamaya çalışacağız. Bu bölümde dört ana başlıkta incelenecek olan DEHB, "Nöropsikolojik Yönden DEHB Kuram ve Modelleri", "DEHB'de Hayvan Modelleri Araştırmaları", "DEHB'i Açıklamaya Çalışan Dar Kapsamlı Model ve Kuramlar" ve "DEHB'i Açıklamaya Çalışan Geniş Kapsamlı Model ve Kuramlar" başlıklarına ayrılarak ele alınacaktır.

Bu bölümün ilk etabında DEHB, nöropsikolojik yönden incelenen kuramlarla, kuramsal bakış açıları ve değerlendirmeler göz önünde bulundurularak işlenecek, daha sonra hayvan modelleri ile gerçekleştirilen araştırmalar ile açıklanmaya çalışılacak, ardından ise dar ve geniş kapsamlı model ve kuramlarla ele alınacaktır.

2.1. Nöropsikolojik Yönden DEHB Kuram ve Modelleri

Günümüzde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) olarak adlandırılan klinik tablo ile örtüşen çocukluk çağı davranış patolojisi 1902'de İngiliz çocuk hekimi Still tarafından tanımlanmıştır (Swanson ve ark. 1998a). Geçen yüz yılı aşkın süre boyunca DEHB hakkında pek çok kuram ve model öne sürülmüş, DEHB'in temelinde yatan sebepler hakkında birçok inceleme ve araştırma paylaşılmıştır. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu konusundaki bu tarz çalışmalardan nöropsikolojik yönden DEHB'i inceleyen kuram ve modelleri tartışacağımız bu bölümde, DEHB hakkındaki çalışmalardan ve incelemelerden yararlanacağız.

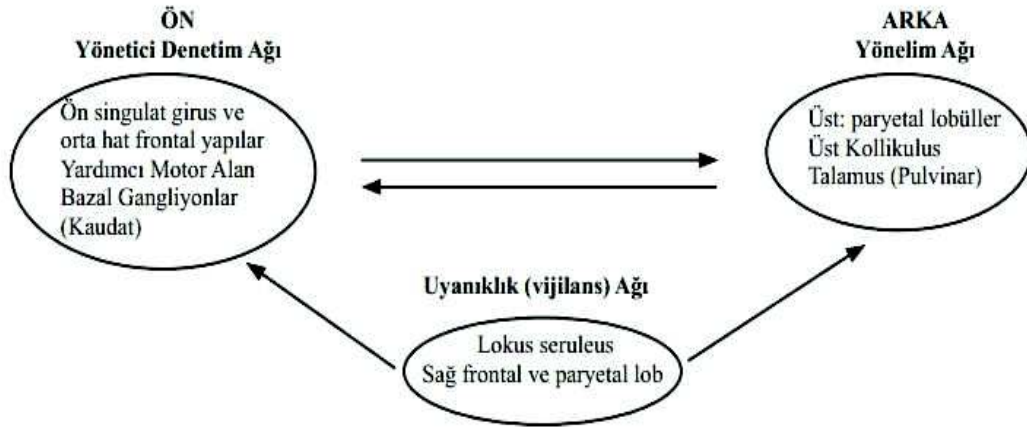
2.1.1. Posner'in Dikkat Modeli

Posner ve Petersen (1990) tarafından geliştirilen dikkat modelinde ön ve arka olmak üzere iki dikkat sistemi ön plana çıkmaktadır. Yönelim mekanizmasını (orienting) harekete geçiren arka dikkat sisteminde; arka paryetal korteks, üst kollikulus ve talamik pulvinar çekirdeği bulunmaktadır. Arka paryetal korteks, dikkatin hedeften ayrılmasında

rol oynarken, üst kollikulus dikkatin hedefe çekilmesini, pulvinar ise dikkatin hedefte kalmasını sağlar. Ön dikkat sisteminde, uyarının belirlenmesinde ve hedefe yönelik davranış denetiminde etkili olan ön singulat girus ve orta hat frontal lob yapıları bulunmaktadır.

Posner'in Dikkat Modeli birbiriyle bağlantılı üç sinir ağıyla açıklanmaktadır (Posner ve Raichle 1997, Berger ve 115 Posner 2000). Bu ağlar; hedefe yönelik davranış denetimi, hata saptama ve çatışmaların çözülmesi görevlerinde bulunan "yönetici denetim", tepki için tetikte bulunan ve uyanıklığın sürdürülmesinde etkili olan "uyanıklık" ve dikkatin hedefe yönlendirilmesinde rol oynayan "yönelim" ağlarıdır. Dikkat sistemleri kavramının, birçok nöropsikiyatrik bozukluğun yanı sıra DEHB'ye de yeni yaklaşım tarzları kazandıracığı ve dikkatin sürdürülmesini denetleyen sağ yarıküre mekanizmalarının, DEHB'deki temel eksikliği açıklayabileceği ileri sürülmektedir (Posner ve Petersen 1990, Berger ve Posner 2000, Stefanatos ve Wasserstein 2001, Carter ve ark. 1995).

Posner'in Dikkat Ağları Modeli (Posner ve Petersen 1990, Posner ve Raichle 1997).



Şekil 2 : Posner' in Dikkat Ağları Modeli

2.1.2. Mesulam'ın Dikkat Modeli

Bu sinir ağı kuramında dikkat, sağ yarıkürenin baskın role sahip olduğu, üç kortikal odaklı bir ağla açıklanmaktadır (Mesulam 1988, Mesulam 1990). Dikkatin odaklanması, duyuşal ve güdülenimle ilgilidir. Bu bileşenlerden birinde veya ara bağlantılarındaki zedelenme karşı tarafta görsel uzaysal ihmal (visuospatial neglect) sendromuyla sonuçlanabilmektedir (Weintraub ve Mesulam 1987, Mesulam 1988). Bu bağlamda yapılan çalışmalarda odaklanması, duyuşal ve güdülenimle ilgili bileşenleri bulunan ağ, bileşenlerinden birinde veya ara bağlantılarındaki zedelenme karşı tarafta görsel uzaysal ihmal (visuospatial neglect) sendromuyla sonuçlanabilmektedir (Weintraub ve Mesulam 1987, Mesulam 1988). Bu bağlamda yapılan çalışmalarda DEHB olan çocukların görsel uzaysal yeteneklerinde azalma olduğu bildirilmektedir (Voeller ve Heilman 1988, Swanson ve ark. 1991, Öktem ve Sonuvar 1993, Soykan 1991, Erman 1997, Erdoğan 1999, Güneş 2002). Uzaysal ihmali değerlendirmek üzere yapılan Çizgi Bölme ve İşaretleme gibi testlerle elde edilen sonuçlar ve sağ yarıküre hasarlı yetişkinlerde saptanan bulgular karşılaştırılarak aradaki benzerlikler saptanmış ve DEHB'de, bireyin küçük yaşlarda sağ yarıküresinde zedelenme yaşamasının etkili olabileceği öne sürülmüştür.

2.1.3. Mirsky'nin Dikkat Modeli

Dikkat işlevleri hakkında birçok kişiyle nöropsikolojik testler gerçekleştiren Mirsky (1996), test verilerinin sonuçlarına göre dikkat işlevlerini; odaklanma/yönetme, sürdürme, sabitleme, kaydırma, kodlama olarak sınıflandırmıştır. Mirsky bu model ile, dikkat işlevlerinin nöropsikolojik testler ile ölçülebilir olduğunu ve testlerin sonuçlarıyla bir "Dikkat Bataryası" oluştuğunu öne sürmüştür. Bu model temel alınarak DEHB'li çocuklar değerlendirilmiş, bataryada yer alan birçok testte DEHB'li çocukların, normal kontrol grubuna göre düşük başarı gösterdiği saptanmıştır (Mirsky ve ark. 1999).

2.1.4. Durum Düzenleme Kuramı

Durum Düzenleme Kuramı, DEHB'li çocuklar ile gerçekleştirilen deneysel çalışmalar ve çocukların doğal ortamlarında dışarıdan verilen uyarı ve desteklerle DEHB'li

çocukların olumlu yönde etkilendiğini deneyimlemiş olup, DEHB'li çocuklardaki ketleme bozukluğunun durumsal nedenlerden kaynaklandığını ileri sürmektedir. DEHB'de yapısal bilgi işleme süreçlerinden farklı olarak, dikkat denetiminde uyarılmışlık (arousal), aktivasyon ve çabayı (effort) esas alan enerjik mekanizmaların açıklayıcı olabileceği ileri sürülmüştür (van der Meere ve ark. 1999, Kuntsi ve ark. 2001, Börger ve van der Meere 2000). Bu modele göre; DEHB'de bilişsel yeteneğin kullanımındaki sorun temel bilgi işleme kapasitesinde değil, durum etkenlerindedir. Durum düzenleme ile Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu yaşayan çocukların farklı durumlarda farklı uyarıcılara farklı reaksiyonlar verdikleri gözlemlenebilmektedir.

2.1.5. Bilişsel-Enerjik DEHB Modeli

Bilişsel-Enerjik DEHB Modeli'ni oluşturan Sergeant (2000), dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu için "dürtüsellik" bileşenini temel araştırma konusu edinmek gerektiğini ve tepkilerin ertelenmesindeki yetersizliğin davranışsal ketleme ile ilişkili olduğunu savunarak, bu etkenlerin DEHB'e ortam hazırladığını ileri sürmektedir.

Bilişsel-Enerjik DEHB Modeli'ne göre, ketleme durumunun kökeninde "yetersizlik" bulunmaktadır, "çaba" kaynaklar yeterli olmadığında devreye girmektedir ve bilişsel yük gibi etkenler çabayı etkileyici pozisyondadır.

Sergeant, (2000) DEHB'yi sadece ketleme bozukluğu ve prefrontal yapılarla açıklayan (Barkley 1997) yaklaşımların, arka dikkat ağlarını değerlendirmedeğini düşünmektedir. Bilişsel-Enerjik DEHB Modeli'nde, hipotalamusa dikkat çekilmesi, dikkat bileşenlerinin çok boyutlu ve etkileşim içinde olmalarına vurgu yapmaktadır.

2.1.6 .Bilişsel-Davranışçı DEHB Modeli

Sonuga-Barke (2002), DEHB hakkında oluşturulan temel kuramları ikili yolak modeli ile birleştirerek Bilişsel-Davranışçı DEHB Modeli'ni ileri sürmüştür. Ertelemeye katlanamama ve ketleme denetim bozukluğunun DEHB'in temelini oluşturan iki farklı durum olduğunu savunmaktadır.

Bilişsel-Davranışçı DEHB Modeli'ne göre, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun birbirinden farklı ve bağımsız olan iki alt tipi bulunmaktadır. Birinci tip, ezokortikal sistemi ile ilişki olan ketleme bozukluğudur. İkinci tipte ise, güdülenimle ilgili bir kaynak görülmektedir. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'na temel oluşturan bu iki tip kaynak belirti düzeyleri ve kökenleri ile birbirinden ayrılmaktadır.

2.2. DEHB'de Hayvan Modelleri Araştırmaları

Yüksek sistolik kan basıncına sahip deney hayvanları spontan hipertansif sıçanlar (SHS) en çok çalışılan hayvan modelidir (Paule ve ark. 2000, Russell 2002, Berger ve Sagvolden 1998). Yapılan testlerde, yüksek sistolik kan basıncına sahip farelerin, kan basıncı normal olan farelere göre daha hareketli oldukları gözlemlenmiştir. Deney hayvanlarının hareketsiz kalacakları süre 8 saniyeden 8-10 saniyeye çıkarılmış, zaman artırımını ile birlikte yüksek sistolik kan basıncına sahip farelerin hareketsiz kalamadıkları saptanmış ve bu durum, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu yaşayan çocuklardaki aşırı hareketli hâl ile ilişkilendirilmiştir.

Yapılan deneylerde, yüksek sistolik kan basıncına sahip deney hayvanlarının, normal kan basıncına sahip diğer hayvanlara göre; erken pekiştireçlere yöneliminin daha fazla olduğu saptanmış, bu durum da Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu yaşayan çocukların küçük ama erken ödülleri, büyük ama ileride verilecek olan ödüllere yeğlemesi ile benzeleştirilmiştir. SHS'lerin ardışık yinelemeleri gerektiren görevlerden çok değişkenlik gerektiren görevlerde daha başarılı oldukları gözleminin de DEHB'li çocuklarda tanımlanan bulgulara benzediği ileri sürülmektedir (Paule ve ark. 2000).

Deney fareleri üzerinde gerçekleştirilen hayvan deneyleri, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu oluşumunda, beyincik hasarının gerçekleştiği dönemin, yapısal ve işlevsel sonuç farklılıkları doğrduğunu ortaya koymuştur. Yapılan deneylerde, erken dönemlerde yaşanan zedelenmelerin, geç dönemde yaşanan zedelenmelere göre daha ağır sonuçlar doğurduğu gözlemlenmiştir.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun cinsiyetler arası dağılım ve davranış farklarını gözlemek üzere deneysel çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Deneysel

çalışmalarda, dişi SHS'lerde dikkatle ilişkili ayırt etmeyi öğrenme sorunlarının, erkek SHS'lerde ise hiperaktif ve dürtüsel davranış örüntüsünün olduğu saptanmıştır (Berger ve Sagvolden 1998). Hayvan modellerinde cinsiyetler arasında erken gelişimsel dönemde striyatal dopamin reseptör yoğunluğu ve lateralizasyonunda saptanan farkların, DEHB'nin erkeklerde daha sık görölmesini açıklayabileceği ileri sürölmektedir (Andersen ve Teicher 2000).

2.3. DEHB'i Açıklamaya Çalışan Dar Kapsamlı Model ve Kuramlar

Bu bölümde DEHB'i açıklama çalışan dar kapsamlı model ve kuramları inceleyeceğiz. Bu modeller DEHB'in kısıtlı bir bölümünü ele almaktadırlar. Bunlar; "Merkezi Sinir Sisteminde (MSS) Düşük Uyarılmışlık Düzeyi Modeli", "Optimal Uyarım Kuramı", "Ketlemede Kaygı Modeli", "Düşük-Etkinlikli Dopamin Kuramı" ve "Frontal Disfonksiyon Modeli"dir (Karakaş, 2008b).

2.3.1. Merkezi Sinir Sisteminde (MSS) Düşük Uyarılmışlık Düzeyi Modeli

Satterfield ve Cantwell (1974) Merkezi Sinir Sisteminde Düşük Uyarılmışlık Düzeyi Modeli ile Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nu incelemiş, bu anlamda yeni veriler ortaya koymuşlardır. Satterfield ve Cantwell (1974) yaptıkları araştırmalarda, merkezi sinir sisteminde uyarılmışlık düzeyinin DEHB olgularında düşük olduğunu ortaya koyarak, ileri sürdükleri modeli destekleyen bir veri elde etmişlerdir.

2.3.2. Optimal Düzeyde Uyarılma Kuramı

Optimal Düzeyde Uyarılma Kuramı, Zentall ve Zentall'ın (1983) DEHB'in oluşum faktörünün düşük düzeyde uyarılma olduğunu öne sürmektedir. Bu kurama göre, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'ndaki aşırı hareketlilik hali, uyarılma düzeyini yükseğe çekmek içindir. Düşük düzeyde uyarılma nedeniyle meydana gelen Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluluğu, aşırı derecede bir hareketlilik doğurarak, düşük düzey uyarımını dengeli seviyeye çekmeye, bu nedenle de kendi kendini uyarmaya çalışır. Optimal Düzeyde Uyarılma Kuramı'na göre, organizmanın belirli bir uyarılma düzeyinde kalması gerekmektedir ve düşük düzeyde uyarılma durumlarında, organizma

daha çok uyarılmaya ihtiyaç duyar ve DEHB'de bu uyarılma ihtiyacını birey, kendi hareketliliğini artırarak gidermeye çalışır.

2.3.3. Ketlemede Kaygı Modeli

Gray (1970, 1981, 1987) tarafından geliştirilen Pekiştirme Duyarlılığı Kuramı (Reinforcement Sensitivity Theory: RST), Quay ve Gray (Quay, 1988, 1996) tarafından DEHB'e uygulanmıştır (akt., Karakaş, 2008b). Pekiştirme Duyarlılığı Kuramı'nda, üç bileşen bulunmaktadır: Davranışsal Yaklaşma Sistemi (Behavioural Approach System: BAS), Davranışsal Ketleme Sistemi (Behavioral Inhibition System: BIS) ve Savaş-Kaç-Dona Kal Sistemi (The Fight – Flight - Freeze System: FFFS) (akt., Corr, 2008).

BAS, ödül odaklı, yönelim sağlayan bir sistem iken BIS, "tehlikeden kaç" kaygısını ortaya çıkaran bir "ceza sistemi" olarak düşünülebilir. BIS'in ortaya çıkardığı kaygı duygusu davranışın ketlenmesi sürecini başlatır. FFFS ise yaşanan kaygı ve güvenlik ihtiyacı arasındaki dengeye yardımcı olmaktadır.

Quay ve Gray (Quay, 1988, 1996) tarafından DEHB'e uygulanan modele göre DEHB'in oluşmasında yetersiz (underfunctioning) BIS'in; DEHB'in çekirdek belirtilerinde ise BAS'nin rolü olduğu öne sürülmektedir (Karakaş, 2008b). Ketlemede kaygıyı temel alan modele göre DEHB'in temelinde, davranışsal ketleme sistemi vardır.

2.3.4. Düşük-Etkinlikli Dopamin Kuramı

Düşük-Etkinlikli Dopamin Kuramı, Sagvolden ve Sergeant (1998) tarafından geliştirilmiştir. Kurama göre; DEHB'in kökeninde dopaminerjik sistemdeki yetersizlikler bulunmaktadır. Düşük-Etkinlikli Dopamin Kuramı, mezokortikolimbik yolaktaki düşük-etkililiğin dürtüselliğe neden olarak aşırı hareketliliği meydana getirdiğini ve bu sebeple dikkati hedefte tutmada kırılmalar yaşandığını; nigrostriatal yolaktaki düşük-etkililiğin ise ekstrapiramidalliğe neden olarak, tepki kontrolünde kırılmalara ve vücutta koordinasyon bozukluğuna yol açtığını savunmaktadır.

2.3.5. Frontal Disfonksiyon Modeli

Frontal Disfonksiyon Modeli, Stuss ve Benson (1986) ile Benson'ın (1991), Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun nedenini, prefrontal bölgenin görevini yerine getirememesine bağladıkları modeldir. Bu modele göre, prefrontal bölge, dizileyebilme işlevini yerine getiremediğinde, bu durum önemli dikkat bozukluklarına neden olur. Prefrontal bölgenin görevleri arasında dürtü kontrolünü sağlamak da yer almaktadır. Prefrontal bölge dürtü kontrolünü sağlayamadığında, dikkat eksikliğindeki dürtü kontrolü bozukları ortaya çıkar. Prefrontal bölgenin bir diğer görevi bilişsel kontrolü sağlamaktır. Bilişsel kontrolün sağlanamaması ise; DEHB'li bireylerin, sözlerinin ve davranışlarının gelecekte sebep olacakları durumları öngörememelerine neden olur.

2.4. DEHB’i Açıklamaya Çalışan Geniş Kapsamlı Model ve Kuramlar

Bu bölümde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nu açıklamaya çalışan geniş kapsamlı model ve kuramları ele alacağız. Bunlar Bütünleştirici Kuram, Çifte Yolak Modeli, Bilişsel Enerjetik Model, Kavramsal Hipotetik Model ve Yönetici İşlevlerin Hibrid Nöropsikolojik Modeli'dir (Karakaş, 2008b).

2.4.1. Bütünleştirici Kuram

Nigg ve Casey (2005) tarafından geliştirilen ve bilişsel-duygusal nörobilimlerin bütünleştirilmesiyle oluşturulan Bütünleştirici Kuram, DEHB'in birbirinden farklı üç nöral devreyle açıklanabileceğini ileri sürmektedir. Bu devrelerden ikisi, “ne”yin (frontostriatal devre), “ne zaman” (frontoneoserebellar devre) olabileceğini öğrenme işlevlerini görmektedir. Üçüncü nöral devre ise yaklaşma-kaçınma eylemlerini açıklayan frontoamigdala devresidir. Frontostriatal fonksiyon (ne), yeni gerçekleşen bir olayın algılanması görevini görürken, frontoserebellar fonksiyon (ne zaman) eylemlerin zamanla ilişkilerinde etkilidir. Bütünleştirici Kuram'a göre "ne" ve "ne zaman" devreleri bireyin zaman-eylem ilişkisini nitelendirerek "zamansız davranışlarını bastırabilme" güdülerini harekete geçirmektedir.

Nigg ve Casey'e (2005) göre Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu yaşayan bireylerin davranışlarının sabit olması, korteks altı yapılardan kaynaklanan "doğru

tahmin edememe - değerlendirememe" durumu ile ilgilidir. DEHB'li bireylerde öngörülen durumlar asıl durumla denk olmadığı zaman, asıl duruma denk olacak yeni bir davranış doğurma ihtiyacı ortaya çıkmaz. Bu durum, korteksle bağlantılı olan "önemsememe" durumuyla ilişkilidir. DEHB'li bireylerin davranışsal sabitliklerinin nedeni, yukarıda bahsi geçen devrelerdeki bozulmalardan kaynaklanmaktadır. Bütünleştirici Kuram'a göre bu bozulmalar, "ne" ve "ne zaman" öngörülerindeki hatalara yol açarak Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'na neden olmaktadır. DEHB'li bireyler, beklemedikleri bir olayla karşılaştıklarında bu durumu tanımlamada zorluk yaşarlar ve duruma ilişkin davranışı geliştirmekte zorlanırlar. Hatalı bir davranış sergilemelerinin ardından, bu hatayı fark ederler ancak yerine ikame davranışı koymak için harekete geçmesi gereken mekanizma hayli gecikebilir. DEHB'li bireylerin "uyumsuzluk" olarak nitelendirilen davranışları bu faktörlerden kaynaklanmaktadır.

2.4.2. Çifte Yolak Modeli

DEHB'i açıklamaya çalışan diğer bir geniş kapsamlı model Çifte Yolak Modeli'dir (Sonuga-Barke, 2002). Çifte Yolak Modeli, yetersiz ketleme kontrolü ve gecikmenin iticiliği (delay aversion) faktörleri birleştirilerek oluşturulmuştur. Bahsi geçen "çifte yolak", Bilişsel ve Davranışsal Disregülasyon Yolağı (Cognitive and Behavioral Dysregulation Pathway) ve Güdüsel Stil Yolağı'ndan (Motivational Style Pathway) meydana gelmektedir.

Bilişsel ve Davranışsal Disregülasyon Yolağı (Cognitive and Behavioral Dysregulation Pathway) ve Güdüsel Stil Yolağı (Motivational Style Pathway) dopaminerjik sistemde bulunmaktadır. Bu yolaklarda meydana gelen bozulmalar DEHB'teki belirtilerle yakından ilişkilidir (Karakaş, 2008b).

2.4.3. Bilişsel Enerjetik Model

Sergeant (1995; 1996; 2000) tarafından geliştirilen Bilişsel-Enerjetik Model, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nu birbirinden bağımsız üç süreç ile ilişkilendirmiştir. Bu süreçlerden ilki, dikkat bozukluğunun kaynağı ile bağ kurduğu düşünölen işlemsel süreçlerdir (computational processes). İşlemsel süreçler, uyarıcıların kodlanması, belleği tarama, karar verme ve motor tepkilerin düzenlenmesinden

oluşmaktadır. Bu süreçlerden motor sürecinin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nu etkilediği düşünülmektedir. Bilişsel Enerjetik Model'deki ikinci süreç ise, enerji ile ilişkilidir. Modelde, durumsal etkenler (state factors) olarak tanımlanan üç farklı enerji havuzundan bahsedilmektedir. Bu havuzlar; fizyolojik tepki ile ilişkili olan "genel uyarılmışlık havuzu", fizyolojik aktivite ile ilişkili olan "aktivasyon havuzu" ve görev için kullanılacak enerji miktarını belirleyen "çaba havuzu"dur. Bilişsel Enerjetik Model, aktivasyon havuzunun doğrudan, çaba havuzunun ise dolaylı olarak Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nu etkilediğini savunur. Modeli oluşturan üç bağımsız süreçten bir diğeri, "yönetici işlevler" ile ilişkili bulunan ve tepki ketleme, tepki erteleme ve stratejik planlama gibi zihinsel devinimlerden sorumlu olan düzeydir. Bu düzey, hedefe ulaşmak için ortaya çıkacak sorunlara yönelik çözüm stratejilerinin korunması olarak da tanımlanabilir. Bu düzeydeki "ketleme" durumunun Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ile doğrudan ilişki içinde olduğu öne sürülmektedir.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'na değinen diğeri bazı modellerde olduğu gibi Bilişsel-Enerjetik Modeli'nde de, "davranışsal ketleme" ve "tepkilerin ertelenmesindeki yetersizlikler" in DEHB'le ilişkisi üzerinde durulmaktadır. Fakat Bilişsel-Enerjetik Modelin diğeri model ve kuramlardan farkı ketleme yetersizliğini, görevi gerçekleştirecek enerjinin yetersiz olmasıyla açıklamasıdır.

2.4.4. Kavramsal Hipotetik Model

Levine (1992) tarafından geliştirilen Kavramsal Hipotetik Model, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun üç başlıkta incelenebileceğini savunmaktadır. Modele göre DEHB'i tetikleyen üç durum bulunmaktadır. Bunlardan ilki, doğuştan gelen veya kazanılmış birincil dikkat bozuklukları, ikincisi birincil duygulanım bozuklukları, üçüncüsü ise öğrenme güçlüğü vb. gibi bilişsel bozuluklardır. Duygulanım bozukluğu ve bilişsel bozukluklar DEHB'li bireylerin sosyal alan davranışlarını ve öğrenme kabiliyetlerini etkiler. Bu nedenle Kavramsal Hipotetik Model, tezimizin konusu olan "üniversite öğrencilerinde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı ve DEHB'in öğrenim hayatlarına etkisi" ile de doğrudan ilişkilidir. Bu bağlamda, Kavramsal Hipotetik Model, erişkin bireylerdeki öğrenim zorluğu konusuna doğrudan doğruya kaynak oluşturacaktır. Levine'e (1992) göre, duygulanım ve bilişsel kaynaklı bu

bozukluklara doğru müdahale gerçekleşmezse bu sorunlarla birlikte ikincil dikkat problemleri de ortaya çıkacaktır.

2.4.5. Yönetici İşlevlerin Hibrid Nöropsikolojik Modeli

Barkley (1997, 2006) tarafından geliştirilen Yönetici İşlevlerin Hibrid Nöropsikolojik Modeli'ni **Nöropsikolojik Yönden DEHB Kuram ve Modelleri** başlığı yerine **DEHB'i Açıklamaya Çalışan Geniş Kapsamlı Model ve Kuramlar** başlığı altında incelememizin sebebi, modelin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nu inceleyen oldukça geniş kapsamlı bir model olmasıdır.

Yönetici İşlevlerin Hibrid Nöropsikolojik Modeli, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun temel sebebinin doğrudan "ketleme bozukluğu" ile ilgili olduğunu öne sürmektedir. Barkley'e (1997, 2006) göre DEHB'i açıklarken; Sözel olmayan ÇB, dilin içselleştirilmesi (sözel ÇB), kendini düzenleme (self-regulation) yeteneği, planlama ve üretme (reconstitution) olmak üzere dört yönetici işlev (executive functions: EF) kullanılır. Yönetici İşlevlerin Hibrid Nöropsikolojik Modeli, modeli oluşturan bu dört yönetici işlevin ortak noktasının "ketleme" olduğunu savunmaktadır.

Barkley (1997, 2006) modelin temelini, birbiriyle etkileşim halinde ancak birbirinden bağımsız da olan üç ketleme türünün oluşturduğunu söyler. Bu ketleme türleri; potansiyel bir davranışın ketlenmesi (inhibition of a prepotent response), sürmekte olan bir davranışın ketlenmesi (inhibition of an ongoing response) ve engelleme yaratan etkinin kontrolüdür (interference control). Barkley (1997, 2006) "potansiyel davranış"ı, hızlı bir şekilde pozitif veya negatif olarak tanımlanabilen "davranış" olarak tanımlar. Barkley'e göre (1997, 2006) bu ölçüdeki bir davranışı ketleyememe durumu, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'na temel oluşturan bilişsel bozukluktur. Ketleyememe durumu, hedefe yönelik motor davranışlarda kontrolün yitirilmesine neden olur ve bu kontrolün yitirilmesi de DEHB'te etki yaratır.

Yönetici İşlevlerin Hibrid Nöropsikolojik Modeli'nin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nda temele indiği alan "aşırı hareketlilik ve dürtüsellik"le ilişkili DEHB türleridir. Yönetici İşlevlerin Hibrid Nöropsikolojik Modeli, çaba, uyarılmışlık,

aktivasyon veya çeşitli yönetici fonksiyonlardaki bozulmalarda DEHB'i açıklar (Kaplan ve Stevens, 2002).

2.5. DEHB'i Açıklamaya Çalışan Kuram Ve Modellerin İncelenmesi

Çocukluk döneminde sıkça görülen ve yetişkinlik döneminde de izleri devam eden DEHB'in oluşum nedenleri günümüzde hâlâ tam olarak saptanamamış olmakla birlikte, konulan tanılar fenomenolojik temele dayandırılmaktadır. Bugün hiçbir psikometrik ya da organik değerlendirme bulgusu tanı koydurucu olarak kabul edilmemektedir (APA 1994). Fakat günümüzde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu üzerine çeşitli çalışmalar artarak devam etmekte, DEHB'in oluşumuna temel hazırlayan faktörler konusunda çeşitli bilgi ve araştırmalar birikmekte ve bu incelemeler gelecekte daha temel sebeplere incek modellere kaynak oluşturmaktadır. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nu inceleyen çalışmalar ile DEHB araştırmalarında kaynak görevi gören kuramsal biçimler oluşturulmaktadır. Bu modeller arasında zaman zaman tutarsızlıklar ve çatışmalar yaşansa da, kazanılan bulgular sayesinde dikkat çekici veriler de elde edilmiştir.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nu inceleyen çalışmalar sayesinde, DEHB'in temelinde olabileceği düşünülen birçok sorun, bozulma, yetersizlik vb. durumlar öne sürülmüştür. DEHB'i açıklamaya çalışan model ve kuramların bundan sonraki süreçlerinde, bu biçimler kaynak alınmalı, araştırmalar erken dönem ve erişkin dönemdeki Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nu da kapsayacak şekilde genişletilmelidir. Böylece, mustarip oldukları DEHB'den bihaber, öğrenim hayatlarında zorluk yaşayan bireyler için de gelişmiş DEHB model ve kuramları ortaya çıkacak, bu sayede DEHB'li bireylerin aile, eğitim, iş ve sosyal yaşantılarındaki uyum zorlukları azalmaya başlayacaktır.

2.6. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun Görülme Sıklığı

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu görülme sıklığı, farklı araştırmalarda farklı sonuçlar ortaya koymaktadır. DSM-IV tanı ölçütlerine göre çocuk ve ergenlerde sıklığı % 5-10, yetişkinlerde ise %4 kadardır (Faraone vd., 2003). Amerika Birleşik Devletleri'ndeki araştırma sonuçlarına göre bu bozukluğun okul çocuklarındaki (6-12

yaş arası) sıklığı genel olarak %4-12 arasında olduğu bildirilmiştir (Brown vd., 2001). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun ülkemizdeki tedavi oranlarına baktığımızda DEHB'li çocuk ve ergenlerin tedavi oranının %5 olduğunu görürüz. 6-18 yaş arası çocuk ve ergen nüfusunun yaklaşık 15 milyon olduğu ve DEHB'li %5'in tedavi edilmesi gerektiği düşünüldüğünde, ülkemizde tedavi görmesi gereken çocuk ve ergen sayısı 750.000'dir ancak 2004 yılı şubat ayı verilerine göre ülkemizde tedavi gören DEHB'li çocuk ve ergenlerin sayısı yalnızca 4000'dir. CDC (Center's of Disease Control and Prevention-Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi) verilerine göre DEHB'li çocuklar tedavi edilmeme eğilimindedir.

Farklı araştırmalar ve farklı toplumlar üzerinde değişken sonuçlar ortaya koyan Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun ülkemizde, yetişkinlerde görülme sıklığının %4 gibi ciddi bir oranda olması, DEHB'li bireylerin arasında üniversite çağında öğrenim hayatını sürdürmekte olan gençlerin de yoğun olduğunu hatırlatmaktadır.

Geçmişte yalnızca çocuklarda görülen bir rahatsızlık olarak kabul edilen Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun yakın zamanda yapılan çalışmalar ile %50-70 oranlarında, erişkinliğe kadar devam edebildiği ortaya konulmuştur. DEHB'li erişkinler okul - iş hayatlarında çeşitli adapte sorunları yaşamakta, bu sorunlarını aile ve sosyal çevrelerine de yansıtmaktadırlar. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu yaşadığı saptanamayan erişkin bireyler, herhangi bir tedavi altına alınmadıkları için sosyal yaşamlarına uyum göstermekte zorlanıp zararlı maddelere yönelebilir ve intihar eğilimi ya da şiddet gibi çeşitli psikolojik sorunlar yaşayabilirler. DEHB'li erişkinlerin yoğunluğunu gösteren bu araştırmalar, DEHB'li bireylere tanı konulması, konulan tanının ardından tedavi altına alınmaları ve tedavi sürecinde topluma uyumlarını düzenleyebilmek adına oldukça önemlidir.

Yapılan araştırmalarda çocuklarda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun görülme oranının cinsiyetler arası farklılık gösterdiği saptanmıştır. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu kız ve erkek çocuklarında farklı oranlarda ortaya çıkmaktadır. Bu farklılık ortalama olarak, erkeklerde kızlardan dört kat fazla olarak belirlenmiştir (4:1) (Semerci vd., 2008:s54). DEHB görülme sıklığının erkeklerde kızlara göre dört kat fazla olması ile birlikte görülen DEHB tiplerinde de farklılıklar gözlemlenmektedir.

Erkeklerde aşırı hareketlilik, yıkıcı davranışlarda bulunma ve dürtüsellik belirtileri gösteren tip daha fazlayken, kızlarda ise daha çok dikkatsizlik belirtilerini gösteren tipin daha fazla olduğu bilinmektedir (Ercan ve Aydın, 2007). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu erkeklerde daha dışavurumcu bir şekilde ortaya çıkarken, kızlarda içe dönük zarar veren etkiler gözlemlenmektedir. Aynı sorunun, cinsiyetler arası dışa ve içe dönük farklı tepkilerle yansıtılması, ataerkil toplum anlayışlarıyla açıklanabilir. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu yaşayan kızlarda, yaşanan bozukluk yalnızca içe dönük olarak yansıtıldığı için genellikle durum fark edilememekte ve kız çocukları konu ile ilgili bir uzmana yönlendirilememektir. Erkeklerde ise Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, DEHB'li erkeklerin davranışlarının engellenmesi ile dış dünyaya şiddetli tepkiler vererek ortaya çıkmakta, engellenme durumunda aşırı reaksiyonlar gösterilmektedir. Bu nedenle, dışa dönük tepkiler ortaya koyan erkek çocuklarının Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu yaşadıkları daha kolay tespit edilmekte ve erkek çocuklar aileler tarafından daha hızlı ve yaygın bir şekilde uzmanlara yönlendirilmektedir. Her iki cinste de DEHB belirtileri aynıyken DEHB sonuçlarının cinsiyetlere göre şekilleniyor olması, toplumsal düzenin cinsiyetlere yüklediği farklı roller ve cinsiyetlere gösterdikleri farklı müsamahalar ile açıklanabilir.

Çocukluk döneminde, kız ve erkek çocukları Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu görülme oranları arasında 4 kat fark vardır ancak bu farkın DEHB'li erişkin bireylerde kapandığı görülmektedir. Yaşla birlikte cinsiyetler arasındaki DEHB görülme oranının kapanmasının sebebi, kadınlarda dikkat eksikliği belirtilerinin baskın şekilde ortaya çıkmasıyla ve bu nedenle bir uzmana görünerek tedavi olma ihtiyacının doğmasıyla açıklanabilir.

2.7. DEHB ve Beyin İlişkisi

Yüz yılı aşkın süre boyunca tıp çevreleri tarafından incelenen Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun temelinde, beyin odaklı hasarlar olduğu kabul edilmekteydi. Ancak geçen yıllar süresince artan araştırmalar ile DEHB'in yalnızca beyindeki hasarlardan ileri gelmeyebileceği, beyinde ciddi hasar olmayan bireylerde de Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu yaşanabileceği tespit edildi. DEHB olan

kişilerle normal kişilerin beyin bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans (MRI) incelemeleri karşılaştırıldığında bazı farklılıkların olduğu görülmektedir (Tahiroğlu ve Avcı, 2005).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun beyin ile ilişkisini inceleyen nörogörüntüleme teknikleri ile DEHB'li bireylerin beyin hacminin DEHB'li olmayan bireylere göre genel olarak daha az olduğu saptanmıştır. Toplam beyin hacminin özellikle sağ tarafta belirgin olmak üzere %3-5 daha küçük olduğunu göstermiştir (Castellanos vd., 2002, Hill vd., 2003, Tahiroğlu ve Avcı, 2005, Aysev ve Taner, 2006:406).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu yaşayan çocuklarda beyin yapısını incelediğimiz zaman, beyindeki üç bölgenin, DEHB'li olmayan çocukların beyinlerine göre farklılık gösterdiğini görürüz. Farklılık gösteren bu üç bölge; "prefrontal korteks", "bazal gangliyonlar" ve "serebellum" bölgeleridir. "Prefrontal korteks" bölgesi, dikkatin hedeften ayrılmasına neden olacak uygun olmayan düşünce ve davranışların denetlenmesi ve kontrol altında tutulmasından sorumludur. Prefrontal korteks, dikkati dağıtan uyaranlara yanıtı engellemekte ve konu dışı uyaranları baskılamaktadır (Arnsten 2006, Güney vd., 2008:84). DEHB'li bireylerde bu bölgedeki kan akımının azaldığı ve davranışların denetiminin ve dikkati hedefte tutmanın zorlaştığı görülmektedir.

2.8. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu İle Çevresel Etkenler İlişkisi

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun yalnızca beyindeki hasarlardan ileri gelmeyebileceğinin ortaya çıkması üzerine DEHB'in kökeninde çeşitli çevresel etkenlerin de olabileceği öne sürülmüştür. Bunlar pre ve perinatal sorunlar, toksinler (kurşun ve çeşitli besin katkı maddeleri), şeker zehirlenmesi ve DEHB olan çocuklarda artmış vitamin ve besin gereksinimi gibi bilimsel verilerle doğruluğu desteklenmemiş etkenleri de içermektedir (Cantwell 1996, Ercan ve Aydın 2007, Tahiroğlu ve Avcı 2005). Doğruluğu desteklenmemiş olmasına karşın, dış faktörlerin bireyin gelişimini engelleyebileceği iddiası, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun yalnızca beyinden kaynaklanmayabileceğini gösteren önemli bir çalışmadır. DEHB'in oluşumunda etkili olan çevresel faktörlerden biri de çocukların gebelik ve doğum esnasında maruz kaldıkları etkilerdir, Zapitelli ve arkadaşlarının (2001) öne sürdüğü bir

analize göre Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu yaşayan çocuklar, postnatal strese DEHB'li olmayan çocuklara oranla daha çok maruz kalmışlardır. Gebelik ve doğum sorunlarından, perinatal ve neonatal hipoksi, intrauterine rubella, diğer enfeksiyon ve parazitler, postnatal ensefalit, menenjit, beslenme bozuklukları, eklampsi, annenin sağlığının bozuk olması, anne yaşı, postmaturite, doğumun süresi, düşük doğum ağırlığı ve doğumöncesi kanamaları DEHB ile ilişkili olabilecek bazı durumlardır (Faraone ve Biederman 1998, Öncü ve Şenol 2005:116). Annenin hamilelik süreci boyunca alkol, nikotin gibi zararlı maddeleri kullanıyor olması, gebelikte otuz iki hafta tamamlanmadan gerçekleşen doğum, doğumun olağan süresinden daha uzun sürmesi, annenin gebelik yaşı vb. etkenler de, hamilelik süreci boyunca bebek için DEHB riski oluşturan etkenlerdir.

2.9. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu İle Psikososyal Etkenler İlişkisi

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nda erken çocukluk dönemlerinde yaşanan psikolojik vakaların önemi büyüktür. Yapılan araştırmalarda erken çocuk dönemlerinde kayıplar veya ayrılıklar yaşayan çocuklarda DEHB belirtileri ortaya çıkabildiği gözlemlenmiş ancak Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu etiolojisinde, bu tip psikososyal etkenlerin birincil derecede etkisi olduğu kabul edilmemiştir.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu yaşayan çocukların ailelerinde sosyal ve ekonomik yönden birçok farklılıklar gözlemlenebilir. Tüm bu farklılıklarla birlikte DEHB'li çocukların aileleri hakkında genel bir profil çıkaracak olursak DEHB'li çocukların ailelerinin, aile içi ilişkilerde sorunlar yaşadığını söyleyebiliriz. Aile içi çatışmalar, yoksulluk vb. etkenler çocuklar için DEHB riski yaratabilmektedir. Çocukluğun biraz daha ötesine bakıldığı zaman, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu yaşayan ergen dönemdeki bireylerin ailelerinde, DEHB'li olmayan bireylerin ailelerine göre daha çok olumsuzluk bulunduğu, çocuklarına daha eleştirel bir yaklaşım tarzıyla yaklaştıkları görülmüştür. Ancak bu durumun DEHB belirtilerinden daha çok davranım bozuklukları ve karşı gelme karşı olma bozukluğu belirtilerinin gelişimine katkıda bulunacağını düşünülmektedir (Şenol S., İşeri E., Koçkar A. 2006, Wender ve Garfinkel, 1989).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun etiolojisinde psikososyal etkenlerin kabul edilmemesine karşın bazı çevrelerde DEHB'in oluşumunun kökeninde ailevi problemlerin yatabileceği kabul görmektedir. Ailelerin çocuklarına karşı ilgisiz, disiplinsiz ya da aşırı derecede hoşgörülü davranmalarının çocukların Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu yaşamalarında etkili oldukları düşünülmektedir. İlgisiz ailelere karşı çocukların ailelerinin dikkatini çekmek isteyerek aşırı derecede hareketli olmaları bir tür ilgi beklentisi olarak yorumlanabilir. Bununla beraber ailelerin aşırı hoşgörülü olmaları da çocukların -herhangi bir uyarıyla denetlenmedikleri için- hareketlerini aşırıya kaçırmalarına da yol açabilir.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun erişkinlikte devam etmesine zemin oluşturan faktörler tam olarak bilinmemekle birlikte, aile içi olumsuz durumların DEHB riskini artırdığı düşünülmektedir. Kötü örnek oluşturan anne-baba, ebeveynlerde zihinsel bozukluk, çocuklara kötü davranma ve çocukları kötü yönde kullanma gibi etmenler Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'na zemin oluşturan psikososyal etmenlerdir. DEHB'li çocukların erişkinliğe geçişlerinde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu yaşamayı sürdürmelerinin riskini azaltmak için evde, okulda vb. sosyal çevrelerde çocuklara gösterilen davranış biçimlerinin tutarlı olması gerekir.

Çocuklarda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun oluşumunda etkisi bulunduğu düşünülen bir diğer psikososyal etken de çocukların küçük yaşta maruz kaldıkları fiziksel istismarlardır. Bu çocuklarda kontrollere göre daha yüksek oranda davranış bozukluğu ve karşı olma, karşı gelme bozukluğu görülmektedir. Dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu ve kaygı bozuklukları gibi hastalıklar da fiziksel istismar ve ihmale uğramış çocuklarda daha sık saptanmaktadır. (Yasemen Taner, Bahar Gökler, Hacettepe Tıp Dergisi 2004; 35:82-86, S:83)

Kaygı bozuklukları cinsel istismara uğrayan çocuklarda kısa süre içinde ortaya çıkabilmektedir. Uyku bozuklukları, kabuslar, fobiler, bedensel yakınmalar ve korku tepkileri yüksek kaygı düzeyinin kliniğe yansımaları olarak gözlenmektedir. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, ikincil enürezis ve enkoprezis cinsel istismar kurbanlarında daha sık ortaya çıkmaktadır. (Yasemen Taner, Bahar Gökler, Hacettepe Tıp Dergisi 2004; 35:82-86, S:84)

2.10. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Yaşamsal Seyri ve Yaşama Etkileri

Çocukluk çağında ortaya çıkan Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, çocukluktan ergenliğe geçiş döneminde etkileri ile birlikte tamamen kaybolabileceği gibi, erişkinliğe geçiş ve erişkinlik süreçlerinde de devam edebilir. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu çocukluktan ergenliğe geçişte 3 farklı tipte kendini gösterir. Bu tiplerden ilki, ergenliğe geçen bireylerin %30'unda görülen "gelişimsel geçikme"dir. "Gelişimsel gecikmede" DEHB'in, genç erişkinliğin erken dönemlerinde kaybolduğu görülür. DEHB'in kendini gösterdiği ikinci tip ise, ergenliğe geçen DEHB'li bireylerin %40'ında görülen "süregiden belirtiler"dir. "Süregiden belirtiler"de, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu belirtileri, bireyin sosyal ilişkilerinde güçlük ve duygusal zorluklar yaratır. DEHB'in ergenliğe geçişte kendini gösterdiği üçüncü tip ise, DEHB'li bireylerin %30'unda gözlemlenen, "gelişimsel bozulma"dır. Kesin olmayan araştırmalar, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu yaşayan ergenlerin %50'sinin erişkinlikte de bu sorunu yaşamaya devam ettiğini göstermektedir. Farklı araştırmalar, DEHB'in erişkinlikte yine yüksek oranlarda devam ettiğine yönelik farklı sonuçlar da ortaya koymaktadır. Öyle ki Barkley ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir izleme çalışmasında çocukların %70'inin bu rahatsızlığı ergenlik döneminde de, %66'sının yetişkinlik döneminde de yaşadıkları görülmüştür (Barkley, 1998; Aktaş, 2006:17).

DEHB tanısı konan çocuklar, ergenlik dönemine dürtüsellik, kolay öfkelenme gibi belirtilerle girerlerse, bunlar ergenliğin kendine özgü davranışları ile birleştiğinde, kimlik bocalaması ve diğer davranışsal sorunların çözümü daha da güçleşebilmektedir (Öztürk 2004). Ergenlik döneminin DEHB'li olmayan genç bireyler için bile yeterince zor olduğu düşünüldüğünde, ergenliğe geçişte Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu yaşamaya devam eden DEHB'li bireylerin yaşayacakları sosyal sorunların kat kat fazla olabileceği kolaylıkla tahmin edilebilir. Ergenlik sonrasında gelen ilk yetişkinlik yıllarında akademik öğrenim gören DEHB'li öğrenciler ele alındığında, bu bireylerin öğrenim hayatlarında yaşadığı dikkat bozukluğunun not performansına ve sosyal hayatına yansıdığı ortaya çıkmaktadır. DEHB'le birlikte erişkinliğe geçen bireylerin tedavi edilmemeleri durumunda, zararlı madde alışkanlıklarına yöneldikleri ve çeşitli psikolojik sorunlar yaşadıkları görülmüştür. DEHB'le birlikte erişkinliğe geçen

bireylerin yaşadıkları sorunların büyüklüğüne karşın, tedavi gören DEHB'li bireylerin sayısı hayli düşüktür.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu yaşayan bireylerin yaşadığı rahatsızlıktan haberi olmayan büyük bir çoğunluğu da kapsadığı düşünülünce, erişkinlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu hakkında yapılan bilinçlendirme ve epidemiyolojik çalışmaların yetersiz olduğu ortaya çıkmaktadır. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu diğer bozukluk türleriyle sıkça karıştırılmakta, bu nedenle DEHB'li bireylerin tamamının saptanmasında zorluklar yaşanmaktadır. Erişkin DEHB'li bireyler arasında şiddet eğilimli ve toplumla uyum sorunu yaşayan kişiler oldukları da düşünüldüğünde, DEHB'li erişkinlerin bir kısmının evsiz veya hapishanede oldukları ortaya çıkmaktadır. Bu neden DEHB'li yetişkinlerin sayısının saptanmasında zorluklar yaşanmaktadır.

Yapılan araştırmalar Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu yaşayan bireylerin, erişkinlikte pek çok zorlukla karşılaştıklarını göstermektedir. Araştırmalara göre, çocukluktan yetişkinliğe geçişte Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu belirtilerinden en az biri sürmekte, bazı DEHB'li yetişkinlerde bu belirtiler daha şiddetli bir şekilde ortaya çıkmaktadır.

DEHB'li bireylere tanı konulması, konulan tanının ardından tedavi altına alınmaları ve tedavi sürecinde topluma uyumunu düzenleyebilmek adına oldukça önemlidir. DEHB'li yetişkin bireylerin intihar ya da şiddet eğilimi gibi riskli davranışları, tedaviye başlamaları ile kontrol altına alınabilir. Psikiyatri desteği gören DEHB'li çocukların hiperaktivite sorunlarının hayatlarında yarattıkları güçlükler psikiyatristler tarafından bilinmekte, çocukların gelişimini kısıtlayacak engeller ortadan kaldırılmaya çalışılmaktadır. DEHB'li yetişkinlerin psikiyatri ile ilişkisinin DEHB'li çocukların ilişkisinden farkı ise; DEHB'li erişkinlerde yalnızca oluşulabilecek hasarların engellenmesine yönelik değil, erişkinliğe değin geçen süreçte oluşmuş hasarların da kontrollerinin ve tedavilerinin yapılması gerektiğidir. Bu bağlamda, psikiyatristlerin DEHB'li çocukların ihtiyaçlarının yanı sıra aile, sosyal, okul ve iş hayatlarında çeşitli aksaklıklar yaşayan DEHB'li bireylerin ihtiyaçlarına da cevap verebilmeleri gerekmektedir.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu teşhisi konulurken, bireyin 7 yaşından önce DEHB belirtileri gösterip göstermediğine bakılmakta, belirtilerin 12 yaşından önce ortaya çıkmasının teşhis koymak için yeterli kabul edilip edilmeyeceği tıp çevreleri arasında halen tartışılmaktadır. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu teşhisini 7 yaşından önce gösterilmesi gereken belirtilerle sınırlandırmak, çocukluk evresini net olarak hatırlamayan ergen veya erişkinlere teşhis konulmasını zorlaştırabilmektedir. Bazı erişkin hastalar erken çocukluk dönemini tam olarak hatırlayamamakta, bu nedenle 7 yaşından önce belirtiler gösterip göstermediklerinden emin olunamamaktadır. Dolayısıyla Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu teşhisi konulurken belirli bir yaş ölçütünde sabit kalma durumu, DEHB hastalarına teşhis koyamama riskini de beraberinde getirmektedir. Tanı konulamayan hastaların tedavi de edilemediği düşünüldüğünde, yaş ölçütlerinde sınırlı kalmanın toplumda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu yaşadığından bihaber erişkin sayılarının artış yaşaması beklenilebilir.

Wender, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olabileceğinden şüphelenilen hastaların fayda sağlayabilecekleri tedaviden mahrum kalmamaları için, teşhis konulmasında tanı ölçütlerinin esnek tutulabileceğini savunmuştur. Barkley (1997, 2006) ve Biederman (1998) da Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı koyabilmek için 7 yaşından önce belirti gözükmesi gerektiğine dair bilimsel bir kanıt olmadığı için tanı koyarken yalnızca çocukluğun belirli bir dönemini esas almamak gerektiğini, DEHB'in genel olarak çocukluk döneminde ortaya çıkan bir bozukluk olarak kabul edilmesi gerektiğini ve 14 yaşından önce ortaya çıkan belirtilerle geriye dönük tanı konulabileceğini savunmuşlardır.

Çocuklara Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu konulabilmesi, DEHB belirtilerinden en az 6'sını karşılaması gerektiği şartı da zaman zaman esnetilebilmektedir. Kişinin tedaviden görebileceği fayda esas alınarak, belirti sayısı 6'yı karşılamasa dahi tedavi uygulanabilir. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu belirtilerinden 6 tanesini karşılamayan yetişkinler için de, çocukluk döneminde DEHB belirtileri taşıyıp taşımadığına bakılmaktadır. Çocuklukta yoğun DEHB belirtileri olup şu anda da hayatında güçlük yaratacak ölçüde DEHB belirtileri yaşayan kişilerde de tedavi faydası öncelikli tutularak Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu teşhisi

konulabilmektedir. Çocukluğunda DEHB öyküsü olmayan kişilerde de, erişkinlik yaşamında ortaya çıkan ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu dışında herhangi bir bozuklukla anlamlandırılmayan durumlarda da DEHB tanısı konulabilir.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun çocukluktan erişkinliğe geçildiğinde geçirdiği değişimlere baktığımız zaman ise DEHB'in çocukluk döneminde taşıdığı temel belirtilerin dönüşüm yaşadığını görürüz. Çocuklukta DEHB'in temel belirtileri olarak kabul edilen dikkat eksikliği ve hiperaktivite, erişkinlik döneminde geçildiğinde değişime uğrayarak yönetsel işlevlerde ve duygudurum düzenlemelerinde zorluklara yol açmaya başlar. Erişkinlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun temel belirtileri dikkat ve kendini kontrolle ilişkili bozukluklardır.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun en temel belirtisi, dikkat süresinin kısalığıdır. DEHB'li erişkinlerin yaşamlarında güçlük yaratan en belirgin faktör de budur. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu yaşayan bireyler, önemli bir iş üzerindeyken ortaya çıkan daha az önemli işlerin dikkatlerini dağıttıklarını ve bu nedenle asıl önemli işlerini tamamlayamadıklarını ifade ederler. DEHB'li bireylerin görevlerini yerine getirememekle ilgili yaşadıkları bir diğer zorluk da hangi görevin daha önemli olduğunu ayırt edememeleridir. Görevlerin önemini ayırt ettikleri takdirde, görevi sürdürüp tamamlamakta zorluk yaşadıkları gibi görev esnasında kullandıkları araç gereçlerin de takibini yapmakta zorlanırlar. Örneğin DEHB'li bir üniversite öğrencisi ödev yaptığı takdirde, notlarının, hesap makinesinin vb. eşyalarının takibi yapmakta zorlanacak, birçok araç gerecini kaybedecektir.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu yaşayan erişkinler görevlerini yerine getirirken dikkatlerini hedefte tutmakta zorlanırlar. Görevden kaçınma eğiliminde olur, sıkıcı buldukları görevlerden kaçınır, yavaş ve dağınık çalışırlar. Zamanlarını görevlerini tamamlamaları gereken süreyle doğru orantılı kullanamaz, organizasyon ve planlama yapmakta zorluk yaşarlar. Erişkin kişilerin okul veya iş yaşamlarında başarı sağlayabilmeleri için zaman planlaması ve dikkat önemli olduğundan, bu tip görevlerini yerine getirememeleri hayatlarında büyük zorluklar yaratır. Dikkatlerini gerçekleştirilmesi gereken görevde tutmakta zorluk yaşayan bireyler, kendileri ile ilgili endişe ve yetersizlik duygularına kapılır, iş verimliliklerini kaybederler. Bu sebeplerden

dolayı DEHB'li erişkinler, kaybetme korkuları olmayan basit işlerde çalışmayı yeğler ve yeni bir iş aramak istediklerinde de bu arayışı gerçekleştirmekte zorlanırlar. Tüm bu nedenler DEHB'li yetişkinlerin kendi işlerinin sahibi olamamalarına ve aslında daha fazlasını hak ettiklerini düşündükleri halde düşük maaşlı işlerde çalışmalarına devam etmelerine yol açabilir.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu yaşayan bireylerin aile, iş, okul ve sosyal yaşamlarında çeşitli zorluklarla karşılaştıkları bilinmektedir. Bu zorluklardan biri de, DEHB'li erişkinlerin evlerinde de sürekli aktif ve hareket halinde olmalarını istemelerinden kaynaklanan aile içi ilişkilerdir. Evli olan DEHB'li erişkinler ev ortamında sürekli hareket halinde oldukları, her an bir aktivite gerçekleştirmek istedikleri ve yerlerinde duramadıkları için eşleriyle sorunlar yaşayabilirler. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu yaşayan erişkinler sosyal ve iş hayatlarında da sıra bekleyemedikleri, etkinliklerde sessiz kalamadıkları, toplantılar boyunca beklemekte zorlandıkları için çeşitli zorluklar yaşarlar. Başkalarının sözünü kesme, söze girme gibi hareketleri gözlemlenebilir.

DEHB'li erişkinlerin sosyal yaşamda karşılaştıkları güçlüklerden bazıları şu şekildedir: DEHB'li bireyler hiperaktivite bozuklukları nedeniyle hızlı araba kullanmak ister ve riskli durumlarla karşılaşır. Olgunlaşmakta zorluk yaşarlar. Çabuk sıkılırlar, sıkıldıkları ortamlardan kaçınmak ister ve böyle durumlarda çalıştıkları işleri dahi bir çırpıda bırakabilirler. Aynı nedenlerden dolayı duygusal ilişkilerinde de kaçıp gitme, ilişkiyi bitirme eğiliminde olabilirler. Her an konuşma isteği duydukları ve karşılarındaki kişilerin sözlerini kestikleri için sosyal çevrelerinde uyumsuzluk yaşarlar. Düşüncelerini ve söylemlerini kontrol etmekte zorlanıp uygunsuz yorumlarda ve hareketlerde bulunabilirler. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun neden olduğu tüm bu sorunlar, DEHB'li erişkin bireylerin yaşamında oldukça büyük güçlükler yaratmaktadır. Okul, iş, sosyal, aile ve özel ilişkilerinde sorun yaşayan DEHB'li bireyler çeşitli uyum problemleri yaşar, ilişkilerini sürdürmekte güçlük çekerler.

Çocukluğunda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu yaşayan kişiler yetişkinlik dönemlerine geçtiklerinde DEHB'in etkilerinin sürüyor ya da azalmış olmasına bakılmaksızın, çocukluk döneminde aldıkları hasarların etkilerini yaşam boyu taşırlar.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu bireyin davranışlarını, duygularını ve ilişkilerini doğrudan doğruya etkiler. Bireyler, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu nedeniyle yaşadıkları bazı sorunları yenilgi olarak kabul eder ve kendileri hakkında olumsuz kararlara varırlar. DEHB'in neden olduğu olumsuz deneyimler nedeniyle özgüveni zedelenen bireyler üstlendikleri görevlerde de potansiyellerinin bütününi ortaya koyamaz ve olumsuz düşünce ve davranışlara kapılabilirler.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu yaşayan bireylerin yaşamlarındaki tüm bu sorunlara baktığımız zaman, tedavi edilmeyen DEHB'li erişkinlerin hayatlarında DEHB dolayısıyla birçok güçlükle karşılaştıklarını ve bu durumun kendileri ve kendi çevreleri başta olmak üzere tüm toplumu etkilediği söylenebilir.

2.11. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun Tedavisi

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun tedavisi ilaçlı ve psikososyal olmak üzere iki ana başlıkta izlenebilir. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nda psikososyal tedavi; "aile tedavisi", "davranış tedavileri" ve "bireysel tedavi" başlıklarına ayrılmaktadır.

2.11.1 İlaç Tedavisi

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ile beyinde oluşan sorunları hafifletmek için ilaç tedavisi tercih edilir. İyi yönetilen ilaç tedavisinin en etkili tedavi olduğu bilinmektedir (Brown, 2005). En sık kullanılan ilaçlar, kısa etkili uyarıcı olarak adlandırılan ilaçlardır (Wender, 1989, Brown 2005). DEHB'in tedavisinde uzun zamandır metilfenidat ve amfetamin içeren çeşitli ilaçlar kullanılmaktadır (Greydanus, 2005: 953-60). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun ilaçla tedavisi için yeni kullanılmaya başlanan bir başka ilaç ise Atomoxetine'dir. Yapılan çalışmalarda Atomoxetine'in her yaştan DEHB'li bireylere fayda sağladığı anlaşılmıştır. Ülkemizde uyarıcı ilaçlardan kısa etkili olan metilfenidat(Ritalin) ve uzun etkili OROS metilfenidat (Conserta) kapsül şeklinde bulunmakta ve kırmızı reçete ile satılmaktadır (Duran, 2006).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tedavisinde ilaçla birlikte psikososyal tedavinin de gerçekleştirilmesinin tedaviye hız kazandırdığı bilinmektedir. Etkili ve güncel olan tedavinin içinde ilaç ve psikoterapi birarada bulunmaktadır (Dombeck, 2007). İlaç tedavisinin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tedavisinde oldukça etkili olduğu bilinmekte ancak aşırı ölçüde uyum sorunu yaşayan çocuklarda ilaç tedavisi tek başına yeterli olamamaktadır. Bu durumlarda davranış tedavisi yararlı olabilmektedir (Brown,2005).

2.11.2 Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun Psikolojik Tedavisi

2.11.2.1 Aile Tedavisi

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, yalnızca bozukluktan mustarip olan çocuğu değil yakın çevresini de yoğun biçimde etkilemektedir. DEHB'li çocukların birincil dereceden yakınları aileleri oldukları için, DEHB'li bireyle yaşamının zorluklarından en çok onlar etkilenmiş olurlar. Bu nedenle DEHB'li çocukların aileleri de tedaviye ihtiyaç duymakta ve bu tedavi ihtiyacı çeşitli yöntemlerle karşılanmaktadır.

DEHB'li çocukların ailelerin çocuklarının bir sorunu olduğunu kabul etmeleri ancak bu kabulle birlikte çocuklarını yetiştirirken onlara ayrıcalık sunmamaları, çocuk yetiştirme kurallarını sabit tutmaları gerekmektedir. DEHB'li ailelerin, çocuklarının yaşadığı bu sorun için kendilerini suçlu hissetmemeleri de oldukça önemlidir.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu yaşayan çocukların aileleri için bir aile-eğitim programları mevcuttur. Bu programlarda, ailelere "kendilerine güvenlerinin artırılması", "yaşadıkları stresin azaltılması" ve "aile içi ilişkilerin iyileştirilmesi"ne yönelik çalışmalar yapılır. Bu programlarla birlikte ailelerin duydukları suçluluk duygusu, stres ve iletişim kopukluğu iyileştirilmeye çalışılır.

2.11.2.2 Davranış Tedavileri

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun ileri safhalara ulaştığı çocuklar ve ergenlerde ilaç tedavisi tek başına etkili olmadığı için davranış tedavilerinden de yararlanılmaktadır. Davranış tedavisi ile DEHB'li çocuk ve ergenlerin dikkati hedefte tutma ve davranışları olumlu yönde düzenleme gibi iyileştirmeler amaçlanır.

Davranış tedavisi ile birlikte DEHB'li çocuk ve ergenlerin aşırıya kaçtıkları hareketleri ve hareketlerin altındaki sebepler gözlemlenir ve kişileri motive eden, yardımcı olabilecek öğeler araştırılır. Daha sonra çocuğun tedaviye cevap verip vermediği takip edilir. Son adımda ise, müdahalenin etkinliğinin izlenmesi, neyin işe yaradığının, neyin değiştirmesinin gerektiğinin değerlendirilmesidir (Brown, 2005).

2.11.2.3 Bireysel Tedavi

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun psikolojik tedavi türlerinden biri olan bireysel tedavide, DEHB'li çocukların ve ebeveynlerinin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ile ilişkilerini iyileştirmelerini ve bu bozukluğu kabul ederek yaşamlarını sürdürmelerini sağlamak amaçlanır.

DEHB ile yaşamayı öğrenmesi hedeflenen bireylerin sorunlarla başa çıkma güçleri artırılmaya, bozukluktan kaynaklanan şiddet eğilimli davranışları kontrol altına alınmaya çalışılır. DEHB'li çocukların ve ailelerinin hayatlarının iyileştirilmesi için uygulanan bireysel tedavide psikoterapi, bilişsel-davranışçı terapi ve sosyal beceri eğitimi yaklaşımları kullanılmaktadır.

2.12. DEHB'li Bireylerin Aileleri İle İlgili Araştırmalar

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu yaşayan çocuğun kendi kendini yöneten, yüksek benlik saygısına sahip, doyumlu bir birey olarak gelişmesi, büyük ölçüde ona sağlanan fırsatlara ve ana-babanın tutumuna bağlıdır (Baldık, 2005). DEHB'li bireylerin iyileşmesinde tedavisini gerçekleştiren doktorlar kadar ebeveynlerinin de önemi büyüktür çünkü ebeveynler çocuklarına rol model de teşkil ettikleri birincil derecededen yakınlık içindedirler.

DEHB'li çocukların Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ile yaşamayı öğrenmeleri için anne babaları ile ilişkileri son derece önemlidir ancak araştırmalar DEHB'li çocukların ailelerinde genellikle sorunlar gözlemlendiğini göstermektedir. Bu araştırmalarda, ana-babaların çocuklarıyla iletişimlerinde çatışma yaşandığı (Edwards, Barkley, Laneri, Fletcher ve Metevia, 2001; Harvey, Danforth, McKee, Ulaszek ve Friedman, 2003; Shur ve Gau, 2007), ailede sorunların bulunduğu (Robin, 1999),

anababaların çocuğun davranışlarına yönelik tutarsız baş etme becerileri kullandıkları (McKee v.d., 2004), daha sert ve tutarsız disiplin uyguladıkları, (Johnston ve Ohan, 2005), DEHB tanılı çocuğu olan ana babaların daha stresli oldukları, çocuklarını fazlaca eleştirdikleri, (Barkley, Fischer, Edelbrock ve Smallish, 1991; Johnson ve Reader, 2002; McKee v.d., 2004) görülmüştür.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu yaşayan çocukların aşırı hareketlilikleri, dikkati hedefte tutamamaları, çabuk sıkılmaları ve sürekli etkinlik içinde olmak istemeleri anne babaların hayatını doğrudan etkilemekte ve ebeveynlere stres yüklemektedir. Bu stresle birlikte ebeveynlerin davranışları gerginleşmekte, stresli anne baba tutumu ortaya çıkmaktadır. Bu etkileşim nedeniyle de çocukta görülen DEHB belirtilerinin şiddeti artmaktadır (Anderson, Hinshaw ve Simmel, 1994; Biederman v.d., 1995b).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu yaşayan çocukların aileleriyle ilgili bu araştırmalar, DEHB'li çocukların tedavi sürecinde aileleriyle ilişkilerinin ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Aileler, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu psikolojik tedaviler bölümünde bahsettiğimiz bireysel tedavi yönteminden yararlanmalı, hem çocukları hem de kendileri için DEHB'le yaşamayı kolaylaştırmayı denemelilerdir.

2.13. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu İle İlgili Türkiye'de Yapılan Araştırmalar

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Türkiye'de yapılan çeşitli araştırmalarla incelenmiş, sıklığı ve etkileri yönlerinden değerlendirilmiştir. Bu araştırmalar'dan biri Toros ve Tataroğlu'nun (2002) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu yaşayan 93 çocuk ve ergende gerçekleştirdiği kapsamlı araştırmadır. Toros ve Tataroğlu'nun (2002) araştırmasına göre erkek/kız Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu görülme oranı 3.65/1'dir. Araştırmada, DEHB tanılı kız çocuklarında "dikkatsizlik" belirtisinin ön plana çıktığı gözlemlenmiştir.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu hakkında Türkiye'de yapılan bir diğer araştırma, Erman V.D'nin (1999) DEHB'li 137 çocuk ve genç üzerinde gerçekleştirdiği araştırmadır. Araştırmaya göre, DEHB tanısı konulan erkek çocuklarının %11.3'ünde

iletişim bozuklukları, %7.5'unda duygu durum bozuklukları ve %6.6'sında kaygı bozuklukları görülmektedir. DEHB tanısı konulan kız çocuklarında ise %22.6 oranında duygu durum bozuklukları, %9.7 oranında iletişim bozuklukları ve %6.5 oranında kaygı bozuklukları görülmektedir.

Türkiye'de yapılan Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu çalışmalarına DEHB tanılı çocukların aileleri de konu olmuştur. Arı (2006) DEHB'li çocukların ailelerinin kaygı düzeyleri hakkında yaptığı araştırmada, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu yaşayan çocukların ailelerinin kaygı düzeyinin yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Araştırmada, kaygı düzeyi ailenin eğitim seviyesine göre değişiklik göstermektedir. Tabak (2007) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu yaşayan 33 çocuğun ebeveynlerinde P.A.R.İ. "Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği" uygulamış, DEHB'li çocukların ailelerinde aşırı derecede koruyucu tutum olduğunu ortaya koymuştur.

Kandemir (2009) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu yaşayan çocukların anne babalarında Yaşam Kalitesi Ölçeği Çocuk ve Ana-Baba Formu'nu DEHB tanılı çocukları ve ailelerini değerlendirmiştir. Değerlendirmede DEHB tanılı olmayan çocuk ve ailelerine oranla DEHB tanılı çocuk ve ailelerinin psikososyal sağlık puanı hayli düşük çıkmıştır.

Paylaştığımız çalışmalar, Türkiye'de yapılan Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu araştırmalarının yalnızca bir kısmıdır. Günümüze dek Türkiye'de DEHB'in etiyolojisi ve tedavisini araştıran birçok araştırma yapılmış ve yapılmaya devam edilmektedir. Fakat yine de yapılan araştırmalar DEHB tanılı erişkinleri genel olarak kapsama anlamında yetersizdir. Paylaştığımız çalışmalar, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun hem DEHB tanılı kişiyi hem de ailesini doğrudan etkilediğini göstermektedir.

BÖLÜM 3 : ARAŞTIRMANIN ANALİZ VE SONUÇLARI BULGULAR VE TARTIŞMA

3.1. Bulgular

Önceki bölümlerde paylaşılan arka plan, araştırma soruları ve yöntem dahilinde veri toplama işlemi gerçekleştirilmiş ve SPSS 20 programında veri tabanı oluşturulmuştur. Bu bölümün ilerleyen kısımlarında, öncelikle tanımlayıcı istatistikler paylaşılacak, daha sonra Wender Utah Derecelendirme Ölçeği ve Yetişkin DEHB ölçeklerinin güvenilirlikleri analiz edilerek araştırmaya katılan öğrencilerin kaçında Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı konulabilir değerlendirilecek ve en son olarak da hipotez testleri gerçekleştirilecektir.

3.1.1. Tanımlayıcı İstatistikler

Araştırmaya Doğuş Üniversitesi Sosyal Bilgiler Bölümü öğrencisi 150 kişi katılmıştır. Öğrencilerin yaş, cinsiyet, not ortalaması gibi değişkenlerine ilişkin istatistiki değerler aşağıdaki bölümlerde ayrıntılı olarak tartışılacaktır.

Ancak söz konusu istatistiksel tabloları sunmadan önce, tablolardaki semboller ve kısaltmaların açıklanması, faydalı olacaktır. Söz konusu sembol ve kısaltmalar aşağıdaki gibidir:

N: Katılımcı sayısı

Ort: Analizi yapılan mevcut değişkenin aritmetik ortalamasıdır. Bu söz konusu değişkene ilişkin ortalama bir veriye ulaşmamızı sağlayacaktır.

Medyan: Sıralı değişkenler sıralandığında en ortada bulunan değişkendir. Ortalama ile birlikte değerlendirildiğinde normal dağılıma bakılmasına yardımcı olur.

Mod: Ortanca sayı. Bir örneklem içerisinde en sık tekrarlanan sayısal değerdir. Bu da yine medyan ve ortalama ile birbirlerine yakınlık düzeylerine göre değerlendirilerek dağılımın normale yakınlığını anlamak üzere kullanılır.

SS: Standart sapma. Standart sapma, örneklem içerisindeki bir değerin, ortalamadan ne kadar farklılaştığını gösteren sayısal değerdir. Söz konusu değerin ideali “1” dir. 1’den uzaklaştıkça ise, dağılımın normallik düzeyi azalmaktadır.

Min.: Minimum değer.

Max.: Maksimum değer.

Tablo özellikleri ifade edildikten sonra ilk olarak, tanımlayıcı istatistiklerden yaş değişkenine bakılacaktır.

Yaş İstatistikleri

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş özelliklerini belirlemek ve sonraki analizlerde nasıl bir profil çizdiğini anlamak üzere, SPSS Programında frekans analizi gerçekleştirilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 3’te görüldüğü gibidir:

Tablo 3: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Yaş İstatistikleri

Grup	N	Ort. Yaş	Medyan	Mod	SS	Min. Yaş	Max. Yaş
Toplam	150	21,26	21	21	1,99	17	29
Kadın	69	20,84	21	21	1,72	18	27
Erkek	81	21,61	22	21	2,13	17	29

Tablo 3’e bakıldığında, araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalamasının 21,26 olduğu görülmektedir. En sık rastlanan yaş grubu 21’dir (mod) ve yine ortanca yaş da 21’dir. Bu değerler dağılımın normal olduğunu gösterse de, bir diğer önemli nokta olan standart sapmanın 1’e yakın oluşu da göz önünde bulundurulduğunda (SS:1,99) yaş değişkeninin

normale yakın bir dağılım gösterdiği söylenebilir. Dolayısı ile araştırmaya katılan öğrenciler benzer yaş grubuna dahil bireylerden oluşmaktadır.

Cinsiyete göre yaş dağılımına bakıldığında ise, kadınlarda en küçük yaşın 18, en büyük yaşın 27 olduğu; erkeklerde ise en küçük yaşın 17, en büyük yaşın 29 olduğu görülmektedir. Kadınlarda standart sapma 1,72 ile normal dağılıma daha yakinken, erkeklerde 2,13 ile normal dağılımdan biraz daha uzaktır.

Not Ortalaması İstatistikleri

Araştırma problemimiz dahilinde önemli bir değişken olan not ortalaması istatistiklerinin de yine öncelikli olarak frekans analizi ile özelliklerinin saptanması amaçlanmıştır. Buna göre, öğrencilerin not ortalamaları istatistikleri ve cinsiyete göre dağılımı, bunun yanında, cinsiyete göre not ortalamasında bir farklılık bulunup bulunmadığına ilişkin istatistik veriler Tablo 4'teki gibidir:

Tablo 4: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Not İstatistikleri

Grup	N	Ortalama	Medyan	Mod	SS	Minimum	Maksimum
Toplam	150	2,20	2,15	2,17	0,55	1,00	3,43
Kadın	69	2,19	2,15	1,67	0,59	1,00	3,30
Erkek	81	2,20	2,15	2,17	0,52	1,00	3,43

Tablo 4'e göre araştırmaya katılan öğrencilerin ortalama başarı puanı 2,20'dir. Standart sapma, mod ve medyan değerleri göz önünde bulundurulduğunda, (SS: 0,55; Mod: 2,17; Medyan: 2,15), dağılımın normale yakın olduğu görülmektedir. Kız öğrencilerin ortalama başarı puanı 2,19; erkek öğrencilerin ortalama başarı puanı ise 2,20'dir. Bu iki grupta da yine, dağılımın normale yakın olduğu görülmektedir.

Ancak not ortalaması özelliklerinin belirlenmesi yeterli değildir. Bu nedenle daha ayrıntılı bir profil oluşturabilmek için cinsiyete göre başarı puanlarını karşılaştırmak ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mı belirlemek üzere yapılan bağımsız örneklem T-Testi bulguları tablo 5'deki gibidir:

Tablo 5: Cinsiyete Göre Akademik Başarı Puanı Karşılaştırması: Bağımsız Örneklem T-Testi Sonuçları

	F	Sig	t	Sig (2-tailed)
Varyanslar eşit ise	3,448	0,065	-0,66	0,947
Varyanslar eşit değil ise			-0,66	0,947

Tablo 5'e bakıldığında, akademik başarı puanında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir. ($p:0,947 > 0,05$). Not ortalaması istatistiklerine genel olarak bakıldığında, öğrencilerin akademik başarı düzeylerinin oldukça düşük oldukları görülmektedir. Benzer bir dağılım göstermeleri de bu başarı düzeyinin ayrı olarak incelenmesi gerektiğini gösteren bir bulgudur.

3.1.1.3. Başka bir rahatsızlığın bulunup bulunmadığı ve ilaç kullanımı

Komorbite ve DEHB önceden konulmuş tanısının varlığını değerlendirmek üzere, araştırmaya katılan öğrencilere tanısı konulmuş bir rahatsızlıklarının ve kullandıkları ilaçların olup olmadığı sorulmuştur. Bu sorulara veren yanıtların istatistikleri Tablo 6'daki gibidir:

Tablo 6: Cinsiyete Göre Tanı Ve İlaç İstatistikleri

	Var	Yok	Mod
Tanı			
Kadın	0	69	Yok
Erkek	0	81	Yok
İlaç			
Kadın	0	69	Yok
Erkek	0	81	Yok

Tablo 6'ya bakıldığında, araştırmaya katılan kadın ve erkeklerin hiçbirinin tanısı konulmuş bir rahatsızlığı ve kullandığı ilaç olmadığı görülmektedir. Bu oldukça ilginç bir bulgudur. İlerleyen bölümlerde DEHB özellikler taşıyan bireylerin, özellikle tanı konulmadan yaşamaya devam etmelerini vurgulamak açısından da bir öneme sahiptir. Ancak üniversite araştırmaya katılan öğrencilerde DEHB tanısı konulup konulmayacağını değerlendirmeden önce, kullanılan ölçeklerin bu çalışmada da geçerli olup olmadığının test edilmesi gerekmektedir. Güvenilirlik testleri, verilerin doğruluğu ve uygulanan ölçeklerin geçerliliği açısından oldukça büyük öneme sahiptir.

3.1.2. Güvenilirlik Testleri

Her ne kadar araştırmada uygulanan ölçekler, önceki çalışmalarda Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik testleri ile uygunluğu kanıtlanmış olsa da, her yeni örneklem, yeni bir sosyal durum ortaya koyduğundan, güvenilirlik testlerinin yeniden yapılması, söz konusu ölçeklerin mevcut çalışma için de aynı şekilde geçerli olup olmadığını bilmek

açısından oldukça büyük önem arz etmektedir. Bu nedenle, bu bölümde yetişkinlerde DEHB tanısı koymak için önemli yere sahip olan Erişkin DEHB Envanteri ve Wender Utah Derecelendirme Ölçeği'nin güvenilirlik analizleri yapılmıştır.

3.1.2.1.Erişkin DEB/DEHB Tanı ve Değerlendirme Envanteri

DSM-IV'e dayalı Erişkin DEB/DEHB Tanı ve Değerlendirme Envanteri'ne yapılan güvenilirlik analizi sonuçları tablo 7'deki gibidir:

Tablo 7: DSM-IV'e dayalı Erişkin DEB/DEHB Tanı ve Değerlendirme Envanteri Güvenilirlik Düzeyleri

Alt ölçekler	Cronbach's Alpha	Güvenilirlik Düzeyi %	Maddeler
Dikkat Eksikliği Bölümü	0,765	%76	DE1,DE2, DE3, DE4, DE5, DE6, DE7, DE8, DE9
Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik	0,770	%77	AH1, AH2, AH3, AH4, AH5, AH6, D7, D8, D9
Sorun Bölümü	0,856	%86	S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10, S11, S12, S13, S14, S15, S16, S17, S18, S19, S20, S21, S22, S23, S24, S25, S26, S27, S28, S29, S30
Toplam	0,908	%91	Maddelerin hepsi

Tablo 7’deki verilere bakıldığında, Dikkat Eksikliği Bölümü’nün güvenilirlik puanının 0,765 ve güvenilirlik düzeyinin %76 olduğu, Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik Bölümü’nün Cronbach’s Alpha değerinin 0,770 ve güvenilirlik düzeyinin %77 olduğu, Sorun Bölümü’nün ise, 0,856 Cronbach’s Alpha değeri ile %86 güvenilir olduğu görülmektedir. Envanterin toplamına bakıldığında, 0,908 puan ile (Cronbach’s Alpha), oldukça yüksek bir güvenilirlik düzeyiyle karşımıza çıkmaktadır. Oldukça yüksek çıkan bu değerler, Günay ve diğerleri’nin (2005) yaptığı çalışmada ulaştıkları puana da uygundur.

Bu çalışmada uygulanan ve dikkat eksikliği hiperaktivite tanısı için gerekli olan Erişkin Değerlendirme Envanteri’nin toplam puan ve alt ölçeklerinin istatistiksel dağılımı ise Tablo 8’deki gibidir:

Tablo 8: Erişkin Değerlendirme Envanteri’nin Toplam Puan Ve Alt Ölçeklerinin İstatistiksel Dağılımı

Alt Ölçekler	Ortalama	Mod	Medyan	SS	Minimum	Maksimum
Dikkat Eksikliği	9,35	13	9	4,69	0	23
Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik	8,25	11	9	4,90	0	21
Sorun Bölümü	31,08	16	33	12,44	0	58
Toplam	48,69	40	52	19,31	10	82

Tablo 8’de görüldüğü üzere, araştırmaya katılan öğrencilerin Erişkin Değerlendirme Envanteri’nde dikkat eksikliği bölümü ortalama puanı 9,35; en sık rastlanan puan (mod) 13, ve medyan puanın 4,69 olduğu görülmektedir. En yüksek dikkat eksikliği puanı alan öğrencinin puanı 23 iken, en düşük puanın 0 olduğu görülmektedir. Buna göre öğrencilerin çoğunluğunun yüksek düzeyde dikkat eksikliği belirtileri gösterdiği söylenebilir.

Aşırı hareketlilik/dürtüsellik bölümüne bakıldığında ortalama puanın 8,35 olduğu, en yüksek puana sahip öğrencinin 21 puan, en düşük puana sahip öğrencinin ise yine 0 puana sahip olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan öğrencilerin ortalama dikkat eksikliği puanı 9,35’dir. En sık rastlanan puanın 13 olduğu görülmektedir (Mod) ve bu durum yine araştırmaya katılan öğrencilerin çoğunluğunun yüksek düzeyde belirtilere sahip olduğunu göstermektedir.

Sorun bölümüne bakıldığında en yüksek puanın 58; en düşük puanın 0 ve ortalamasının 31,08 olduğu görülmektedir. Yöntem bölümünde söz edildiği üzere 40 puan ve üzeri yüksek düzeyde sorun bölümünden belirtilerin taşındığını gösterdiğinden, modun 16 olması, öğrencilerin bu bölümün özelliklerini de düşük düzeyde taşıdığını açıklamaktadır.

Toplam puana bakıldığında ise, ortalamasının 48, 69; medyan 52, mod 40’tır ve öğrenciler yoğun olarak orta düzeyde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu özelliği taşımaktadır.

Bununla beraber standart sapmaların hem alt boyutlarda hem de ölçeğin toplam puanında oldukça yüksek olması, dağılımın normal olmadığını göstermektedir.

Frekans analizinden sonra, araştırmanın diğer bölümünü içeren Wender Utah Derecelendirme Ölçeği’nin güvenilirlik analizleri yapılmış ve buna göre öğrencilerin DEHB tanısını koyabilmek için uygun olup olmadığına karar vermek planlanmıştır.

Wender Utah Derecelendirme Ölçeği'ne yapılan güvenilirlik analizi sonuçları ise Tablo 9'daki gibidir:

Tablo 9: Wender Utah Derecelendirme Ölçeği Güvenilirlik Düzeyleri

Alt Ölçekler	Cronbach's Alpha	Güvenilirlik Düzeyi %	Maddeler
İrritabilite	0,655	%65	2,3,5,6,13,14,18,
Depresyon	0,629	%63	9,11,12,16,17,25
Okul Sorunları	0,782	%78	20,23,24
Davranış Sorunları	0,611	%61	10,15,19,21,22
Dikkat Eksikliği	0,663	%67	1,4,7,8
Toplam	0,908	%91	Tüm maddeler

İrritabilite alt boyutunun güvenilirlik puanı 0,655tir ve güvenilirlik düzeyi %65 olarak karşımıza çıkmaktadır. Okul sorunları güvenilirlik düzeyi %63; depresyon güvenilirlik düzeyi %78, davranış sorunları güvenilirlik düzeyi %61; dikkat eksikliği boyutunun güvenilirlik düzeyi %67'dir. Alt boyutların güvenilirlik düzeyi genel olarak değerlendirildiğinde, okul sorunlarının yüksek güvenilirlik düzeyine; diğer boyutların ise orta düzeyde güvenilirlik düzeyine sahip olduğu görülmektedir.

Toplam güvenilirlik düzeyine bakıldığında ölçeğin tamamının 0,908 Cronbach's Alpha puanı ve %91 güvenilirlik düzeyi ile, yüksek oranda güvenilir olduğu görülmektedir ve bu oranlar ölçeğin uygun olduğunu göstermektedir.

3.1.3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı

DSM kriterlerine göre (hem DSM-IV, hem DSM-V) yetişkinlere Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı konulabilmesi için çocukluk çağından bugüne kadar süregelen belirtiler olması gerekmektedir. Bu bölümde, araştırmaya katılan öğrencilerin hem Wender Utan Derecelendirme Ölçeğine göre çocukluk belirtileri taşıyıp taşımadığı hem de Erişkin DEHB envanterine göre DEHB'li olup olmama durumlarının aynı anda geçerli olmasına bağlı olarak kaç kişinin Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuna sahip olabileceği hesaplanacaktır.

Öncelikli olarak, araştırmaya katılan öğrencilerin kaçının Wender Utah'a göre çocukluk çağı özelliklerini taşıdığına, daha sonra da yetişkin DEHB özelliklerine sahip olduğuna bakılacak, sonunda da, her iki özelliği taşıyanların kaç kişi olduğu incelenecektir.

3.1.3.1. Wender Utah Derecelendirme Ölçeğine Göre Çocukluk DEHB Özelliklerini Taşıma Durumu İstatistikleri

Wender Utah Derecelendirme Ölçeğine göre öğrencilerin çocuklukta DEHB özelliklerini taşıyıp taşıyamama durumuna göre ayırmak üzere yeniden kodlama yapılmıştır. Buna göre 0-35,9 puan arası "yok"; 36 puan ve üstü "var" olarak yeniden kodlanmıştır. Kodlamadan sonra DEHB çocukluk özellikleri var olan ve yok olan öğrencilerin istatistikî özelliklerine bakılmış ve frekans analizi yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 10'daki gibidir:

Tablo 10: Çocukluk Dönemi Dehb Özellikleri Taşıyıp Taşımama Durumu

Cinsiyet	Durum	N	Yüzde	Mod
Kadın	Var	23	%33,3	Yok
	Yok	46	%66,7	
Erkek	Var	30	%37	Yok
	Yok	51	%63	
Toplam	Var	53	%64,7	Yok
	Yok	97	%35,3	

Tablo 10’da da görüldüğü gibi hem kadın hem de erkeklerde DEHB çocukluk özellikleri taşımama durumu, daha yüksektir (%64,7). Ancak yine de, her iki grupta da % 30 üzeri bir oran olması, önemli bir bulgudur. Bu nedenle, yetişkin DEHB özelliklerinin değerlendirilmesi için önem arz etmektedir.

3.1.3.2.Yetişkin DEHB özellikleri taşıma durumu

Bu bölümde araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinin yetişkin DEHB özellikleri taşıyıp taşımama durumuna bakılmıştır. Yine sınıflandırma yapabilmek için DEHB envanteri puanları, 20 ve altı düşük düzey, 20-59 puan arası orta düzey ve 59 puan ve üstü yüksek düzey DEHB şeklinde yeniden kodlanmıştır. Buna göre öğrencilerin yetişkin DEHB özellikleri taşıma durumları Tablo 11’deki gibidir:

Tablo 11: Yetişkinlik Dönemi Dehb Özellikleri Taşıyıp Taşımama Durumu

Cinsiyet	Durum	N	Yüzde	Mod
Kadın	Düşük	6	%8,7	Orta Düzey
	Orta	34	%49,3	
	Yüksek	29	%42	
Erkek	Düşük	9	%11,1	Orta Düzey
	Orta	41	%50,6	
	Yüksek	31	%38,3	
Toplam	Düşük	15	%10	Orta Düzey
	Orta	70	%46,7	
	Yüksek	65	%43,3	

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere, kız öğrencilerin 6'sı düşük düzeyde, 24'ü orta düzeyde ve 29'u yüksek düzeyde DEHB özellikleri taşıırken; erkek öğrencilere bakıldığında 9'unun düşük düzeyde, 41'inin orta düzeyde, 31'inin ise yüksek düzeyde DEHB özellikleri taşıdığı görülmüştür. Genel puana bakıldığında ise 15 kişinin düşük, 70 kişinin orta ve 65 kişinin yüksek düzeyde yetişkinlik dönemi DEHB özelliği taşıdığı görülmektedir. Bu oranlara göre, araştırmaya katılan öğrencilerin sıklıkla orta düzeyde DEHB özellikleri taşıdığı görülmektedir. Bu durum yetişkin dikkat eksikliği envanteri tek başına değerlendirilmeye alındığında oldukça önemli bir orandır. Ancak bilindiği

gibi, çocukluk döneminde de benzer semptomların varlığı ile ancak teşhis konulabilmektedir. Bu nedenle, bunun yanında çocukluk dönemi özelliklerini de taşıyıp taşımadıklarının değerlendirilmesi gerekmektedir.

3.1.3.3. Her İki Özelliği de Taşıma Durumu ve Tanı Kriterlerine Uyuma

Önceden de söz edildiği gibi, yetişkinlerde DEHB tanısı konulabilmesi için çocukluk dönemi belirtilerini de taşıyor olması gerekmektedir. Bu nedenle, her iki özelliği de taşıyan bireyleri belirlemek üzere, yeniden kodlama yapılmış ve Wender Utah Derecelendirme Ölçeği'ne göre çocukluk kriterlerini taşımayanlar (36 puan altı), taşıyanlardan ayrılmıştır. Buna göre dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı konulabilecek kişilerin bilgisi Tablo 12'deki gibidir:

Tablo 12: Dehb Her İki Kriteri De Taşıyıp Taşımama Durumu

Cinsiyet	Durum	N	Yüzde	Mod
Kadın	Var	2	%2,9	Yok
	Yok	67	%97,1	
Erkek	Var	3	%3,7	Yok
	Yok	78	%96,3	
Toplam	Var	5	%3,3	Yok
	Yok	145	%96,7	

Araştırmaya katılan öğrencilerin her iki kriteri de (çocukluk dönemi belirtileri ve yetişkinlik dönemi belirtileri) taşıyıp taşımadığına bakmak üzere yapılan analiz

sonucunda, kız öğrencilerin 2'sinin (%2,9) ve erkek öğrencilerin 3'ünün (%3,7) her iki kritere de uyduğu görülmektedir. Anket formunda tanısı konulmuş bir rahatsızlığınız var mı bölümünün tüm katılımcılar tarafından boş bırakıldığı göz önünde bulundurulursa, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olduğunun farkında olmayan bireylerin varlığı daha da göze çarpmaktadır. Sonuç olarak, araştırmaya katılan toplam 5 öğrencinin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı konulabilecek durumda olduğu görülmektedir.

3.1.4.Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun Akademik Başarı Puanı Üzerine Etkisi

Yöntem bölümünde ifade edilen araştırma sorularından “*Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan üniversite öğrencilerinin not ortalaması, olmayanlara göre bir farklılık göstermekte midir?*” sorusuna yanıt aramak ve “*Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan üniversite öğrencilerinin not ortalaması, olmayanlara göre daha düşüktür*” hipotezini test etmek amacıyla bağımsız örneklem T-Test gerçekleştirilmiştir. Bu testin seçilmesinin nedeni, cinsiyet değişkeninin kategorik ve not ortalaması değişkeninin interval olmasıdır. Analiz sonuçları Tablo 13'deki gibidir:

Tablo 13: Dehb Tanısı Alma Durumuna Göre Akademik Başarı Puanı Farklılığı

GNO		F	Sig	t	df	Sig. (2-tailed)
	Varyanslar eşitse	0,182	0,671	-,529	148	0,598
	Varyanslar eşit değilse			-,574	4,335	0,595

Tablo 13'deki verilere bakıldığında, DEHB tanısı olanlarla olmayan arasında akademik başarı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir (p: 0,598; t:-,529). Bu durum ileride de tartışılacağı gibi, ilginç bir bulgudur. Ancak başarı puanları arasında fark ortaya çıkmamasının bir nedeni

karşılaştırılan gruplar arasındaki farkın fazla olması olabilir (DEHB var: 5; DEHB yok:145).

3.1.5. DEHB'nin cinsiyete göre not ortalaması üzerine etkisi

İkinci araştırma sorusu olan “*Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu puanı erkek öğrencilerde, kız öğrencilere göre bir farklılık göstermekte midir?*” sorusuna yanıt aramak ve “*Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu puanı erkek öğrencilerde, kız öğrencilere göre daha yüksektir*” hipotezini test etmek üzere Ki-kare uygunluk testi gerçekleştirilmiştir. Bu testin seçilmesinin nedeni, hem cinsiyet hem de DEHB varlığına ilişkin her iki değişkenin de kategorik olmasıdır.

Tablo 14: Dehb Var Olma Durumunun Cinsiyetle İlişkisi Ki-Kare Bağımsızlık Testi Sonuçları

	Beklenen Değer	Gözlenen Değer	Asymp. (Sig. 2-sided)
Pearson'S Chi Square	2,30	0,075	0,784

Tablo 14'deki bulgulara göre, gözlenen ki-kare değeri (0,075); beklenen değerden daha küçüktür (2,30). Ancak küçük olması gruplar arasında bağımsızlık olduğunu belirtmek için yeterli değildir. Bunun yanında p değerine baktığımızda, 0, 05'te büyük olduğu görülmektedir (0,784). Bu değer de büyük olması nedeni ile, kız ve erkeklerin başarı puanlarının birbirinden bağımsız oldukları, yani not olarak aralarında farklılık olduğu görülmektedir. Erkeklerde 3 kişi tanı kriterlerine uymakta ve kadınlardan (2 kişi) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla etkilenmektedirler. Ancak, bir önceki testte de belirttiğimiz gibi, tanı kriterlerine uyan kişilerin oranının az olması nedeni ile testin güvenilirliği de düşüktür. Daha büyük örnekleme yapılacak analizler daha sağlıklı olacaktır.

TARTIŞMA

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, her ne kadar isim olarak birkaç on yıllık bir geçmişe sahip olsa da, semptomların varlığı açısından yüzyıllık bir tarihe sahiptir. Bireyin çocukluk, gençlik, yetişkinlik ve hatta yaşlılık dönemi dahil tüm dönemlerinde yıkıcı etkiye sahip olan bu bozukluk, yalnız semptomları taşıyan bireyler için değil, ailesi, yakın çevresi dahası üyesi olduğu toplum için de oldukça önemli etkilere sahip ve üzerinde durulması gereken bir sorundur.

Bununla birlikte, tanısı konulmadan semptomlarla baş etmek zorunda kalmak, bireyler için daha yıkıcı sonuçlara neden olabilecek etkidedir. Bu nedenle bu çalışmada, üniversite öğrencilerinde DEHB tanısı üzerinde durulmuş ve akademik başarı puanı üzerindeki etki düzeyi incelenmiştir. Çalışmanın bu bölümünde, bulgular, literatürdeki diğer çalışmalara dayandırılarak beş başlık halinde tartışılacaktır.

3.2.1. Akademik Başarı Puanı

Bulgular bölümünde de görüldüğü üzere, araştırmaya katılan öğrencilerin akademik başarı puanları oldukça düşüktür. Cinsiyete göre bir farklılık olmaması ve bununla beraber dağılımın normal olması, düşündürücü bir bulgudur. İleride de tartışılacağı üzere, bu çalışmada dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu varlık durumuna göre anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Ancak bu durum, öğrencilerin not ortalamasının neden bu kadar düşük olduğu ile ilgili yeni sorulara yol açmaktadır. Elbette akademik başarının tek ölçütü dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olarak kabul edilemez, ancak daha belirgin sonuçlara ulaşabilmek için ilerleyen çalışmalarda başka faktörlerin de değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu faktörler arasında en önemli olanlardan birisi, öğrencilerin özel bir üniversitede eğitim alıyor olmalarıdır. Sonraki çalışmalarda üniversiteler arası bir kıyaslama, hatta devlet üniversitesi ve özel üniversite öğrencileri arasında yapılacak kıyaslamalar da not ortalaması üzerinde etkili olan faktörleri değerlendirebilmek açısından yeni ve uygulanabilir yöntemler olarak değerlendirilmelidir.

3.2.2. Üniversite Öğrencilerine DEHB'nin Tanısı

Bu çalışmada, araştırmaya katılan 150 öğrenciye Wender Utah Derecelendirme Ölçeği ve Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Envanteri uygulanmıştır bu öğrencilerin kaçına DEHB tanısı konulabilir incelenmiştir. Bilindiği üzere, yetişkin bir bireye DEHB tanısı konulabilmesi için yetişkinlik döneminde DEHB özelliklerini taşımakla beraber, çocukluk dönemi semptomlarına da sahip olması gerekmektedir (American Psychiatric Association). Bu iki ölçek bu boyutları belirlemek üzere kullanılmıştır. Her iki ölçeğin tek başına istatistiklerine bakıldığında, büyük çoğunluğun özellikle yetişkin dehb özelliklerini taşıdığı görülmektedir. Tek başına değerlendirildiğinde, bu da önemli bir bulgudur. Bu çalışmaya dahil edilmeyen komorbid bozukluklar ve diğer çevresel faktörlerle birlikte neden bu kadar yoğun şekilde orta düzey semptomları taşıdıkları daha ayrıntılı incelenebilir. Zira önceden de söz edildiği gibi, yetişkinlikte DEHB belirtileri diğer bozukluklarla karışabilmektedir. Ancak çocukluk ve yetişkinlik belirtileri tek başına tanı için yeterli olmayacağından, her iki ölçüm aracına göre DEHB özelliklerini taşıyan bireyler taşımayanlardan ayrılmış ve DEHB tanısı konulabilecek kişilerin sayısı belirlenmiştir.

Yüz elli öğrenciden yalnızca beşinde bu bozukluğun tanısı konulabilecek durumda olması, istatistiki açıdan oldukça düşük bir rakam olsa da, çalışmanın asıl amacının da tanı koymak olduğu ve özellikle tanı koyulmadan yaşayan bireyler göz önünde bulundurulduğu zaman, oldukça önemli bir yere sahip olduğu görülmektedir.

Bununla beraber, araştırmaya katılan öğrencilerin hiçbirinde tanısı konulmuş bir rahatsızlık ve kullanılan ilacın olmaması, eş tanımlar açısından bir belirsizlik yaratmaktadır. Oysa Erişkin DEHB'nin diğer ruhsal bozukluklarla birlikte geliştirdiği sıklıkla vurgulanmaktadır (Trollor, 1999). Bunun önemi, başka bir rahatsızlığın varlığı dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtilerini baskılayabilir oluşu ya da benzer semptomlar içeriyorsa DEHB ile karışabilmesinden kaynaklanmaktadır.

Literatürde de, DEHB ile beraber başka bozuklukların olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Önceden yapılan çalışmalarda DEHB'li bireylerin yaklaşık % 88'inde birden fazla bozukluk tanısı olduğu görülmüştür (Zimmerman, 2003; Murphy ve Barkley, 1996). Bu nedenle ilerleyen dönemde gerçekleştirilecek çalışmalarda ayrıntılı olarak eş

tanı ihtimallerinin değerlendirilmesi, daha sağlıklı sonuçlar elde edilmesi açısından üzerinde durulması gereken bir noktadır.

Komorbit bozukluklar haricinde, DEHB özelliklerine neden olabilecek başka faktörler de vardır. Dikkat eksikliği olmayan öğrenciler de, zaman zaman, özellikle stres altındayken benzer semptomlar gösterebilmektedir (Jones, Kalivoda ve Higbee, 1997). Bu nedenle çevresel ve sosyal koşulların ileri çalışmalarda değerlendirilmesi önem arz etmektedir.

3.2.3. Cinsiyet ve DEHB

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu oranının cinsiyete göre farklılık gösterebileceği belirtilmekle beraber, bu konuda hem çocukluk dönemi DEHB'si üzerine, hem de yetişkinlik DEHB'si üzerine çeşitli bulgular sürekli ortaya atılmaktadır. Bu çalışmada da, literatürde kabul edilen bu genel yargının test edilmesi amaçlanmış ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun cinsiyetle bağlantısı olup olmadığı analiz edilmiştir.

Bulgular bölümünde de görüldüğü üzere, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı ile, cinsiyetin bir bağlantısı olmadığı görülmüştür. Araştırma hipotezi de göz önünde bulundurulduğunda, bu bulgu oldukça şaşırtıcıdır. Çünkü, yetişkin DEHB'si çalışmalarına bakıldığında, bu durumun tam tersi olduğu görülmektedir.

Şimşek ve diğerleri'nin (2012) ebeveynler üzerine gerçekleştirdiği çalışmasına göre, babaların daha yüksek DEHB puanı aldıkları bulunmuştur. Yine Türkiye'de yapılan bir başka çalışmada, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu puanının cinsiyete göre farklılık gösterdiği ve literatüre uygun olarak bu farkın erkeklerde daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Yılmaz, Turgay ve Çağlı, 2012).

Ayrıca, Ayaz ve diğerleri'nin (2013) belirttiği üzere, her ne kadar çalışmalar sıklıkla erkeklerin kadınlardan daha fazla DEHB tanısı aldığını söylese de (Biederman ve diğerleri, 2002); DEHB nöropsikolojik olarak kadınlar ve erkeklerde aynı bulguları göstermektedir (Seidman ve diğerleri, 2005).

Yine de, bu çalışmaya benzer sonuç içeren çalışmalar da mevcuttur. Biederman ve diğerleri'nin (2004) çalışmasında da, bu çalışmaya paralel şekilde cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bunun nedeni örneklem boyutu ile ilgili olabileceği belirtilmiştir ve bu çalışmanın sonucunun da benzer şekilde olması yine örneklemdeki sınırlılıkla ilgili olabilir. Bunun yanında, araştırmanın başında DEHB'si olanlar ve olmayanlar ayrılmamış, çalışma içerisinde kimlerin DEHB tanısı alabileceği incelenmiştir. Bu nedenle de, DEHB olan bireylerin oranının oldukça düşük olması (5 kişi) yine sonuçları etkileyecek bir faktör olarak düşünülebilir.

3.2.4. DEHB Tanısı ve Akademik Başarı Puanı

Günümüzde DEHB ve akademik performans üzerine yapılan çalışmalar oldukça sınırlıdır. Yine de mevcut çalışmalar, akademik başarı düzeyi ile DEHB arasındaki ilişki hakkında çeşitli bulgulara ulaşmıştır. Heilingenstein ve diğerleri'nin (1996) gerçekleştirdiği çalışmaya göre, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan öğrenciler, olmayanlara göre daha düşük akademik performans göstermektedir. Bunun yanında, Sparks ve diğerleri'nin 2004 yılında gerçekleştirdiği benzer bir çalışmada ise tam tersi bir bulguya ulaşılmış ve dikkat eksikliği ile akademik başarı arasında bir bağlantı bulunamamıştır.

Bu çalışmada da, bulgular bölümünde söz edildiği gibi, öğrencilerin not ortalaması ile DEHB puanı arasında bir bağlantı görülmemektedir. Dolayısı ile, akademik başarı puanının yer, zaman, örneklem gibi değişkenlere de bağlı olarak farklı sonuçlar içeren çalışmalarda yer alabileceği ve akademik başarı üzerindeki etkisinin kesin olmadığı söylenebilir.

Bunun yanında, yukarıda da söz ettiğimiz gibi, başka rahatsızlıkların varlığı, bireyin stres altında bulunması, yaşam koşulları ve ekonomik durumu gibi bir çok faktör not ortalamasını etkileyecek faktörler arasındadır. Sonuç olarak, yine gözden kaçırılan değişkenlerin de dahil edildiği geniş çaplı araştırmalar, akademik anlamda daha fazla bilgiye ulaşma ve doğru yol izleme açısından oldukça faydalı olacaktır.

3.2.5.Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Envanteri

Her ne kadar Amerikan Psikiyatri Derneği (American Psychiatric Association, 2013) DEHB tanı kriterlerini güncellemiş ve yetişkinler ile çocuklar arasındaki ayrımı daha belirgin hale getirmiş olsa da, yetişkinlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu'nu bu son kriterlere göre ölçmek için geliştirilmiş yeni bir ölçüm aracı henüz bulunmamaktadır. Turgay tarafından (1995) hazırlanan envanter, hala en güncel ölçüm aracı olarak kabul edilmektedir ve kriterlerle arasındaki farklılıklar göz önünde bulundurulduğunda, ileri dönemdeki çalışmaların daha güncel ölçüm araçları ile gerçekleştirilmesi gerekmektedir.



SONUÇ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, yaşam boyu devam eden, toplumsal yaşamla ve sağlıkla ilgili çeşitli sorunlara yol açabilen ve oldukça yaygın olan bir bozukluktur. Yanlış inançlar, bilgisizlik ya da ihmal gibi nedenlerle birçok birey DEHB semptomlarını taşımasına rağmen, yaşamını bu bozuklukla yaşadığını bilmeden geçirmekte, DEHB'ye bağlı problemlere başka çözümler bulmaya çalışmaktadır. Tek başına çözüm stratejileri işe yaramadığında ise, daha büyük problemlerin yaşanması kaçınılmaz olmakta; bireyin yaşadığı bozukluk hem kendisini hem de çevresini etkilemektedir.

Başlarda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun semptomları ile yaşamaya çalışan birey, yaşla birlikte sorumluluk ve rollerin ağırlaşması ile semptomları taşımayan bireylere göre daha zor aşamalardan geçebilmektedir. Baş etmesi gereken sorunlar başlarda yalnızca semptomlarla sınırlı iken, zamanla başarısızlık, zaman kaybı, erteleme, sosyal yaşamın yara alması gibi sorunlarla karşılaşmakta, bunlara çözüm bulamadığında, depresyon, anksiyete, uyku bozuklukları ve başka psikiyatrik sorunlara maruz kalarak, içinden çıkılması zor bir döngüye girmektedir. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu yaşadığının farkında olmayan bireyler; dikkati hedefte tutamama, çabuk sıkılma, çabuk vazgeçme, uygunsuz düşünce veya davranışlar sergileme gibi semptomlar yaşamaktadır, bu semptomlar nedeniyle DEHB'li birey iş, aile, okul ve sosyal hayatında çeşitli zorluklarla karşılaşmaktadır.

Üniversite çağı, bireylerin uzun uğraşlar sonucu üniversiteye yerleştiği ve yaşamlarını geçirmeyi planladıkları meslekleri üzerine eğitim aldıkları bir dönemdir. Bu dönemde ayrıca bireylerin yüksek düzeyde sosyalleşme fırsatı vardır. Ancak DEHB semptomlarını taşıyan bireyler, hem akademik açıdan (göreve istenilen zamanda başlayamama, bir konuyu defalarca kez tekrar etmek zorunda kalma, huzursuzluk... vb) verimli olamamakta, hem sosyal yaşama yaşıtları kadar dahil olamamaktadırlar. Bu durumda ya mezuniyet ertelenmekte, ya düşük düzeyde başarı ile mezun olanların sayısı artmakta ya da yüksek başarı puanı ile mezun olsalar bile bir görevi yerine getirirken olması gerekenden çok daha fazla zaman ve emek harcamak zorunda oldukları için psikolojik bıkkınlık hissi yaşayan bireyler benzer sorunları iş yaşamlarına da

götürmektedir. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu yaşayan öğrenciler çok fazla emek ve zaman harcayarak üniversite puanlarını yüksek tutsalar dahi, bu başarıyı sağlarken birçok kez konsantre kaybı, dikkati kaçırma, yarıda bırakma, tekrar etmek zorunda kalma gibi eylemleri tekrarladıklarından, DEHB semptomları olmadığı bir süreçte ortaya koyabilecekleri potansiyellerini ortaya koyamamış olurlar. Dolayısıyla ne kadar emek ve zaman harcasalar da gerçek potansiyellerini tam olarak ortaya çıkaramazlar.

Dahası çocukluktan itibaren sorunlarla baş etmek durumunda kalan birey, zaman geçtikçe ve yeni dönüm noktalarında (eğitim, sosyal çevre, iş, aile, ebeveynlik vs.) karşılaştığı yeni sorunlar ve başarısızlıklarla, birçok psikolojik ve psikiyatrik bozukluğa da kapı açmış olmaktadır. Yalnız bununla da kalmayıp, diğer sağlık sorunlarına ev sahipliği yapabilmekte, çevresindeki diğer bireyleri de olumsuz etkileyebilmektedir. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu yaşayan bireylerin birincil dereceden yakınlarıyla yaşadıkları sorunlar hem kendi hayatlarını hem de yakınlarının hayatlarını doğrudan doğruya etkilemektedir. Çocuk veya ergen yaştaki Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu yaşayan kişilerin birincil yakınları aileleri olduğu için, bu sorunlar daha çok aile ilişkilerinde ortaya çıkmaktadır ve aile bireylerinde de çeşitli psikolojik rahatsızlıkların boy göstermesine neden olmaktadır. Erişkin yaşta Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu yaşayan kişilerde ise DEHB'ten kaynaklı sorunlar sosyal çevrelere ve eğer evlilerse evliliklerine yansımakta, boşanmalara kadar gidebilecek huzursuzluklara yol açmaktadır. Dolayısı ile yaşamın neredeyse her boyutuna etki eden Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun üzerinde durulması da bireylerin, bireylerin birincil dereceden yakın çevrelerinin ve toplumun refahı açısından da oldukça büyük önem arz etmektedir.

Bu çalışmada, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun üniversite öğrencilerinde erişkin DEHB kriterleri kapsamında tanısı ve diğer değişkenlerle beraber not ortalaması üzerindeki etkisi incelenmiştir. Bulgular göstermiştir ki, üniversite öğrencilerinin akademik başarı düzeyi üzerinde her zaman yalnızca DEHB semptomları tek başına etkili olmayabilmektedir. Bunun yanında cinsiyet değişkeninin de not ortalaması üzerinde belirleyici bir faktör olduğu görülmüştür. Ancak bu konuda daha kesin bir yorum yapılabilmesi için, daha kapsamlı bir örneklem ile gerçekleştirilecek yeni

çalışmalara ihtiyaç vardır. Bununla birlikte, sonraki çalışmalarda öğrenim görülen niversite tipi (zel-devlet), öğrencinin öğrenim gördüğü sınıf, bölüm, sosyokültürel özellikler, etnisite, ekonomik durum ve diğerk açığa çıkmamış psikiyatrik semptomların da değerlendirilmesi gerekmektedir.

Yine bu çalışmada, tanısı konulmuş bir rahatsızlığı olan bireylerin olmaması, söz konusu bireylerin gerçekten tam anlamı ile sağlıklı olduğu bilgisini kesin olarak vermeyebilir. Dolayısı ile, ileri dönemde yapılacak çalışmalarda, daha geniş bütçe ile, ayrıntılı bir sağlık taraması yapılması, komorbite durumunun DEHB zerindeki etkisini incelemek açısından yine faydalı bir adım olacaktır. Bu sebepten dolayı, yapılacak yeni çalışmaların daha kapsamlı olması hem niversite ğrencilerinin akademik başarı düzeyleri ile ilgili problemlere zm bulunmasına yardımcı olacak, hem de Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu literatürüne yeni katkılar sağlayacaktır.

Değerlendirme yapılırken, ayrıca bireylerin belirli ortamlar içerisinde nasıl davrandıklarının gözlenmesi de önemli bir unsur oluşurmaktadır. Örneğin sınıfta derse katılım düzeyi ya da oda arkadaşı ile ilişkisi ve sorunlar zme yöntemi gibi davranışsal olayların gözlenmesi, yalnız soru formlarına sınırlı kalmadan, aynı zamanda gözleme dayalı çalışmalar yapılmasını ve daha kapsamlı bilgiler edinilmesini sağlayacaktır.

Tüm bunlara ek olarak, üniversitelerde görev yapan akademisyenler için Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nu anlamaya yönelik eğitimlerin düzenlenmesi, bunun yanında niversiteler ve öğrencilerin bağlantılı olduğu diğerk alanlarda da DEHB bilgisine sahip yardımcı danışmanların bulunması, bu problemin daha kolay tanınmasına ve dolayısı ile gereken önlemlerin zamanında alınmasına katkıda bulunacaktır.

Yetişkinlikte semptomların sürebileceği görüşü tam anlamıyla yeni kabul edilmiş bir görüş olması nedeni ile birçok birey, tanı konulmadan yaşamını idame ettirmek durumunda kalmaktadır. Sayısı net olarak bilinmeyen bu bireyler için yeterli incelemeler sonucunda nlem ve uygulamaların gerçekleştirilmesi, semptomlar ve ek problemler nedeni ile ortaya çıkacak işgücündeki verimsizliği ve ekonomik etkileri de en aza indirmeye katkı sağlayacaktır. Bu nedenle Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, daha geniş çaplı değerlendirilmesi gereken bir problemidir.

Sonuç olarak, bu çalışmada, üniversite öğrencilerinin akademik performans düzeyi ile DEHB bağlantısı incelenmiş, ve yaygın görüşün aksine bulgulara ulaşılmıştır. Farklı sonuçlar elde edilmesi, söz konusu problemin daha kapsamlı incelenmesi açısından literatüre pozitif katkı sağlayacak bir durumdur. Bu nedenle ileride yapılacak çalışmalarda bu durumun göz önünde bulundurulması, adımlar atılması, hem psikoloji biliminde hem de uygulamasında daha objektif ve verimli sonuçlar elde edilmesine katkı sağlayacaktır.

ÖNERİLER

Araştırmaya Yönelik Öneriler:

1. Türkiye’de üniversite öğrencilerinin akademik başarı düzeyi ile DEHB bağlantısı üzerinde yapılan çalışmalar oldukça sınırlı sayıdadır. Bu nedenle ileri dönemlerde yapılacak çalışmaların bu yönde uygulanmasında fayda vardır.
2. Bu çalışmada araştırmaya katılan öğrencilerin DEHB tanı özellikleri taşıyıp taşımadığı ve DEHB varlığına göre akademik başarı düzeyleri incelenmiştir. Tüm katılımcılar tanısı konulmuş bir rahatsızlığının olmadığını belirtmiştir. Sonraki çalışmalarda DEHB’ye eşlik etme olasılığı bulunan diğer bozuklukların varlığının da değerlendirilmesi tanı konması ve araştırma bulgularının netliği açısından üzerinde durulması gereken bir diğer noktadır.
3. Betimleyici ve kesitsel olarak gerçekleştirilen bu çalışmada yalnızca bir üniversitenin bir grubuna ait öğrenciler araştırmaya dahil edilmiştir. Sonraki çalışmalarda daha kapsamlı bir örneklem ile çalışmak bulguların genelleştirilebilirliği açısından faydalı olacaktır.
4. DSM-V kriterlerine göre hazırlanmış bir DEHB ölçüm aracı henüz bulunmamaktadır. Sonraki dönemlerde yeni ölçeklerin geliştirilmesi ve uygulanması da tanı kriterlerine daha uygun verilerin elde edilebilmesi açısından faydalı olacaktır.

EKLER

EK-1 Genel Bilgi Anketi

- İsminiz nedir? _____
- Kaç yaşındasınız? _____
- Cinsiyetiniz nedir?
 - Kadın b) Erkek
- Tanısı konulmuş bir rahatsızlığınız var mı?
 - Evet b) Hayır
- Halen kullanmakta olduğunuz ilaçlar var mı?
 - Evet b) Hayır
- Akademik başarı notunuz (GNO) kaçtır? _____

EK-2 DSM-IV'E Dayalı Erişkin DEB/DEHB Tanı ve Değerlendirme Envanter

1. BÖLÜM				
Dikkat Eksikliği Bölümü				
Sorun	Sorunun şiddeti ve sıklığı			
	Hemen hiç	Biraz ya da bazen	Sıklıkla	Çok sık
1. Ayrıntılara dikkat etmekte zorluk ya da okul, iş ve diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapma	0	1	2	3
2. Dikkat gerektiren görevler ya da işlerde dikkati sürdürme güçlüğü	0	1	2	3
3. Birisiyle yüzyüze konuşurken dinlemede güçlük çekme	0	1	2	3
4. Okul ödevlerini ya da işyerinde verilen görevleri bitirmekte zorlanma, verilen yönergeleri izlemekte zorluk çekme (yönergeleri anlama güçlüğüne ya da inatlaşmaya bağlı değildir)	0	1	2	3
5. Görevleri ve etkinlikleri düzenleme/organize etme güçlüğü	0	1	2	3

6. Uzun zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınma, bu işlerden hoşlanmama ya da bu işlere karşı isteksizlik	0	1	2	3
7. Görev ve etkinlikler için gereken eşyaları kaybetme (örneğin: oyuncak, okul ödevleri, kalem, kitap ya da araç gereç)	0	1	2	3
8. Dikkatin kolayca dağılması	0	1	2	3
9. Günlük etkinliklerde unutkanlık	0	1	2	3

Klinisyenin yanıtlayacağı bölüm

1. bölümde karşılanan kriter sayısı:

1. bölümden elde edilen DEHB puanı:

2. BÖLÜM				
a) Aşırı hareketlilik				
Sorun	Sorunun şiddeti ve sıklığı			
	Hemen hiç	Biraz ya da bazen	Sıklıkla	Çok sık
1. El ve ayakların kıpır kıpır olması, oturduğu yerde duramama	0	1	2	3
2. Oturulması gereken durumlarda yerinden kalkma	0	1	2	3
3. Koşuşturup durma ya da huzursuzluk hissi 0 1 2 3	0	1	2	3
4. Boş zaman faaliyetlerini sessizce yapmakta güçlük 0 1 2 3	0	1	2	3
5. Sürekli hareket halinde olma ya da sanki motor takılıymış gibi hareket etme	0	1	2	3
6. Çok konuşma	0	1	2	3
b) Dürtüsellik	0	1	2	3

7. Sorulan soru tamamlanmadan yanıt verme	0	1	2	3
8. Sıra beklemekte zorluk çekme	0	1	2	3
9. Başkalarının işine karışma ya da konuşmalarını bölme	0	1	2	3

Klinisyenin yanıtlayacağı bölüm

2. bölümde karşılanan kriter sayısı:

2. bölümden elde edilen DEHB puanı (aşırı hareketlilik/dürtüsellik):

1. ve 2. bölümlerde karşılanan kriter sayısı:

1.ve 2. bölümlerde elde edilen toplam DEHB puanı:

3. BÖLÜM

DEB/DEHB ile ilişkili özellikler

Sorun	Sorunun şiddeti ve sıklığı			
	Hemen hiç	Biraz ya da bazen	Sıklıkla	Çok sık
1. Hedeflerine ulaşamama ve başarısızlık hissi	0	1	2	3
2. Başlanan bir işi bitirememeye ya da işe başlama güçlüğü	0	1	2	3
3. Aynı anda pek çok işle/projeyle uğraşma; bu işleri takipte ve tamamlamakta güçlük	0	1	2	3
4. Zamanı ve yeri uygun olmasa da, aklına geleni o anda söyleme eğilimi	0	1	2	3
5. Sık sık büyük heyecanlar peşinde koşma	0	1	2	3
6. Sıkılmaya tahammül edememe	0	1	2	3

7. Herkes tarafından izlenen yolları ve kuralları uygulamamak	0	1	2	3
8. Sabırsızlık; engellenme eşiğinin düşük olması	0	1	2	3
9. Dürtüsellik (düşünmeden hareket etme)	0	1	2	3
10. Kendini güvensiz hissetme	0	1	2	3
11. Duygudurumda sık görülen oynamalar	0	1	2	3
12. Aniden parlama, tepki gösterme	0	1	2	3
13. Düşük benlik değeri	0	1	2	3
14. Parmaklarla tempo tutma, ayak sallama ya da ayak vurma	0	1	2	3
15. Sık sık iş değiştirme	0	1	2	3
16. Strese karşı aşırı duyarlılık, dayanamama	0	1	2	3
17. Zamanı ayarlamakta güçlük	0	1	2	3
18. Unutkanlık	0	1	2	3
19. Sözel saldırganlık	0	1	2	3

20. Fiziksel saldırganlık	0	1	2	3
21. Alkol kullanımı	0	1	2	3
22. Madde kullanımı	0	1	2	3
23. Yasal güçlük ve sorunlar	0	1	2	3
24. Çökkünlük (depresyon)	0	1	2	3
25. Kendine zarar verecek davranışlarda bulunma	0	1	2	3
26. Sebepsiz yere sinirli ve gergin olma (kaygı)	0	1	2	3
27. İşinden zevk alamama	0	1	2	3
28. Hayal kırıklığı ve cesaretsizlik hissi	0	1	2	3
29. Uzun süredir devam eden mutsuzluk hissi	0	1	2	3
30. Kapasitesiyle uyumlu bir düzeye ulaşamama	0	1	2	3

Klinisyenin yanıtlayacağı bölüm:

3. bölümde karşılanan kriter sayısı:

3. bölümden elde edilen DEHB puanı (aşırı hareketlilik/dürtüsellik):

1. ve 2. bölümlerde karşılanan kriter sayısı+ 3. bölümdeki pozitif semptom sayısı:

1., 2.ve 3. bölümlerden elde edilen toplam DEHB puanı:



EK-3: Wender Utah Derecelendirme Ölçeği

ÇOCUKKEN	Hayır ya da çok hafif	Hafif	Orta derecede	Fazla	Çok fazla
1. Dikkatimi toplama sorunum vardı, dikkatim kolayca dağılırdı.					
2. Kaygılı, tasalı, sıkıntılıydım.					
3. Asabi ve kıpır kıpırdım.					
4. Dikkatsizdim, hayallere dalardım					
5. Kolayca kızar, öfkelenirdim.					

6. Hemen tepem atardı, öfke nöbetlerim olurdu.					
7. Başladığım bir işi sürdürmekte, takip etmekte ya da bitirmekte zorlanırdım					
8. Kararlı, sebatkar ve inatçıydım, iradem güçlüydü.					
9. Mutsuz, çökkün, karamsardım.					
10. Anne babamın sözünü dinlemez, onlara karşı gelir, isyankar davranırdım					
11. Kendimi küçük görürdüm					
12. Alıngandım, buluttan nem kapardım					

13. Huysuzdum, duygusal dalgalanmalar yaşırdım					
14. Kızgındım, çabuk gücenirdim.					
15. Düşünmeden hareket ederdim.					
16. Çocuksu davranırdım.					
17. Suçluluk duyardım, yaptıklarına pişman olurdu.					
18. Kontrolümü kaybederdim.					
19. Akılsızca ya da mantıksızca davranırdım.					

20. Popüler değildim, arkadaşlıklarım uzun sürmezdi, diğer çocuklarla anlaşamazdım.					
21. Olayları diğerlerinin bakış açısından görmekte zorlanırdım.					
22. Otoriteyle, okulla sorunlarım olurdu, müdür beni odasına çağırırdı.					
BEN ÇOCUKKEN OKULDA;					
23. Genel olarak başarısızdım, yavaş öğrenirdim.					
24. Matematikle ve sayılarla aram iyi değildi.					
25. Potansiyelime ulaşamadım.					

KAYNAKÇA

A, Rothenberger, & Neumarker, K. J. (2005). Wissenschaftsgeschichte derADHS. Kramer-Pollnow (Dü.) içinde, Spiegel der Zeit. Darmstadt: Steinkopff.

Adler, L. A., Spencer, T., Faraone, S. V., Reimherr, F. W., Kelsey, D., & Biederman, D. M. (2005). Training raters to assess adult ADHD: reliability of ratings. *Journal of attention disorders*, 8(3), s. 121-126.

Adler, L., & Cohen, J. (2004). Diagnosis and evaluation of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *The psychiatric clinics of North America*, 27(2), s. 187-201.

Alberts-Corush, J., Firestone, P., & Goodman, J. T. (1986). Attention and impulsivity characteristics of the biological and adoptive parents of hyperactive and normal control children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56(3), s. 413-423.

Amen, D. G., & Goldberg, B. (1998). Attention deficit hyperactivity disorder: a guide for primary care physicians. *Primary Psychiatry*, 7(1), s. 76-80.

American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-II)* (2 b.). Washington: American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III)*. Washington: American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III-TR)*. Washington: American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. Washington: American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR). Washington: American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association. (2013). DSM-V Attention deficit hyperactivity disorder fact sheet. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association. (2013a). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, version 5. Arlington, VA: American Psychiatric Press.

Anastopoulos, A. D., & Shelton, T. L. (2001). Assessing attention-deficit hyperactivity disorder. New York: Springer.

Ayaz, A. B., Ayaz, M., Yazgan, Y., & Akın, E. (2013). The relationship between motor coordination and social behavior problems in adolescent with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 23(1), s. 33-41.

Barkley, R. A. (1990). Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. New York: Guilford Press.

Barkley, R. A. (1998). Developmental course, adult outcome, and clinic-referred ADHD adults. R. A. Barkley (Dü.) içinde, adults, in *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment* (s. 139-163). New York: Guilford.

Barkley, R. A. (2006). Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. New York: Guilford Press.

Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (2008). ADHD in Adults: What the Science Says. New York: The Guilford Press.

Barkley, R. A., Crosswait, C., Moorehouse, M., & Fletcher, K. (2000). Multimethod psychoeducational intervention for preschool children with disruptive behavior: Two year post-treatment follow-up. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(3), s. 253-266.

Barkley, R. A., Fischer, M., Anostopoulos, A. D., Guevremont, D., & Fletcher, K. E. (1991). Adolescent with ADHD: Patterns of behavioral adjustment, academic functioning and treatment utilization. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(5), s. 752-761.

Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, C., & Smallish, L. (1991). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria--III. Mother-child interactions, family conflicts and maternal psychopathology. *Journal of the Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 40(5), s. 508-515.

Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2002). The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorders into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(2), s. 279-289.

Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2004). Young adult follow-up of hyperactive children antisocial activities and drug use. *Journal of child psychology and psychiatry*, 45(2), s. 195-211.

Befera, M. S., & Barkley, R. A. (1985). Hyperactive and normal girls and boys: mother-child interaction, parent psychiatric status and child psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 26(3), s. 439-452.

Biederman, J., & Faraone, S. V. (2005). Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 366(9481), s. 237-248.

Biederman, J., Faraone, S. V., Monuteaux, M. C., Bober, M., & Cadogan, E. (2004). Gender effects on attention-deficit/hyperactivity disorder in adults, revisited. *Biological Psychiatry*, 55(7), s. 692-700.

Biederman, J., Petty, C. R., Fried, R., Fontanella, J., Doyle, A. E., Seidman, L. J., & Faraone, S. Y. (2007). Can self-reported behavioral scales assess executive function deficits? A controlled study of adults with ADHD. *The journal of nervous and mental disease*, 195(3), s. 240-246.

Birch, H. G. (1964). Brain damage in children: the biological and social aspects. Baltimore: Williams & Wilkens.

Boyle, B. B. (2006). Understanding and treating adults with attention deficit hyperactivity disorder. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Bradley, C. (1937). The behavior of children receiving Benzedrine. *The American Journal of Psychiatry*, 94(3), s. 577-585.

Bridget, D. J., & Walker, M. E. (2006). Intellectual functioning in adults with ADHD: a meta-analytic examination of full scale IQ differences between adult with and without ADHD. *Psychological assessment*, 18(1), s. 1-14.

Brown, R. T., Freeman, W. S., Perrin, J., Stein, M. T., Amler, R. W., & Feldman, H. M. (2001). Prevalence and assessment of attention-deficit/hyperactivity disorder in primary care settings. *Pediatrics*, 107(3), s. E43.

Buttross, S. (2007). Understanding attention deficit hyperactivity disorder. Missisipi: American University Press.

Campbell, S. B. (2000). Attention-deficit/hyperactivity disorder: a developmental view. A. J. Sameroff, M. Lewis, & S. M. Miller (Dü) içinde, *Handbook of Developmental Psychopathology* (s. 383-401). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Cantwell, D. P. (1975). *The Hyperactive Child*. New York: Spectrum.

Cheng, T.L. (2007). Community Perspectives of Childhood Behavioral Problems and ADHD among African American Parents. *Ambul Pediatr*, 7 (3), 226-231.

Chess, S. (1960). Diagnosis and treatment of the hyperactive child. *N Y State J Med*, 60(1), s. 2379-2385.

Connors, C. K. (2000). Attention-deficit/hyperactivity disorder: historical development and overview. *Journal of Attention Disorders*, 3(4), s. 173-191.

Crichton, A. (1798). An inquiry into the nature and origin of mental derangement. London: Cadell&Davies.

Cunningham, C. E., & Barkley, R. A. (1979). The interactions of normal and hyperactive children with their mother in free play and structured tasks. *Child Development*, 50(1), s. 217-224.

Denhoff, E., Laufer, M. W., & Solomons, G. (1957). Hyperkinetic impulse disorder in children's behavior problems. *Psychomatic Medicine*, 19(1), s. 38-49.

Doğan, S., Öncü, B., Varol-Saraçoğlu, G., & Küçüköncü, S. (2009). Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu kendi bildirim ölçeği (ASRS-v1.1): Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10(1), s. 77-87.

Döpfner, M., Frölich, M., & Lehmkuhl, G. (2000). *Hyperkinetische Storungen*. M. Döpfner, G. Lehmkuhl, & F. Peterman (Dü) içinde, *Reihe Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

DuPaul, G. J. (1991). Parent and teacher ratings of ADHD symptoms: Psychometric properties in a community based sample. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20(3), s. 245-253.

DuPaul, G. J., McGoey, K. E., Eckert, T. L., & VanBrakle, J. (2001). Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: impairments in behavioral social and school functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(5), s. 508-515.

DuPaul, G., Schayahancy, E. A., & Weyandt, L. L. (2001). Self report of ADHD symptoms in university students: Cross-gender and cross-national prevalence. *Journal of Learning Disabilities*, 34(4), s. 370-379.

Ebaugh, F. G. (1923). Neuropsychiatric sequelae of acute epidemic encephalitis in children. *American American*, 25(1), s. 89-97.

Ekinci, S., Öncü, B., & Canan, S. (2011). Erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu: Eş tanı ve işlevsellik. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12(1), s. 185-191.

Ercan, E. S., & Aydın, C. (2014). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Anne-baba ve eğitimciler için (Cilt 5). İstanbul: Pupa Yayınları.

Faraone, S. V., Biederman, J., Spencer, T., Wilens, T., Seidman, L. J., Mick, E., & Doyle, A. E. (tarih yok). Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: An overview. *Biological Psychiatry*, 48(1), s. 9-20.

Faraone, S. V., Biederman, J., Weiffenbach, B., Keith, T., Chu, M. P., Weaver, A., . . . Sakai, J. (1999). Dopamine D-sub-4 gene 7 repeat allele and attention deficit hyperactivity disorder. *American journal of psychiatry*, 156(1), s. 768-770.

Fayyad, J., De-Graaf, R., Alonso, R. K., Angermeyer, M., Demyttenaere, K., De-Girolamo, . . . Jin, R. (2007). Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 190(5), s. 402-409.

Frazier, T. W., Demaree, H. A., & Youngstrom, E. A. (2004). Meta-analysis of intellectual and neuropsychological test performance in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychology*, 18(3), s. 543-555.

Glod, C. A. (1997). Attention deficit hyperactivity disorder throughout life span: Diagnosis, etiology and treatment. *Journal of American Psychiatric Nurses Association*, 3(2), s. 89-92.

Güçlü, O., & Erkıran, M. (2004). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı konmuş çocukların ebeveynlerinde psikiyatrik yükünlük. *Klinik Psikiyatri*, 7(1), s. 32-41.

Günay, Ş., Savran, C., & Aksoy, U. M. (2005). Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite ölçeğinin (adult adh/adhd DSM-IV based diagnostic screening and rating scale) dilsel eşdeğerlilik, geçerlik güvenilirlik ve norm çalışması. *M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 21(1), s. 133-150.

Hallowell, E. M., & Ratey, J. J. (1994). *Driven to Distraction*. New York: Pantheon.

Halperin, J. M., Trampush, J. M., Miller, C. J., Marks, D. J., & Newcorn, J. H. (2008). Neuropsychological outcome in adolescent/young adults with childhood ADHD: profiles of persisters, remitters and controls. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(9), s. 958-966.

Haslam, J. (1809). *Observations on madness and melancholy including practical remarks on these diseases together with cases*. London: J. Callow.

Hechtman, L. (1999). Predictors of long-term outcome in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatric Clinics of North America*, 46(5), s. 1039–1052.

Heiligenstein, E., Conyers, L. M., Berns, A. R., & Miller, M. A. (1998). Preliminary normative data on DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder in college students. *Journal of American Colleg Health*, 46(4), s. 185-188.

Heiligenstein, E., Johnston, H. F., & Nielsen, J. K. (1996). Pemoline therapy in college students with attention deficit hyperactivity disorder: A retrospective study. *Journal of American College Health*, 45(1), s. 35-39.

Hinshaw, S. P., Owens, E. B., Sami, N., & Fargeon, S. (2006). Prospective follow-up of girls with attention-deficit/hyperactivity disorder into adolescence: evidence for continuing cross-domain impairment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), s. 489-499.

Hoffman, H. (1848). *Der Struwewelpeter*. Leipzig: Imsal Verlag.

Hohman, L. B. (1922). Postencephalitic behavior disorders in children. *Johns Hopkins Hospital Bulletin*, 33(1), s. 372–375.

Hyperactive children have grown up: what have we learned from what happens to them? (1985). *Archives of general psychiatry*, 42(10), s. 1026-1028.

Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical child and family psychology review*, 4(3), s. 183-207.

Johnston, C., & Scoular, D. (2008). The family context of ADHD. K. McBurnett, & L. Pfiffner (Dü) içinde, *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Concepts, Controversies, New Directions* (s. 41-66). New York: Informa Healthcare USA.

Johnston, J., & Patenaud, R. (1994). Parent attributions for inattentive-overactive and oppositional-defiant child behaviors. *Cognitive Therapy and Research*, 18(3), s. 261-275.

Jones, G. C., Kalivoda, K. S., & Higbee, J. L. (1997). College students with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Student Affairs Research and Practice*, 34(4), s. 262-274.

Kahn, E., & Cohen, L. C. (1934). Organic drivenness: A brain stem syndrome and an experience. *New England Journal of Medicine*, 210(1), s. 748-756.

Karabekiroğlu, K., Cakin-Meruk, N., Özcan-Özel, Ö., Toros, F., Öztop, D., & Özbaran, B. (2009). DEHB ve Otizm ile ilgili bilgi düzeyleri ve damgalama: sınıf öğretmenleri ve anababalarla çok merkezli bir çalışma. *Klinik Psikiyatri*, 2(1), s. 79-89.

Kayaalp, L. (2008). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu. *Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*, 62(2008), s. 147-152.

Kaymak-Özmen, S. (2010). Okulda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB). *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 6(2), s. 1-10.

Kaymak-Özmen, S., & Özmen, A. (2012). Yetişkinlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu'nun demografik değişkenlere, öfke ve öfke ifade tarzına göre incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 16-2, s. 45-67.

Kessler, R. C., Adler, R., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., . . . Walters, E. E. (2005). The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a

short screening scale for use in the general population. *Psychological medicine*, 35(2), s. 245-256.

Kim BN, Lee JS, Cho SC vd., (2001). "Methlphenidate increased regional cerebral blood flow in subjects with attention deficit/hyperactivity disorder" *Yonsei Med J*, 42:19-29.

Klein, R. G., Mannuzza, S., Ramos-Olazagasti, M. A., Roizen, E., Hutchison, J. A., Lashua, E. C., & Castellanos, X. (2012). Clinical and Functional Outcome of Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder 33 Years Later. *Archives of General Psychiatry*, 69(12), s. 1295-1303.

Kooji, J. J. (2013). *Adult ADHD: Diagnostic Assessment and Treatment*. London: Springer-Verlag.

Kulaksızoğlu, A. (Ed.). (2003). *Farklı Gelişen Çocuklar*, İstanbul: Epsilon Yayınları

Kuntsi, J., & Stevenson, J. (2000). Hyperactivity in children: a focus on genetic research and psychological theories. *Clinical child and family psychology review*, 3(1), s. 1-23.

Lange, K. W., Reichl, S., Lange, K. M., Tucha, L., & Tucha, O. (2010). The history of attention deficit hyperactivity disorder. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorder*, s. 241-255.

Lauth, G., & Heubeck, B. (2006). *Kompetenztraining für Eltern Sozial auffälliger Kinder (KES)*. Göttingen: Hogrefe.

Lawrence, D. (2000). *Self- Esteem, Building Self-esteem With Adult Learners*, 1. published,1(1-15), Paul Chapman Publishing, Great Britain.

Le Heuzey, M. F. (2005). *Hiperaktif Çocuk*. İstanbul: İletişim Yayıncılık.

Mannuzza, S., & Klein, R. G. (1999). Adolescent and adult outcomes in attention deficit/hyperactivity disorder. *Handbook of Distruptive Behavior Disorder* (H. C. Quay, & A. E. Hogan, Çev.). içinde

Mash, A. J., & Johnston, C. (1982). A comparison of the mother-child interactions of younger and older hyperactive and normal children. *Child Development*, 53(5), s. 1371-1381.

Mash, E. J. & Wolfe, D.A. (2002). *Abnormal Child Psychology*. 2nd edi. USA:Wadsworth .

Mash, E. J., & Johnston, C. (1983). "Parental perceptions of child behaviour problems, parenting self-esteem, and mothers' reported stress in younger and older hyperactive and normal children" *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 86-99.

Mash, E. J., & Johnston, C. (1990). "Determinants of parenting stress, illustrations from families of hyperactive children and families of physically abused children" *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 313-328.

McGough, J. J., & Barkley, R. A. (2004). Diagnostic controversies in adult attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 161(11), s. 1948-1956.

Melana, C. A. (2012). *Factors influencing the academic persistence of college students with ADHD, Doktora Tezi*. California: University of Southern California.

Mendelson, W., Johnson, N., & Stewart, M. A. (1971). Hyperactive children as teenagers: A follow-up study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 154(3), s. 273-279.

Menkes, M., Rowe, J., & Menkes, J. (1967). A five-year follow-up study on hyperactive child with minimal brain dysfunction. *Pediatrics*, 39(3), s. 373-399.

Millichap, J. G. (2011). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Physician Guide to ADHD*. New York: Springer-Verlag New York.

Minuchin, S.(1974). A Family model, *Families and Family Therapy*,(46-67), Harvard University Pres.

Moharreri vd., (2008). "Efficacy of the Positive Parenting Program (Triple P) for Parents of Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder", *Iran J Psychiatry*,(3), 59-63

Molina, B. S., & Pelham, W. E. (2003). Childhood predictors of adolescent substance use in a longitudinal study of children with ADHD. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(3), s. 497-507.

Morrison, J. R., & Stewart, M. A. (1973). The psychiatric status of the legal families of adopted hyperactive children. *Archives of General Psychiatry*, 28(6), s. 888-891.

Murphy, K., & Barkley, R. A. (1996). Attention deficit/hyperactivity disorder adults: Comorbidities and adaptive impairments. *Comprehensive Psychiatry*, 37(6), s. 393-401.

National Resource Center on ADHD. (2013). *ADHD and the DSM 5*. Landover, MD: National Resource Center on ADHD.

Navaro, L.(1998). "Çocukla İletişim Nasıl Kurulur?", *Ana-Baba Okulu*, Yedinci Basım, İstanbul: Remzi Kitapevi.

Nelson, R. W. & Israel, A. C. (2003). *Behavior Disorder of Childhood*. 5th edi. New Jersey: Pearson Education.

Neophytou, K. (2004). *ADHD, a Social Construct: The Experience of Families who have a child diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Unpublished Master of Social Science, Australian Catholic University.

Nichols, M.P. ve Schwartz, R.C. (2004). *Family Therapy : Concepts and Methods*, 6.Baskı, Pearson Education Inc., Boston.

Nigg JT. Hinshaw SP. (1998). "Parent personality and psychiatric history in relation to child antisocial behaviors in childhood ADHD" *J Child Psychol Psychiatry*; 39:145-160.

Nigg, J.T. (2005). Neuropsychologic Theory and Findings in AttentionDeficit/Hyperactivity Disorder: The State of the Field and Salient Challenges for the Coming Decade. *Biol Psychiatry*, 57 (11), 1424-1435.

Nikolas, M.A., and Burt, S.A. (2010). Genetic and Environmental Influences on ADHD Symptom Dimensions of Attention and Hyperactivity: A Meta-Analysis. *J Abnorm Psychol*, 119 (1), 1-17.

Ninowski, J. E., Mash, E. J., and Benzies, K. (2007). Symptoms of attentiondeficit/hyperactivity disorder in first-time expectant women: Relations with parenting cognitions and behaviors. *Infant Mental Health Journal*, 28 (1), 54-75.

Novik, T.S., Hervas, A., Ralston, S.J., Dalsgaard, S., Pereira, R. R., Lorenzo M.J., and ADORE Study Group. (2006). Influence of Gender on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Europe--ADORE. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 15 (Suppl 1), I/15-I/24.

O'Brien, L. M., & Gozal, D. (2005). Sleep and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. D. Gozal, & D. L. Molfese (Dü) içinde, *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: From Genes to Patients* (s. 435-457). New Jersey: Humana Press.

Olaniyan, O., dosReis, S., Garriett, V., Mychailyszyn, M.P., Anixt, J., Rowe, P.C., and

Olfson, M., Gameroff, M.J, Marcus, S.C, and Jensen, P.S. (2003). National Trends in the Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Am J Psychiatry*, 160 (6), 1077-1078.

O'Neill, M. (1999). Attention-deficit/hyperactivity disorder: A closer look. *Yüksek Lisans Tezi: University of Wisconsin*.

Öç, Ö.Y., ğiğmanlar, ğ.G., AĞaoğlu, B., Tural, Ü.,Önder, E., ve Karakaya, I. (2006). Anne Babalarında Ruhsal Bozukluk Olan Çocukların Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri*, 9, 123-130.

Öncü B, Öner O, Öner P, Erol N, Aysev A, Canat S. (2004)” Symptoms defined by parents’ and teachers’ ratings in attention-deficit hyperactivity disorder: changes with age” Can J Psychiatry ,49,487-491.

Öncü, B., Ölmez, Ş., & Şentürk, V. (2005). Türk Psikiyatri Dergisi. Wender-Utah değerlendirme ölçeği türkçe formunun erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu'nda geçerlik ve güvenilirlik çalışması, 16-4, s. 252-259.

Öner, N. (1997). Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler. (3. baskı). İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları

Özcan, C., Oflaz, F., Türkbay, T., (2003). “Dikkat Eksikliği Aşırı Hareketlilik Bozukluğu ve Binişik Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu Olan Anne Babalarının Empati Düzeylerinin Karşılaştırılması”, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi: 10(3), 108-113.

Özdoğan, B. (2001). Altı-on iki yaşlarındaki çocukların eğitim ve okul başarıları. Eğitim ve Bilim, 26(1), s. 3-7.

Özşenol F. vd. (2003). “Engelli çocuğa sahip ailelerin aile ilevlerinin değerlendirilmesi” Gülhane Tıp Dergisi, 45 (2) : 156 - 164

Öztürk C., Şanlı D. (2007). “Annelerin Eğitim Durumunun Çocuk Yetiştirme Tutumlarına Etkisinin İncelenmesi”Ege Psikiyatri Bülteni, 14(3):145-150

Öztürk, M., Kemal, S., Tüzün, Ü., Kandil, S.T., (2000). “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu’nda Metilfenidat ve Benlik Saygısı”, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni: 10, 139-143.

Öztürk, M.O.(2004). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. (9.baskı). Ankara:Nobel Tıp Kitabevi.

Peirce, J., Collins, C., & Levitt, P. (2007). Attention-deficit / hyperactivity disorder. New York: Chelsea Home Publications.

Pekcanlar, A., Turgay, A., Miral, S. ve Baykara, A. (1999). “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Aile İşlevleri” Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi, 6(2): 99-107.

Pelham, W. E., Foster, M., & Robb, A. (2007). The economic impact of attention deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(6), s. 711-727.

Phares, V., Compas, B. E. (1992). “ The role of fathers in child and adolescent psychopathology:make room for daddy” *Psychological Bulletin*, 111(3), 387-412.

Pineda, D.A., Palacio, G.L., Puerta, C.I., (2007). “Environmental Influences that Affect Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Study of a Genetic Isolate”, *Eur Child Adolesc. Psychiatry* (No: 16), 337-347.

Portakal, H. (1994). Çocuk Eğitiminde Özgürlük ve Saldırganlık, İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi

Prosser, B. (1997). Why ADHD needs urgent attention. *Education Review*, 1(7), s. 12.

Purper-Ouakil, D., Fourneret, P., Wohl, M. & Reneric, J.P., (2005), “Atomoxetine: A New Treatment for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children and Adolescents”, *Encephale*. 31(3), 337-48.

Rasmussen, P., & Gillberg, C. (2000). Natural outcome of ADHD with developmental coordination disorder at age 22 years: a controlled, longitudinal, community-based study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(11), s. 1424-1431.

Rie, H. E., & Rie, E. D. (1980). *Handbook of Minimal Brain Dysfunction: A Critical Review*. New York: Wiley.

Roizen, N.J., Blondis, T.A., Irwin, M. & Stein, M. (1994). “Adaptive Functioning in Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder” *Arch Pediatrics Med*.148(11):1137-42.

Rutter, M., & Sroufe, L. A. (2000). Developmental psychopathology: concepts and challenges. *Development and psychopathology*, 12(3), s. 265-296.

Sayal K & Taylor E. (2005). "Parent ratings of school behaviour in children at risk of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder." *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 11:460-465.

Schachar, R., Tanrock, R., (2002). Syndromes of Hyperactivity and Attention Deficit. *Child and Adolescent Psychiatry*, (4. baskı). M. Rutter, E. Taylor (Ed.). Oxford, Blackwell Publishing Ltd., 399-416.

Schmidt-Neven, R., Anderson, V., & Godber, T. (2002). *Rethinking ADHD: Integrated approaches to helping children at home and at school*. Crows Nest: Allen & Unwin.

Scröder, A. (2006). *ADS in der Schule: Handreichungen für Lehrerinnen und Lehrer*. Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht.

Semerci, B., Turgay, A. (2008). *Bebeklikten Erişkinliğim Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu*. (3. baskı). İstanbul: Alfa Yayınları.

Semrud-Clikeman, M., Biederman, J., Sprich-Buckminster, S. vd., (1992). "Comorbidity Between ADDH and Learning Disability: A Review and Report in a Clinically Referred Sample" *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 31(3):439-48.

Shelton, T. L., Barkley, R. A., Crosswait, C., Moorehouse, M., Fletcher, K., Barrett, S., . . . Metevia, L. (1998). Psychiatric and psychological morbidity as a function of adaptive disability in preschool children with high levels of aggressive and hyperactive-impulsive-inattentive behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(6), s. 475-494.

Silver, L. B. (1992). *Attention deficit hyperactivity disorder: A clinical guide to diagnosis and treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Silver, L. B. (2004). *Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A Clinical Guide to Diagnosis and Treatment for Health and Mental Health Professionals*. London: American Psychiatric Publishing.

Silver, L. B. (2013). Attention-deficit/hyperactivity disorder: A clinical guide to diagnosis and treatment for health and mental health professionals. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Simon, V. (2009). Epidemiology of adult attention deficit hyperactivity disorder, Doktora Tezi. Budapest: Mental Health Sciences Doctoral School.

Sobonski, E., Paslakis, G., Schredl, M., Doffner, S., & Alm, B. (2012). Managing ADHD in Adults with Common Comorbidities. C. B. Surmon (Dü.) içinde, ADHD in Adults: A Practical Guide to Evaluation and Management (s. 137-154). New York: Humana Press.

Sonna, L. (2005), The everything parent's guide to children with ADD/ADHD: a reassuring guide to children with ADD/ADHD, Adams media, Canada.

Sparks, R. L., Javorsky, J., & Philips, L. (2004). College students classified with ADHD and the foreign language requirement. *Journal of Learning Disabilities*, 37(2), s. 169-178.

Spencer, T. J., Biederman, J., & Mick, E. (2007). Attention deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *Ambulatory Pediatrics*, s. 73-81.

Spencer, T. J., Biederman, J., Wilens, T. E., & Faraone, S. V. (2002). Novel treatments for attention deficit/hyperactivity disorder in children. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63(12), s. 16-22.

Spencer, T., Biederman, J., Wilens, J., & Faraone, S. V. (1998). Adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a controversial diagnosis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59(1), s. 59-68.

Stein, D.B. (2002). Ritalin Çözüm Değil, İstanbul: Kuraldışı Yayıncılık.

Steinhausen, H.C., Drechsler, R., Földenyi, M., İmhof, K. & Brandeis, D. (2003). "Clinical Course of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder from Childhood Toward Early Adolescence" *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 42(9):85-92.

Still, G. F. (1902). Some abnormal physical conditions in children. *Lancet*, 1(1), s. 1008-1012.

Stryker, S. (1925). Encephalitis lethargica: the behavior residuals. *Training School Bulletin*, 22(1), s. 152-157.

Sürücü, Ö. (2003). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Ana-Baba -Öğretmen El Kitabı*, İstanbul: Yapa Yayınları.

Şengül, C., Şengül, B., Telci, Ş., & Dilbaz, N. (2004). Erken erişkinlikte tanı konan iki dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olgusu. *Klinik Psikiyatri*, 7(1), s. 51-56.

Şenol, S., İşeri, E., Koçkar, A.İ. (2006). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Dikkati Dağınmık, Yerinde Duramayan Çocuklara Doğru Yaklaşımlar*, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Talay A., Ongan.(2000). "Developmental and Transactional factors in ADHD in the early years" *72(2):625-638*.

Tallmadge, J., & Barkley, R. A. (1983). The interactions of hyperactive and normal boys with their fathers and mothers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 11(4), s. 565-579.

Tarren-Sweeney, M.J., Hazell, P.L. & Carr, V.J. (2004). "Are Foster Parents Reliable Informants of Children's Behaviour Problems?" *Child Care Health Dev*.30(2):16775.

Trollor, J. N. (1999). Attention deficit hyperactivity disorder in adults: conceptual and clinical issues. *The Medical Journal of Australia*, 171(1), s. 42-45.

Tufan, A. E., & Yaluğ, İ. (2010). Erişkinlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Türkiye verilerine dayalı bir gözden geçirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 11(1), s. 351-359.

UK Adult ADHD Network. (2013). *Handbook for Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults*. London: Springer Healthcare.

Volkmar, F. R. (2003). Changing perspectives on ADHD. *The American Journal of Psychiatry*, 160(6), s. 1025-1027.

Volkow, N. D., & Swanson, J. M. (2013). Adult attention deficit hyperactivity disorder. *The New England Journal of Medicine*, 369(20), s. 1935-1944.

Ward, M. F., Wender, P. H., & Reimherr, F. W. (1993). The Wender Utah rating scale: An aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*, 1(50), s. 885-890.

Warnke, A., & Riedner, C. (2013). Attention deficit-hyperactivity disorder: An illustrated historicaloverview. *World Federation ADHD*.

Wasserstein, J. (2005). Diagnostic issues for adolescents and adults with ADHD. *Journal of clinical psychology*, 61(5), s. 535-547.

Weis, M., & Murray, C. (2003). Assessment and management of attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *Canadian Medical Association Journal*, 186(6), s. 715-722.

Weiss, M., Gibbins, C., & Hunter, J. (2011). Attention deficit hyperactivity disorder and anxiety disorder in adults. J. J. Buitelaar, C. C. Kan, & P. J. Asherson (Dü) içinde, *ADHD in Adults: Characterization, Diagnosis and Treatment* (s. 110-137). Cambridge: Cambridge University Press.

Wender, P. H. (1995). *Attention deficit hyperactivity disorderin adults*. New York: Oxford University Press.

Wender, P. H. (1995). Attention-deficit hyperactivity disorder in adults. New York: Oxford University Press.

Wender, P. H. (1998). Pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59(7), s. 76-79.

Wender, P., & Tomb, D. A. (2009). Attention-deficit hyperactivity disorder in adults: An overview. W. Retz, & R. G. Klein (Dü) içinde, *Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults* (s. 1-37). Basel: Karger.

Wilens, T. E. (2011). Attention-deficit hyperactivity disorder and the substance use disorders. J. K. Buitelaar, C. C. Kan, & P. J. Asherson (Dü) içinde, *ADHD in Adults: Characterization, Diagnosis and Treatment* (s. 138-150). Cambridge: Cambridge University Press.

Wilens, T. E., Prince, J., & Biedermann, J. (2008). ADHD in Adults. K. McBurnett, & L. Pfiffner (Dü) içinde, *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Concepts, Controversies, New Directions* (s. 273-290). New York: Informa Healthcare USA.

Wolf, L. E. (2001). College students with ADHD and other hidden disabilities. Outcomes and interventions. *Annals of the New York Academy of Science*, 931(1), s. 385-395.

Wolraich, M. L. (2006). Attention deficit/hyperactivity disorder: Can it be recognized and treated in children younger than 5 years. *Infants and young children*, 19(2), s. 86-93.

Yasemen Taner, Bahar Gökler, *Hacettepe Tıp Dergisi* 2004; 35:82-86, S:83 / S:84.

Yılmaz, M., Özdemir, G., Turgay, A., & Çağlı, S. (2012). Üniversite öğrencilerinin erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite ölçeğinin alt boyutlar düzeylerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 9(1), s. 627-649.

Young, S., & Bramhan, J. (2007). ADHD in Adults: A Psychological Guide to Practice.
Wes Sussex: Wiley.



ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : S.Gülşah Saydam Sarıoğlu
Doğum Yeri ve Tarihi : Kırşehir - 1983
Yabancı Dili : İngilizce
İletişim : sultangulsahsaydam@gmail.com

Eğitim Durumu

Lise : Kırşehir Lisesi - 2000
Lisans : Selçuk Üniversitesi - 2004
Yüksek Lisans : Nişantaşı Üniversitesi – 2016

Çalıştığı Kurumlar ve Yıl :

Sultan Fatih Koleji Fatih İstanbul Şubesi (2008 – 2009): Müzik Öğretmenliği

Sertifika ve Kurs Bilgileri:

NLP Practitioner: 2007

NLP Master: 2008

Zeka ve Akıl Oyunları Eğitimlik Sertifikası: 2014

Özgül Öğrenme Batarya Testi Uygulayıcı Sertifikası : 2015

Wisc-r Zeka Testi Uygulayıcı Sertifikası : 2016