

Yetişkinlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun Demografik Değişkenlere, Öfke ve Öfke İfade Tarzına Göre İncelenmesi

Suna Kaymak ÖZMEN (*)

Ahmet ÖZMEN (**)

Öz: Bu araştırmanın temel amacı, yetişkin örnekleme DEHB'nin demografik değişkenler ile öfke ve öfke ifade tarzına göre incelenmesidir. Araştırma tarama modelinde yürütülmüştür. Araştırmanın çalışma grubunu 2010-2011 güz yarıyılında Kafkas Üniversitesi pedagojik formasyon programına devam eden lisans mezunu bireyler oluşturmaktadır (n=190). Katılımcıların yaş ortalamaları 25'tir. Veri toplama araçları olarak, Kişisel Bilgi Formu, Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği ve Sürekli Öfke - Öfke İfade Tarzı Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmanın sonucunda, DEHB alt ölçeklerinde üst düzeyde en sık görülen DEHB alt boyutunun dikkat eksikliği olduğu görülmüştür. Genel toplamda, üst düzey DEHB'nin oranı %3.7' dir. DEHB, Sorun alt ölçeğinde cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermiştir. Kadınların sorun davranışları erkeklere göre daha çok sergiledikleri görülmüştür. Gerek alt boyutlarda gerekse toplam puanda medeni duruma ve sigara kullanımına göre anlamlı bir farklılık ortaya çıkmamıştır. Alkol kullanımı ise, sorun alt ölçeğinde anlamlı bir farklılık göstermiştir. Ailede psikolojik bir rahatsızlığın olup olmaması ile dikkat eksikliği alt boyutunda anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Katılımcıların dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik, sorun alt boyutları ile DEHB toplam puanları ile sürekli öfke, içe yönelik öfke ve dışa yönelik öfke ile anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Öfke kontrol puanları gerek DEHB alt boyutlarında gerekse toplam puanda anlamlı bir ilişki vermemiştir.

Anahtar Kelimeler: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), yetişkin, cinsiyet, öfke, öfke ifade tarzı

Analysis of ADHD according to Demographic Variables, Anger and Anger Expression in Adults

Abstract: The main object of this research is an analysis of ADHD according to Demographic Variables, Anger and Anger Expression among Adult samples. Survey searching model was used in this research. The participants of this study graduated from the University BA program and ongoing pedagogical formation program in 2010-2011 fall semester (n = 190). Their average age was 25. The personal information derived from Adult Attention Deficit Hyperactivity Scale and Trait Anger, and Anger Expression Scale was used as data collection tools. According to results of this study, as a subscales of ADHD, attention deficit had the most common and high level in the samples. In general sample, ratings of high level ADHD were %3. In this research it was found that there was a significant difference between male and female participants in ADHD Problem subscale. In addition, analysis of the ADHD Problem subscale data indicated that the Female participants were significantly more problem than the Male participants. There were no differences between marital status and smoking on the subscale and total point. On the problem subscale, in terms of Alcohol use, there were significant differences between the groups. Presence or absence of psychological disorder in the family with the attention deficit subscale showed a significant difference. It was found out that there were significant relationship between Participants' attention deficit, hyperactivity points and ADHD sub-scale of the problem with total scores of trait anger and anger in and anger out. Anger control scores did not have a meaningful relationship with subscales and total score of ADHD.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), adult, gender, anger, anger expression style

*) Yrd. Doç. Dr., Kafkas Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Bölümü, PDR Anabilim Dalı (e-posta:sunakaymak@hotmail.com)

**) Yrd. Doç. Dr., Kafkas Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Bölümü, PDR Anabilim Dalı (e-posta:ozahmet70@hotmail.com)

Giriş

Kişilerarası ilişkilere, eğitim ve iş dünyasına yansıyan olumsuz etkileri nedeniyle, toplumun ve sağlık hizmetlerinin önemli sorunlarından birisi olarak değerlendirilen Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) (Tuğlu ve Şahin, 2010), uzun yıllar çocukluk dönemine özgü bir bozukluk olarak ele alınmıştır (Yarpuz, Ölmez, Öncü ve Atbaşoğlu, 2004). Ancak son yıllarda ilgili alan yazında DEHB'nin yetişkinlik yıllarına kadar devam eden kalıcı bir problem olduğu ifade edilmektedir (Adam, Döpfner ve Lehmkuhl, 2002; Schmidt, Brücher ve Petermann, 2006; Schweitzer, Cummins ve Kant, 2001; Weyandt ve DuPaul, 2006). Temelde dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik kavramları ile tanımlanan DEHB'nin çocukluktaki ve ergenlikteki yaygınlığı %3-12 oranındadır. Çocukluk döneminde DEHB olan bireylerin bu belirtileri ergenlikte %80, yetişkinlikte ise %30-65 oranında gösterdikleri belirtilmektedir (Duran, 2006). Adam vd.(2002), DEHB'nin yetişkinlikte %30, Kessler vd. (2010) ise, %45 oranında kalıcı olduğunu ifade etmektedirler.

DEHB, çocukluk ve yetişkinlik dönemlerinde benzer belirtiler göstermekle birlikte, yetişkin yaşamının daha fazla işlevsellik gerektirmesi, bu bozukluğun tanınması açısından özellikle önem taşımaktadır (Şengül, Şengül, Telci ve Dilbaz, 2004). Yetişkinlik döneminde DEHB, dikkatini toplayamama, dalgınlık, unutkanlık, organizasyon bozukluğu, uzun süre dinleyememe, duygu durumunda değişkenlik, stresle baş edememe, dürtüsellik belirtileri ile tanımlanmaktadır (Adam vd., 2002; Wender, 2002). Bu belirtilerle birlikte ortaya çıkan karmaşık çalışma tarzı, DEHB'li bireylerin gerek iş gerekse özel yaşamlarında planlama ve yönlendirme konusunda güçlükler yaşamalarına neden olmaktadır. Bu bireyler hareketsiz ve sürekli tekrarlayan işler yerine, farklılıkların olduğu bir çalışma biçimini tercih etmektedirler. Uzun süre bir yerde beklemeye ve gecikmeleri kabullenmeye tahammülleri yoktur. Bu gibi durumlarda ani ve büyük öfke ve kırgınlık tepkileri gösterebilmektedirler. Ailede ya da iş yerinde bu gibi durumlar nedeniyle problem yaşamaları olasıdır. Hatta bu bireylerin riskli araç kullanımı, ekstrem sporlar gibi alanları tercih ettikleri ve sürekli tehlike arayışı içinde oldukları belirtilmektedir. Bununla birlikte yetişkinlik döneminde aşırı hareketlilik ve ilişkili belirtilerin azaldığı, yerini içsel huzursuzluğun aldığı ifade edilmektedir (Adam vd., 2002; Krause, Krause ve Trott, 1998; Rösler ve Retz, 2006; Wender, 2002). Bu davranış özelliklerinin yanı sıra, özellikle ergen ve genç yetişkinlerde, DEHB varlığında sigara ve madde kötüye kullanımı, yasal sorunlar, kötü akran ilişkileri, kendine güven kaybı, eğitim ve iş yaşamında başarısızlık gözlenebilmektedir. Yine artan yaşla birlikte saldırgan ve anti sosyal davranışların görülme sıklığının da arttığı belirtilmektedir (Adam vd., 2002; Tuğlu ve Şahin, 2010; Wender, 2002).

Yetişkinlerde DEHB ile ilgili çalışmaların son yıllarda artmış olmasına karşın yeterli düzeyde olmadığı bilinmektedir (Weyandt ve DuPaul 2006). Öte yandan, gerek uluslar arası gerekse ulusal düzeyde yapılan çalışmalar incelendiğinde, özellikle DEHB'nin yaygınlığı ortaya koyan çalışmalarla karşılaşılmaktadır. Kessler vd. (2007), normal popülasyonda DEHB yaygınlığını %1 ile 6 arasında değerlendirirken; Simon, Czobor, Balint, Meszaros ve Bitter (2009), %2.5'lik bir orandan söz etmektedirler. Duran (2006) ayaktan izlenen

psikiyatri hastalarında DEHB yaygınlığının %15.9 ve en sık karşılaşılan alt tipin dikkat eksikliği (%7.3) olduğunu belirtmiştir. Özdemiroğlu ise, yine ayaktan izlenen psikiyatri hastalarında yetişkin DEHB oranını %1.6 olarak saptamıştır (Akt. Tufan ve Yaluğ, 2010).

Ülkemizde üniversite öğrencilerinden oluşmuş örneklemeler üzerinde yürütülmüş ve DEHB yaygınlığını değerlendirmeye yönelik çalışmalar da bulunmaktadır. Taner, İlhan, Taner, Bakar ve Şenlik (2007)'in çalışmasında, tıp fakültesi 6. Sınıf öğrencileri arasında DEHB'nin yaygınlığının % 6.3 olduğu bildirilmiştir. Kılıçoğlu vd. (2009), üniversite öğrencilerinin kendilerinin bildirdikleri DEHB belirtilerini değerlendirdikleri çalışmalarında, üniversite öğrencilerinde %15.5 oranında, yüksek düzeyde DEHB belirtileri saptamışlardır. Doğan, Öncü, Saraçoğlu, Küçükgöncü (2008) ise, üniversite öğrencilerinde DEHB'nin yaygınlığını %2.6 olarak bildirmişlerdir.

Yetişkinlik dönemine ilişkin çalışmalarda DEHB'nin cinsiyete göre yaygınlığı da incelenmiştir. Ancak yetişkin örnekleme cinsiyet farklılıklarına ilişkin sonuçların tutarlı olmadığı söylenebilir (Doğan, Öncü, Varol-Saraçoğlu, Küçükgöncü, 2009). Kılıçoğlu vd. (2009), yaptıkları çalışmada, üniversite öğrencisi erkeklerin aşırı hareketlilik ve toplam puanda kızlara göre daha yüksek puan aldıklarını ifade ederken, Öncü, Ölmez, Şentürk (2005) ise, yetişkin DEHB'de cinsiyete göre anlamlı bir fark saptanmadığını ifade etmişlerdir. Duran (2006), ayaktan izlenen psikiyatri hastalarında, kadınlardaki DEHB oranının erkeklere göre yüksek olduğunu bulmuştur. Cinsiyete ilişkin farklı ülkelerden üniversite öğrencileri ile yapılan bir başka çalışmada ise, DuPaul vd. (2001), ABD'de DEHB tanısı koyulan erkek öğrenci oranını %2.9, İtalya'da %7.4, Yeni Zelanda'da %8.1; kız öğrenci oranını, İtalya'da %0, ABD'de %3.9 ve Yeni Zelanda'da %1.7 olarak belirtmişlerdir.

Yetişkinlerde DEHB'ye eşlik eden bozukluklar, araştırılan önemli konulardan bir diğeridir. Özellikle eşlik eden bozuklukların bilinmesi tanı ve tedavinin yönünün belirlenmesi açısından önemlidir (Tuğlu, 2010). Sevinç, Şengül, Çakaloz ve Herken (2010), DEHB'nin yaşam boyu eş tanı için önemli bir risk olduğunu belirtmişlerdir. Yaptıkları çalışmada 16-60 yaş grubu DEHB hastalarında, %46.3 oranında anksiyete bozukluğu, %11.3 oranında ise antisosyal kişilik bozukluğu saptamışlardır. Yine Şengül, Efe, Alaçam ve Herken (2009a), bir diğer çalışmada, DEHB'ye eşlik eden bozuklukları, %23.1 depresyon, %7.1 anksiyete bozukluğu olarak bildirmişlerdir. Bu çalışmaların yanı sıra DEHB ile bipolar bozukluk birlikteliği vurgulayan araştırmalarda bulunmaktadır (Ateşçi, Tüysüzöğlü, Özdel ve Oğuzhanoglu, 2010; Günay vd., 2005; Tuğlu, 2010).

Yetişkinlerde DEHB ve alkol, madde kullanımı (Barkley, 2004; Şengül vd., 2009b; Wender, 2002; Wodarz, Lange, Laufkötter ve Johann, 2004), medeni durum (Günay vd., 2005) ile ilgili çalışmalar da alan yazında yer almaktadır. Bu çalışmaların yanı sıra, DEHB'li çocukların aileleri ile yapılan çalışmalarda ise, bu çocukların anne babalarında DEHB oranlarının ve eşlik eden bozuklukların araştırıldığı görülmektedir. Aydın, Diler, Yurdağül, Uğuz ve Şeydaoğlu (2006), DEHB grubundaki çocukların anne babalarındaki DEHB oranı %33.8 olarak bulmuşlar, Güçlü ve Erkıran (2004) ise, DEHB tanısı koyulan çocukların anne babalarında erişkin DEHB yaygınlığını %6.8 olarak saptamışlardır.

DEHB ölçütlerini karşılayan anne babaların %12.5' inde ise duygu durum bozuklukları, %25' inde anksiyete bozuklukları olduğu tespit edilmiştir.

DEHB'li yetişkinlerde öfke kontrol problemleri (Barkley, 2004; Torun, Özşahin ve Sütçügil, 2009) ve kısa süreli öfke patlamaları da (Wender, 2002) eşlik eden problemler arasında değerlendirilmektedir. Öfke kavramı "Engellenme, saldırıya uğrama, tehdit edilme, yoksun bırakma, kısıtlama vb. durumlarda hissedilen ve genellikle neden olan şeye ya da kişiye yönelik şu ya da bu biçimde saldırgan davranışlarla sonuçlanabilen oldukça olumsuz bir duygu" olarak tanımlanmaktadır (Budak, 2000). DEHB ile öfkenin ilişkisini inceleyen çalışmaların alan yazında oldukça sınırlı olduğu, yapılan çalışmaların genellikle ergenlerle ve üniversite öğrencileri ile yürütüldüğü görülmektedir. Bonekamp ve von Salisch (2007), DEHB'li ergenlerle yaptıkları çalışmanın sonucunda, DEHB'li ergenlerin öfkelendikleri anda gerekli baş etme stratejilerini kullanamadıklarını ortaya koymuşlardır. Ergenlerle yapılan bir diğer çalışmada, Aysev ve Öner (2002), çocukluğunda DEHB tanısı almış 13 DEHB ve 12 sağlıklı kontrol grubu ergenin, DEHB puanları ile öfke puanları arasında anlamlı düzeyde bir ilişki olduğunu belirlemiştir. Ceylan-Özkan, Çulha ve Karakaş (2008), DEHB'ye özgü olabilecek kişilik özelliklerini 116 kadın üniversite öğrencisi üzerinde araştırmışlardır. Bu çalışmada, DEHB puanları yüksek olan grubun öfke puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bir başka çalışmada, Ramirez vd. (1997), yüksek düzeyde DEHB'li üniversite öğrencileri ile DEHB belirtileri bakımından normal düzeyde bulunan üniversite öğrencilerinin öfke ve öfke ifade tarzlarını karşılaştırmışlardır. DEHB belirtileri yüksek olan üniversite öğrencilerinin sürekli ve durumluk öfke düzeylerinin normal gruba oranla anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır. Barkley (2004), DEHB'li yetişkinlerin araç kullanırken öfkeli davranışlar sergilediklerini, düşmanca ve saldırgan davranışlara eğilimli olduklarını, aynı zamanda sürüş anında dikkatlerini toplayamadıklarını belirtmektedir. Durukan, Erdem, Türkbay ve Cöngöloğlu (2009) ise, DEHB olan çocukların klinik belirtilerinin annelerinin öfke düzeyleri ve öfke ifade tarzları ile ilişkisini incelemişler, sonuç olarak DEHB olan çocukların annelerinin sürekli öfke düzeylerinin sağlıklı çocukların annelerine göre yüksek olduğunu saptamışlardır.

Ülkemizde yetişkinlerle yapılan DEHB'ye ilişkin araştırmaların genellikle ayaktan izlenen psikiyatri hastaları, alkol ve madde bağımlılığı nedeniyle tedavi görmekte olan hastalar, hükümlüler ve üniversite öğrencileri ve DEHB'li çocukların anne babaları gibi gruplara odaklandığı görülmektedir (Tufan ve Yaluğ, 2010). Bununla birlikte normal popülasyona yönelik çalışmaların üniversite öğrencileri ile sınırlı olduğu söylenebilir. DEHB'li bireylerin dikkat süreleri sınırlı, çabuk sıkılan yetişkinler oldukları göz önüne alındığında, iş yaşamında tercihlerinin de bu belirtiler doğrultusunda değişiklik göstermesi beklenebilir (Taner vd., 2007). Öte yandan, bu araştırmanın çalışma grubunu oluşturan ve öğretmen olmaya hazırlanan, pedagojik formasyon programına devam eden lisans mezunu bireylerin var olan DEHB düzeylerinin belirlenmesinin ve öfke düzeyleri ve öfke ifade tarzları ile ilişkisinin ortaya koyulmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Bu doğrultuda bu araştırmanın temel amacı, yetişkin örnekleme DEHB ve alt boyutlarının dağılımını saptamak, DEHB'yi demografik değişkenler ile öfke ve öfke ifade tarzına göre incelemektir. Bu temel amaç doğrultusunda araştırmanın alt problemleri aşağıda yer almaktadır.

Alt problemler

1. Yetişkinlerde DEHB oranı nedir? DEHB ölçeğin alt boyutlarına ve genel toplama göre nasıl bir dağılım göstermektedir?
2. Yetişkinlerde DEHB alt boyutlarda ve toplam puanda cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
3. Yetişkinlerde DEHB alt boyutlarda ve toplam puanda medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
4. Yetişkinlerde DEHB alt boyutlarda ve toplam puanda sigara ve alkol kullanımına göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
5. Yetişkinlerde DEHB düzeyi ailede psikolojik bir problemin varlığına göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
6. Yetişkinlerin DEHB ve öfke düzeyi ve öfke ifade tarzı arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Yöntem

Araştırma tarama modelinde yürütülmüştür. Tarama araştırmalarının genel amacı, genellikle araştırma konusu ile ilgili var olan durumun olduğu gibi betimlemesini yapmaktır (Büyükoztürk, Çakmak, Akgün, Karadeniz ve Demirel, 2009).

Çalışma Grubu

Araştırmanın çalışma grubunu 2010-2011 güz yarıyılında Kafkas Üniversitesi Eğitim Fakültesi Pedagojik Formasyon Sertifika Programına devam eden lisans mezunu bireyler oluşturmaktadır (n=221). Çalışmanın bundan sonraki bölümlerinde bu bireyler için katılımcı ifadesi kullanılacaktır. Katılımcılara ölçekleri doldurma konusunda gönüllü olup olmadıkları sorulmuş, tüm katılımcılar ölçekleri doldurmak istediklerini ifade etmişlerdir. Daha sonra, ölçekler araştırmacılar tarafından uygulanmıştır. Ölçme araçlarından elde edilen veriler incelenmiş, uç değerler çıkarıldıktan sonra çalışma grubu n=190 kişiden oluşmuştur. Katılımcıların (kadın ve erkek) yaş ortalaması 25' tir. Katılımcılara ilişkin demografik veriler Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 1. Katılımcılara İlişkin Demografik Veriler

Katılımcılar		N	%
Cinsiyet	Kadın	101	53.2
	Erkek	89	46.8
	Toplam	190	100
Medeni Durum	Evli	36	19
	Bekar	154	81
	Toplam	190	100

Tablo 1’de görüldüğü gibi, katılımcıların %53.2’si kadın (n=101), %46.8’i (n=89) erkektir. Grubun %19’u evli (n=36), %81’i bekar (n=154). Katılımcılar 31 farklı üniversiteden, 17 farklı bölümden mezun olmuşlardır. Tablo 2’de, katılımcıların mezun oldukları bölümler yer almaktadır.

Tablo 2. Katılımcıların mezun oldukları bölümler

Bölümler	N	%
Sosyal Alanlar (Türk Dili ve Ed., Coğrafya ve Tarih)	95	50
Fen Alanları (Fizik, Biyoloji, Matematik ve Kimya)	34	17.9
Sağlık Bilimleri (Hemşirelik)	25	13.2
Diğer Alanlar (Çağdaş Türk Lehçeleri, Konservatuar, İşletme, Beden Eğitimi, Gıda Müh., İlahiyat, Gazetecilik, Rus dili ve Ed., Resim)	36	18.9
Toplam	190	100

Tablo 2 incelendiğinde, katılımcıların büyük oranda (% 50, n=95) sosyal alanlardan (Türk Dili ve Ed., Coğrafya ve Tarih) mezun oldukları, Fen alanlarından (Fizik, Biyoloji, Matematik ve Kimya) mezun olanların (%17.9, n=34) oranında olduğu, yine sağlık bilimlerinden mezun olanların (%13.2, n=25) oranının yüksek olduğu görülmektedir. Grubun %18.9’ luk bölümünü ise (n=36) diğer alanlardan mezun olan bireyler oluşturmaktadır.

Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada kullanılan veri toplama araçları, Kişisel Bilgi Formu, Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği (Günay vd.,2006) ve Sürekli Öfke-Öfke İfade Tarzı Ölçeği’nden (Özer, 1994) oluşmaktadır. Aşağıda çalışmada kullanılan bu veri toplama araçlarına ilişkin bilgiler yer almaktadır.

Kişisel Bilgi Formu

Araştırma kapsamında, araştırmacılar tarafından geliştirilmiş olan kişisel bilgi formu veri toplama amacıyla kullanılmıştır. Kişisel bilgi formunda, cinsiyet, yaş, mezun olunan üniversite ve bölüm, medeni durum, sigara ve alkol kullanımı ve ailelerinde herhangi bir psikolojik problemin olup olmadığına ilişkin sorular yer almıştır. Cinsiyet (kadın-erkek), medeni durum (evli-bekar), sigara ve alkol kullanımı (evet-hayır), ailede psikolojik bir problem var mı?(var-yok) seçeneklerini işaretlemeleri istenmiş, en son soruda yanıt “evet” ise, psikolojik problemin adını yazmaları istenmiştir. Ayrıca katılımcılardan yaş, mezun oldukları üniversite ve bölüm ile ilgili sorularının karşısında boş bırakılan yeri doldurmaları istenmiştir.

Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği

Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği (Adult ADD/ADHD DSM-IV Based Diagnostic Screening and Rating Scale) 1995 yılında A. Turgay tarafından geliştirilmiş, Günay vd. (2006) tarafından Türkçe’ye uyarlanmıştır. Ölçek dörtlü likert tipi bir derecelendirme ölçeğidir. Üç alt ölçekten oluşmaktadır:

1. Bölüm: Dikkat Eksikliği Bölümü (DE): DSM-IV' teki Dikkat Eksikliği belirtileri alınarak oluşturulmuş toplam 9 madde vardır.

2. Bölüm: Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik Bölümü (AH): Bu bölümde de yine DSM-IV' teki Aşırı hareketlilik belirtilerinden oluşan toplam 9 madde yer almaktadır.

3. Bölüm: DEHB ile ilgili özellikler ve sorunlar (Sorun bölümü): Klinik deneyim ve gözlemlere göre oluşturulan bu bölüm, toplam 30 maddeyi içermektedir.

Uygulamada katılımcılardan her bir maddenin karşısında yer alan ifadelerden kendisine uygun olanı işaretlemesi istenir. Ölçekte bulunan dörtlü dereceleme her maddenin karşısında yer alan "Hemen hemen hiç" (0 puan), "Biraz ya da Bazen" (1 puan), "Sıklıkla" (2 puan), "Çok sık" (3 puan) seçeneklerinden oluşur. Daha sonra yapılan işaretlemenin puan değerleri verilerek bireyin her bir bölümden elde ettiği toplam puan hesaplanır.

Ölçeğin değerlendirilmesinde, Dikkat Eksikliği (DE) bölümünde, 3' ten düşük puan alanlar DE belirtileri düşük düzeyde olanlardır. 3.01 ile 10.99 arasında puan alanlar orta düzeyde, 11' in üstünde puan alanlar ise DE belirtileri yüksek düzeyde olanlar grubuna girmektedir. Aşırı hareketlilik/Dürtüsellik (AH) bölümünde 3' ten düşük puan alanlar AH belirtileri düşük düzeyde olanlardır. 3.01 ile 10.99 arasında puan alanlar orta düzeyde, 11' in üstünde puan alanlar ise AH belirtileri yüksek düzeyde olanlar grubuna girmektedir. Sorun (S) bölümünde, 0 ile 12.99 arasında puan alanlar düşük, 13 ile 35 arasında puana alanlar orta düzeyde, 35-75 arasında puan alanlar yüksek düzeyde sorun bölümünde belirtilen özellikleri taşımaktadırlar. Genel toplamda ise, 20' nin altında puan alanlar düşük düzeyde DEHB, 20 ile 59 arasında puan alanlar orta derecede DEHB, 59' un üstünde puan alanlar ise yüksek düzeyde DEHB belirtileri göstermektedirler.

Erişkin ADHD ölçeğinin genel toplam güvenilirliğini test etmek üzere hesaplanan iç tutarlılık katsayılarından en yüksek güvenilirliği Cronbach Alfa (.95) en düşük güvenilirliği ise Spearman Brown (.90) ve Guttman (.90) teknikleri vermiştir. Bu sonuçlar APA' nın kriterlerine göre testin çok yüksek bir güvenilirliğe sahip olduğunu göstergesidir (Günay vd., 2006). Bu araştırmanın örnekleminde ise, ölçeğin alt boyutları için elde edilen Cronbach Alpha değeri Dikkat Eksikliği .72, Aşırı hareketlilik/Dürtüsellik, .71, Sorun .60 ve genel toplamda ise, .64 olarak bulunmuştur.

Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği

Spielberger tarafından geliştirilmiş olan ölçeğin Türkçe' ye uyarlanma çalışması Özer (1994) tarafından yapılmıştır. Ölçek, 34 maddeden ve iki alt ölçekten oluşan bir derecelendirme ölçeğidir. Her alt ölçek kendi toplam puanına göre değerlendirilmektedir. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği tek bir toplam puan vermemektedir.

Sürekli öfke alt ölçeği, 10 maddeden oluşmaktadır. Uygulamada, katılımcılardan her bir maddenin karşısında yer alan dörtlü likert tipi derecelendirmeden kendisine uygun olanı işaretlemesi istenir. Ölçekte bulunan dörtlü dereceleme her maddenin karşısında yer alan "Hemen hemen hiçbir zaman" (1 puan), "Bazen" (2 puan), "Çoğu Zaman" (3 puan), "Hemen her zaman" (4 puan) seçeneklerinden oluşur. Bu işaretlemeyi yaptıktan sonra yapılan işaretlemenin puan değerleri verilerek bireyin bu bölümden elde ettiği toplam puan

hesaplanır. Bu bölümden alınabilecek en düşük puan 10 en yüksek puan 40' tır. Puanın düşüklüğü sürekli öfke düzeyinin düşük olduğunu, yüksekliği ise sürekli öfke düzeyinin yüksek olduğunu gösterir.

Öfke İfade Tarzı Alt Ölçeği, toplam 24 maddeden oluşmaktadır. Bu bölümde yer alan 24 madde 8' er maddeden oluşmak üzere, 3 alt ölçeğe daha ayrılmaktadır. Öfke ifade tarzı alt ölçeğinin alt ölçekleri 1-öfke kontrolü, 2-dışa yönelik öfke, 3-içe yönelik öfke biçiminde adlandırılmaktadır. Maddelerin alt ölçeklere dağılımı karışık biçimde verilmektedir. Öfke ifade tarzı ölçeğinin alt ölçeklerinde yine dörtlü likert tipi derecelendirme kullanılmaktadır. Ölçekte bulunan dörtlü dereceleme her maddenin karşısında yer alan "Hemen hemen hiçbir zaman" (1 puan), "Bazen" (2 puan), "Çoğu Zaman" (3 puan), "Hemen her zaman" (4 puan) seçeneklerinden oluşur. Bu alt ölçeklerin her birinin puanı kendi içerisinde toplanarak değerlendirilir. Her bir alt ölçekten alınan en düşük puan 8, en yüksek puan 32' dir. İçe yönelik ve dışa yönelik öfke alt ölçeklerinden alınan puanların yüksek oluşu olumsuz, düşük olması ise olumluya işaret eder. Öfke kontrolü alt ölçeğinden alınan puanlar ise, diğer alt ölçeklerin tersi bir anlam ifade etmektedir. Bu alt ölçekten alınan yüksek puan olumluya, düşük puan ise olumsuzla işaret etmektedir (Özer, 1994). Ölçeğin uyarılama çalışmasında, ölçüt bağıntılı geçerlik ve faktör analizi çalışmaları yapılmıştır. Güvenirlilik çalışmasında ise madde toplam puan korelasyonları, .14 ile .56 arasında, Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ise .73 ile .84 arasında bulunmuştur (Savaşır ve Şahin, 1997). Ayrıca bu araştırmanın örneklem grubunda Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları; Sürekli Öfke boyutunda .72, Öfke Kontrol boyutunda .81, dışa yönelik öfke boyutunda .73 ve içe yönelik öfke boyutunda ise .74 olarak belirlenmiştir.

Verilerin Analizi

Çeşitli amaçlarla toplanan verileri, kayıp değer, uç değer gibi gereklilikler ve normallik, doğrusallık ve homojenlik gibi sayıtlılar açısından incelemek istatistiksel analizlerden doğru sonuçların elde edilmesi için önemli bir işlemdir (Çokluk, Şekercioğlu ve Büyükoztürk, 2010). Bu doğrultuda verilerin analizi aşamasında öncelikle elde edilen verilerin uç değerleri çıkarılmış ve kayıp değerleri tamamlanmıştır. Verilerin *normallik, doğrusallık ve homojenlik* varsayımlarını karşıladıkları görüldükten sonra, DEHB puanlarının dağılımını belirlemek için betimsel istatistikler (*yüzde ve frekans*), cinsiyet, medeni durum, sigara ve alkol kullanımı gibi değişkenlere ilişkin analizlerde "*t*" Testi kullanılmıştır. Ancak ailede psikolojik bir problemin olup olmamasına ilişkin analizde alt gruplardaki kişi sayısının 15' in altında olması nedeniyle (Büyükoztürk, 2010), *non parametrik* istatistik olan Mann Whitney U Testi tercih edilmiştir. DEHB ve öfke ve öfke ifade tarzı puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi için *Pearson korelasyon* testi kullanılmıştır.

Bulgular

Bu çalışmanın amacı, yetişkin örnekleme DEHB ve alt boyutlarının dağılımını tespit etmek, demografik değişkenlere göre incelemek ve DEHB ile öfke ve öfke ifade tarzı arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Bu amaç doğrultusunda, araştırmanın birinci alt problemi yetişkin örnekleme DEHB'nin yaygınlığının incelenmesidir. DEHB alt ölçekleri ve toplam puanına ilişkin düzeylere göre dağılım Tablo 3' te yer almaktadır.

Tablo 3. Katılımcıların DEHB Düzeylerinin DEHB Alt Ölçeklerine ve Toplam Puanına Göre Dağılımı

	Düzyey	N	%
Dikkat Eksikliği	Alt	13	6.8
	Orta	149	78.4
	Üst	28	14.7
	Toplam	190	100
Aşırı Hareketlilik	Alt	33	17.4
	Orta	132	69.5
	Üst	25	13.2
	Toplam	190	100
Sorun	Alt	20	10.5
	Orta	162	85.3
	Üst	8	4.2
	Toplam	190	100
Toplam puan	Alt	18	9.5
	Orta	165	86.8
	Üst	7	3.7
	Toplam	190	100

Tablo 3 incelendiğinde, DEHB alt ölçeklerinde ve toplam puanda en yüksek oranların “orta” düzeyde alındığı görülmektedir. Bununla birlikte “üst” düzeyde alınan puanların oranları sırasıyla Dikkat Eksikliği (%14.7), Aşırı Hareketlilik (%13.2), Sorun (% 4.2) ve genel toplam (% 3.7) olduğu görülmektedir. Buradan hareketle bu örnekleme üst düzeyde en sık görülen DEHB alt boyutunun dikkat eksikliği olduğu söylenebilir. Bunu aşırı hareketlilik ve sorun alt boyutları izlemektedir. Genel toplamda, üst düzey DEHB'nin oranı %3.7' dir.

Araştırmanın ikinci alt problemi “Yetişkinlerde DEHB alt boyutlarda ve toplam puanda cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?” biçiminde ifade edilmiştir. Bu alt probleme yanıt aramak için elde edilen veriler “t Testi” ile analiz edilmiştir. Tablo 4' te analiz sonuçları yer almaktadır.

Tablo 4. DEHB Ölçeği Puanlarının Cinsiyete Göre T-Testi Sonucu

	Cinsiyet	N	\bar{X}	sd	t	p
Dikkat Eksikliği	Kadın	101	7.13	188	.30	.76
	Erkek	89	6.99			
Aşırı Hareketlilik	Kadın	101	5.85		.84	.40
	Erkek	89	6.29			
Sorun	Kadın	101	22.13		2.07	.03
	Erkek	89	20.04			
Toplam puan	Kadın	101	34.67		.88	.37
	Erkek	89	33.27			

Analiz sonuçlarına göre, DEHB Sorun alt ölçeğinde cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermektedir, $t(188)=2.07$, $p<.05$). Kadınların DEHB ile ilgili sorun davranışları ($\bar{X}=22.13$), erkeklere göre ($\bar{X}=20.04$), daha çok sergiledikleri görülmektedir. Anlamlı farklılık göstermemekle birlikte, Dikkat Eksikliği ve toplam puanda yine kadınların erkeklere göre daha yüksek puan aldıkları, erkeklerin ise aşırı hareketlilik düzeylerinin kadınlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Araştırmanın üçüncü alt problemi “Yetişkinlerde DEHB alt boyutlarda ve toplam puanda medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?” biçiminde ifade edilmiştir. Bu alt probleme yanıt aramak için, elde edilen veriler “t” Testiyle analiz edilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 5’te yer almaktadır.

Tablo 5. DEHB Ölçeği Puanlarının Medeni Duruma Göre T-Testi Sonucu

	Medeni durum	N	\bar{X}	sd	t	p
Dikkat Eksikliği	Evli	36	6.81	188	.53	.59
	Bekar	154	7.12			
Aşırı Hareketlilik	Evli	36	5.94		.21	.83
	Bekar	154	6.08			
Sorun	Evli	36	20.76		.37	.71
	Bekar	154	21.24			
Toplam puan	Evli	36	33.89		.07	.93
	Bekar	154	34.04			

Analiz sonuçları, DEHB’nin gerek alt boyutlarda gerekse toplam puanda medeni duruma göre anlamlı bir farklılık oluşturmadığını göstermektedir. Anlamlı bir farklılık oluşturmamasına karşın, alt boyutlarda ve genel toplamda, bekar olan bireylerin puanlarının evli olanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Araştırmanın alt problemlerinden bir diğeri ise, “Yetişkinlerde DEHB alt boyutlarda ve toplam puanda sigara ve alkol kullanımına göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir? biçimindedir.

Tablo 6’da katılımcıların sigara kullanımı ile DEHB alt boyutları ve toplam puan arasındaki farka ilişkin t testi sonuçları yer almaktadır.

Tablo 6. DEHB Ölçeği Puanlarının Sigara Kullanımına Göre T-Testi Sonucu

	Sigara Kullanımı	N	\bar{X}	sd	t	p
Dikkat Eksikliği	Evet	40	6.65	188	.91	.36
	Hayır	150	7.17			
Aşırı Hareketlilik	Evet	40	6.05		.01	.98
	Hayır	150	6.06			
Sorun	Evet	40	21.54		.39	.69
	Hayır	150	21.04			
Toplam puan	Evet	40	34.55		.34	.72
	Hayır	150	33.87			

Analiz sonuçlarına göre, gerek alt boyutlarda gerekse toplam puanda DEHB ve sigara kullanımı arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir. Katılımcıların alkol kullanımı ile DEHB alt boyutları ve toplam puan arasındaki farka ilişkin t testi sonuçları Tablo 7’de yer almaktadır.

Tablo 7. DEHB Ölçeği Puanlarının Alkol Kullanımına Göre T-Testi Sonucu

	Alkol Kullanımı	N	\bar{X}	sd	t	p
Dikkat Eksikliği	Evet	22	6.86	185	.31	.75
	Hayır	165	7.09			
Aşırı Hareketlilik	Evet	22	6.82		1.02	.30
	Hayır	165	5.98			
Sorun	Evet	22	24.38		2.30	.02
	Hayır	165	20.74			
Toplam puan	Evet	22	37.32		1.47	.14
	Hayır	165	33.63			

DEHB Sorun alt ölçeğinde alkol kullanımına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir, $t(185)=2.30$, $p<.05$). Alkol kullanan bireylerin sorun davranışları ($\bar{X}=24.38$), alkol kullanmayanlara göre ($\bar{X}=20.74$) daha çok sergiledikleri görülmektedir. Anlamlı farklılık

göstermemekle birlikte, aşırı hareketlilik ve toplam puanda yine alkol kullanan bireylerin kullanmayanlara göre daha yüksek puan aldıkları görülmektedir.

“Yetişkinlerde DEHB düzeyi ailede psikolojik bir problemin varlığına göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?” biçiminde ifade edilen araştırmanın beşinci alt problemine yanıt aramak için elde edilen veriler Mann Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 8’ de yer almaktadır.

Tablo 8. DEHB Ölçeği Puanlarının Ailede Psikolojik Problemin Varlığına Göre Mann Whitney U Testi Sonucu

	Ailede Psikolojik Rahatsızlık Durumu	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	P
Dikkat Eksikliği	Var	11	125.64	1382	620	.04
	Yok	176	92.02	16196		
Aşırı Hareketlilik	Var	11	115.59	1271.5	730.5	.17
	Yok	176	92.65	16306.5		
Sorun	Var	11	107.59	1183.5	818.5	.39
	Yok	176	93.15	16394.5		
Toplam puan	Var	11	119.18	1311	691	.11
	Yok	176	92.43	16267		

Analiz sonuçlarına göre, ailede psikolojik bir rahatsızlığın olup olmaması ile dikkat eksikliği alt boyutunda anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır, $U=620$, $p<.05$. Sıra ortalamaları dikkate alındığında, ailesinde psikolojik problem olan bireylerin olmayanlara göre dikkat eksikliği puanlarının daha yüksektir. Ailesinde psikolojik bir problemin var olduğunu belirten katılımcıların ifade ettikleri problemlerin depresyon ($n=3$), anksiyete bozukluğu ($n=4$), DEHB ($n=2$) ve şizofreni ($n=29$) olduğu görülmüştür.

Araştırmanın altıncı alt problemi, DEHB ve alt ölçekleri ile öfke ve öfke ifade tarzı alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır? biçiminde ifade edilmiştir. Bu amaçla yapılmış olan Pearson korelasyon analizi sonuçları Tablo 9’ da yer almaktadır.

Tablo 9. DEHB Ölçeği Puanları İle Öfke Ve Öfke İfade Tarzı Arasındaki Korelasyon

		Sürekli Öfke	Öfke Kontrol	Dışa Yönelik	İçe Yönelik
Dikkat Eksikliği	Pearson korelasyon	.164	-.125	.149	.173
	Sig. (2-tailed)	.024	.085	.040	.017
	N	190	190	190	190
Aşırı Hareketlilik	Pearson korelasyon	.227	-.087	.342	.137
	Sig. (2-tailed)	.002	.234	.000	.059
	N	190	190	190	190
Sorun	Pearson korelasyon	.394	-.092	.370	.337
	Sig. (2-tailed)	.000	.207	.000	.000
	N	190	190	190	190
Toplam puan	Pearson korelasyon	.362	-.097	.339	.303
	Sig. (2-tailed)	.000	.180	.000	.000
	N	190	190	190	190

Tablo 9 incelendiğinde, katılımcıların dikkat eksikliği puanları ile sürekli öfke ($r=.164$, $p<.05$), dışa yönelik öfke ($r=.149$, $p<.05$), içe yönelik öfke ($r=.173$, $p<.05$) puanları arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Aşırı hareketlilik puanları ile sürekli öfke ($r=.227$, $p<.05$), içe yönelik öfke ($r=.137$, $p<.05$) puanları arasında yine düşük düzeyde pozitif ve anlamlı bir ilişki, aşırı hareketlilik ile dışa yönelik öfke ($r=.342$, $p<.001$) puanları arasında orta düzeyde pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Sorun puanı ile sürekli öfke ($r=.394$, $p<.001$), dışa yönelik öfke ($r=.370$, $p<.001$) ve içe yönelik öfke ($r=.337$, $p<.001$) puanları arasında orta düzeyde pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. DEHB toplam puan ile öfke puanları arasındaki ilişkiye baktığımızda ise; sürekli öfke ($r=.362$, $p<.001$), dışa yönelik öfke ($r=.339$, $p<.001$), içe yönelik öfke ($r=.303$, $p<.001$) puanları arasında orta düzeyde pozitif, anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Öfke kontrol puanları gerek DEHB alt boyutlarında gerekse toplam puanda anlamlı bir ilişki vermemiştir.

Tartışma ve Yorum

Bu çalışmanın temel amacı, yetişkin örnekleme DEHB ve alt boyutlarının dağılımının incelenmesi, demografik değişkenlere göre analiz edilmesi ve DEHB ile öfke ve öfke ifade tarzı arasındaki ilişkinin araştırılmasıdır.

Araştırmanın bulgularına göre, katılımcıların DEHB oranının üst düzeyde, % 3.7 olduğu görülmektedir (Tablo 3). Kessler vd. (2007) ve Kessler vd. (2010), normal popülasyon çalışmalarında bildirilen DEHB sıklığının %1 ile %6 oranında olduğunu belirtmektedirler. Özdemiroğlu ise, ayaktan izlenen psikiyatri hastalarında bu oranın %1.6 olduğunu belirtmiştir (Akt. Tufan ve Yalug, 2010). Üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmalarda

ise bu sıklık %6.3 (Taner vd., 2007), %2.6 (Doğan vd., 2008) olarak bildirilmiştir. Araştırmanın bu bulgusu, alan yazındaki araştırma sonuçları ile uyum içerisindedir. Yine bu çalışmada en sık karşılaşılan alt tipin, Dikkat Eksikliği olduğu görülmüştür. İlgili alan yazında DEHB seyri ile ilgili olarak yetişkinlik yıllarına yaklaştıkça aşırı hareketlilik ve dürtüsellik azaldığı, dikkat eksikliğinin ise daha kalıcı olduğu görülmektedir (Döpfner, Frölich ve Lehmkuhl, 2000; Kessler vd., 2010). Duran (2006) da çalışmasında aynı sonuca ulaşmıştır. DEHB tanısı koyulan yetişkinlerin özellikle seçici dikkat ve dikkati sürdürmede sorunlarının olduğu belirtilmektedir (Öncü ve Ölmez, 2004). Bu çalışmada da üst düzeyde en sık karşılaşılan alt boyutun dikkat eksikliği olması alan yazındaki bilgilerle paralellik göstermektedir. Adam vd. (2002), yetişkinlik yıllarına yaklaştıkça aşırı hareketliliğin azalmasını, sinirsel olgunlaşma, özellikle psikososyal uyum mekanizmaları ve stresle baş etme mekanizmalarının geliştirilmiş olması ile açıklamaktadır. Ayrıca DEHB'nin yetişkinlikte ne tür bir tablo göstereceğinin yordanmasında biyolojik gelişim, bilişsel düzey, sosyal çevre, ailesel özellikler, deneyimler de önemli görünmektedir (Torun vd., 2009).

Cinsiyete ilişkin bulgularda, kadınların ölçeğin alt boyutlarından sorun bölümünde, erkeklere göre anlamlı farklılık gösterdikleri göze çarpmaktadır (Tablo 4). Alan yazında cinsiyete ilişkin bulgular incelendiğinde, çocukluk döneminde DEHB erkek çocuklarda kızlara göre daha sık görülüyor olmasına karşın (Lauth ve Naumann, 2009; Öktem ve Sonnuvar, 1993; Toros ve Tataroğlu, 2002), yetişkinlik yıllarında cinsiyete ilişkin farklılıkların oldukça gerilediği belirtilmektedir (Rösler ve Retz, 2006). Bununla birlikte cinsiyete ilişkin bulguların tutarlı olmadığı da söylenebilir (Doğan vd., 2009). Bazı çalışmalarda erkeklerin kadınlara göre DEHB ölçeklerinden daha yüksek puan aldıkları belirtilirken (Kılıçoğlu vd., 2009), bazı çalışmalarda ise kadınların DEHB düzeylerinin daha yüksek olduğu (Duran, 2006) vurgulanmaktadır. Buna karşın, cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılığın ortaya çıkmadığı çalışmalar da vardır (Günay vd., 2005; Öncü vd., 2005). Bu çalışmada DEHB toplam puanda cinsiyete göre anlamlı bir farklılık saptanmamış olmasına karşın, sorun alt boyutunda kadınların anlamlı düzeyde yüksek puan aldıkları gözlenmektedir. Sorun alt boyutunda DEHB'ye eşlik etme olasılığı yüksek olan sorun davranışlar yer almaktadır. Bu boyuttan yüksek puan almış olma kadınların demografik özellikleriyle (yaş, sosyo-ekonomik düzey, eğitim, medeni durum gibi) ya da başka bir psikiyatrik problemlerle ilişkili olabilir. Bununla birlikte Doğan vd.'nin (2009) belirttiği gibi, gözden geçirilen yayınlarda cinsiyet etkisi ile ilgili farklılık, çocukluk döneminde kız çocuklarında DEHB belirtilerinin anne babalar ve öğretmenler tarafından daha az dile getiriliyor olması, yetişkinlik dönemindeki kadınların ise sorun davranışlarının daha fazla farkında oldukları biçiminde yorumlanabilir. Ancak yetişkin DEHB yaygınlığında cinsiyet etkisini araştıran daha fazla çalışmaya gereksinim vardır.

Araştırmanın bir diğer bulgusu, medeni durum ile DEHB arasında anlamlı bir farklılığın olmamasıdır (Tablo 5). Günay vd. (2005) de, medeni durumun DEHB' de anlamlı bir farklılık oluşturmadığını belirtmişlerdir. Buna karşın ortalamalar incelendiğinde, evli

olmayan bireylerin tüm alt boyutlarda daha yüksek puan aldıkları göze çarpmaktadır. Özdemiroğlu, yaptığı çalışmada evli olmayan bireylerin DEHB oranının evli bireylere göre daha yüksek olduğunu bulmuştur (Akt. Tufan ve Yaluğ, 2010). Evli olan bireylerin, ev ve aileye ilişkin üstlenmiş oldukları sorumluluklar duygu ve davranışlarını kontrol etmede onları daha kontrollü olmaya itiyor olabilir. Evli olmayan bireylerin DEHB ortalamaları daha yüksek çıkmış olması buna bağlanabilir.

Sigara kullanımının DEHB ve alt boyutları ile anlamlı farklılık oluşturmamış olması bu çalışmanın bir diğer bulgusudur. Bu bulgu Duran'ın (2006) çalışması ile uyumludur. Bununla birlikte alkol kullanan bireylerin DEHB ölçeğinin sorun alt boyutunda anlamlı bir farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Anlamlı bir farklılık göstermemekle birlikte, aşırı hareketlilik ve toplam puanda, alkol kullanan bireylerin kullanmayanlara göre daha yüksek puan aldıkları görülmüştür. DEHB, alkol ve madde kullanımı birbirleriyle ilişkili değişkenlerdir. DEHB olan bireylerin alkol ve madde kullanımı oranlarının yüksek olduğu belirtilmektedir (Wender, 2002; Wodarz vd., 2004). Şengül vd. (2009b) ise, alkollü araç kullanımı nedeniyle ehliyetine el koyulan sürücülerde yetişkin DEHB' nin daha sık gözlemlendiğini ortaya koymuşlardır. Özdemiroğlu da yetişkinlerde DEHB gösteren bireylerin alkol ve madde kullanım oranları yüksek olan bireyler olduğunu belirtmektedir (Akt. Tufan ve Yaluğ, 2010). Bu araştırmanın bulguları da ilgili alan yazınla paralellik göstermektedir. Özellikle çocukluk döneminde DEHB olan çocuklara ilişkin olarak gelecekteki riskler açısından vurgulanan bir durum alkol ve madde bağımlılığıdır (Lauth ve Naumann, 2009). Bu açıdan değerlendirildiğinde, çocukluktaki DEHB belirtilerinin ve davranış problemlerinin daha sonraki dönemlerde anti sosyal davranışlara ve madde kullanımına zemin hazırlayabileceği düşünülebilir (Torun vd., 2009).

Ailede psikolojik bir problemin olup olmama durumu ile dikkat eksikliği alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. DEHB ile ilgili aile çalışmaları incelendiğinde, genellikle DEHB' li çocuklar ile anne babalarındaki DEHB oranına ilişkin çalışmalar göze çarpmaktadır. Nitekim Aydın vd. (2006), DEHB grubundaki çocukların anne babalarındaki DEHB oranını %33.8 olarak bildirmişlerdir. Güçlü ve Erkıran (2004) ise DEHB tanısı konmuş olan çocukların anne babalarında erişkin DEHB yaygınlığını %6.8 olarak saptamışlardır. DEHB ölçütlerini karşılayan anne babalara %12.5 oranında duygu durum bozuklukları, %25 oranında ise anksiyete bozuklukları tanısı koyulmuştur. Buradan hareketle, ailede psikolojik problemlerin olması ile DEHB arasında anlamlı bir farklılığın ortaya çıkması beklenen bir bulgudur. Bu durumun yorumlanmasında DEHB ile ilgili genetik çalışmaların bulgularının değerlendirilmesi önemlidir. Yapılan çalışmalar DEHB olan çocukların anne baba ve kardeşlerinde bu bozukluğu olmayan çocukların anne babalarına göre ortalama 5 kat daha fazla görüldüğünü göstermektedir (Lauth ve Heubeck, 2006).

Bu çalışmanın alt problemlerinden bir diğeri ise DEHB alt boyutları ve toplam puan ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzı (öfke kontrolü, içe yönelik ve dışa yönelik öfke) puanları arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Elde edilmiş olan bulgulara göre, Dikkat Eksik-

liği alt boyutu ile sürekli öfke, dışa yönelik ve içe yönelik öfke puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu ortaya çıkmıştır.

Sürekli öfke, bireylerde genel olarak öfkelenmeye eğilimli olma durumunu ifade eder ve yaşanan öfkenin sıklığı ile ilgili bir kavramdır. Dikkat eksikliği ise ayrıntılara dikkat etmekte güçlük çekme, başladığı işi bitirememeye, görev ve işleri organize etmede sorun yaşama, unutkanlık ve zihinsel etkinliklerden kaçınma gibi belirtilerle ortaya çıkmaktadır (Wender, 2002) Bu belirtiler sonucunda dikkat eksikliği yaşayan bireylerin sürekli öfke düzeylerinin yükselmesi beklenebilir. Araştırmanın bu bulgusuyla Aysev ve Öner (2002)'in ergenlerle yapmış oldukları çalışmanın bulguları paralellik göstermektedir. Aysev ve Öner (2002) yapmış oldukları çalışmada, çocukluğunda DEHB tanısı almış ergenlerin, DEHB puanları ile öfke puanları arasında anlamlı düzeyde bir ilişkinin olduğu ortaya koymuşlardır. Yine çalışmanın bu bulgusunu destekler nitelikte bir çalışma Ceylan-Özkan, Çulha ve Karakaş (2008) tarafından yapılmıştır. Ceylan-Özkan, Çulha ve Karakaş (2008), 116 kadın üniversite öğrencisi üzerinde, DEHB'ye özgü olabilecek kişilik özelliklerini araştırmışlardır. Bu çalışmada, DEHB puanları yüksek olan grubun öfke puanlarının da ilişkili olarak yükseldiği ortaya konulmuştur. Konuyla ilgili başka bir çalışmada Ramirez vd. (1997), ise yüksek düzeyde DEHB'li üniversite öğrencileri ile DEHB belirtileri bakımından normal düzeyde bulunan üniversite öğrencilerinin öfke ve öfke ifade tarzlarını karşılaştırmışlardır. DEHB belirtileri yüksek olan üniversite öğrencilerinin sürekli ve durumluk öfke düzeylerinin normal gruba oranla anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır. Bu araştırmadan elde edilen bulgu alan yazında yer alan araştırma bulguları ile tutarlılık göstermektedir.

Araştırmanın diğer önemli bir bulgusu ise içe yönelik öfke ile Dikkat Eksikliği arasında anlamlı bir ilişkinin olduğunun ortaya konulmasıdır. İçe yönelik öfke bireylerin öfkelerini ifade etmekte zorlanması ve içlerinde tutarak bu öfkeleriyle baş etmeye çalışmasıdır (Özmen, 2004). DEHB'li bireyler ise, ani ve büyük öfke ve kızgınlık tepkileri gösterebilmektedirler. Ailede ya da iş yerinde bu gibi durumlar nedeniyle problem yaşamaları olasıdır. Hatta bu bireylerin riskli araç kullanımı, ekstrem sporlar gibi alanları tercih ettikleri ve sürekli tehlike arayışı içinde oldukları belirtilmektedir. Bununla birlikte yetişkinlik döneminde aşırı hareketlilik ve ilişkili belirtilerin azaldığı, yerini içsel huzursuzluğun aldığı ifade edilmektedir (Adam vd., 2002; Krause vd., 1998; Rösler ve Retz, 2006; Wender, 2002). İçe yönelik öfke puanlarının DEHB alt boyutları ve toplam puan ile anlamlı ilişki vermesi bu bakımdan önemlidir. Bonekamp ve von Salisch (2007), DEHB'li ergenlerle yaptıkları bir çalışmada, DEHB'li ergenlerin öfkelenedikleri anda etkili baş etme stratejilerini kullanamadıklarını ortaya koymuşlardır. Bonekamp ve von Salisch (2007)'in bulguları ile bu araştırmadan elde edilen bulgular paralellik göstermektedir. Bu bulgudan hareketle DEHB puanı ile içe yönelik öfke puanının arasındaki ilişkinin anlamlı olmasına dayanılarak, bu gençlerin öfkeleriyle etkisiz baş etme yöntemi kullandıkları söylenebilir. Özmen, (2004)'e göre öfkenin içe yönelmesi öfkeyle etkisiz baş etme yöntemlerinden birisidir. Yine öfkeyle etkisiz baş etme yöntemlerinden biri olan öfkenin dışa yöneltilmesi de dikkat eksikliği olan bireylerin kullandıkları bir yöntemdir. Özmen'e (2004) göre dışa

yönelik öfke, öfkenin kontrolsüz bir biçimde, olduğu gibi dışarıya yöneltmesidir. Bu çalışmada Dikkat eksikliği ile içe-dışa yönelik öfke puanlarının anlamlı ilişki vermesi beklenmelidir. Zira Dikkat eksikliği, bireyin günlük yaşantısında ve iş yaşantısında çok çeşitli sorunlara yol açmaktadır. Bu sorunlar çoğu zaman bireyin sürekli öfke düzeyinin artmasına neden olabilecek sorunlardır.. Sürekli öfke düzeyinin yükselmesi sonucunda, öfkenin bir yolla ifade edilmesini zorunlu kılmaktadır. Bu ifade tarzı bireyin öfkesini zaman zaman içe zaman zaman dışa yöneltmesi biçiminde görülmektedir.

Araştırmanın bir diğer bulgusu, aşırı hareketlilik alt ölçeği puanları ile sürekli öfke ve içe yönelik öfke puanları arasında düşük ancak anlamlı bir ilişki olduğu, dışa yönelik öfkeyle ise orta düzeyde olumlu yönde anlamlı bir ilişki olduğudur. Sürekli hareket halinde olan, yerinde duramayan, koşturup duran, çok konuşan (Lauth ve Schlottke, 2001; Lauth ve Schlottke, 2002) aşırı hareketli bireylerin, dışa yönelik öfke puanları ile ilişkisinin anlamlı olması beklenir. Dışa yönelik öfkeye sahip bireyler enerjilerini içlerinde tutmak yerine, tıpkı aşırı hareketlilikte olduğu gibi, dışarıya bırakmayı seçmektedirler. Bu durum onların insan ilişkilerinde bir takım sorunlar yaşamalarına yol açmaktadır (Lulofs ve Cahn, 2000). Kitchens, Rosèn ve Braaten (1999) yapmış oldukları bir çalışmada öfke, saldırganlık, depresyon ve stres düzeyleri bakımından DEHB'li olan ve olmayan çocukların karşılaştırmışlardır. Araştırmada çocukların annelerinden ve öğretmenlerinden toplanan verilere göre DEHB'li çocukların, öfke, saldırganlık ve depresyon düzeylerinin de diğer çocuklara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu durum Aşırı Hareketli çocukların bu durumlarıyla etkili baş etme yöntemleri konusunda başarılı olmadıklarının bir göstergesi olarak değerlendirilebilir.

Sorun alt ölçeği ile sürekli öfke, içe ve dışa yönelik öfke puanları arasındaki ilişkinin orta düzeyde pozitif ve anlamlı olduğu görülmektedir. DEHB'ye eşlik etmesi muhtemel sorun davranışların yer aldığı bu alt boyuttaki davranış problemleri ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzı puanları arasındaki ilişkinin anlamlı olması, öfke ve öfke ifade tarzının DEHB'ye eşlik eden diğer problemlerle bağlantılı olduğu biçiminde yorumlanabilir. Buradan hareketle, sürekli öfke ve içe yönelik öfke ve dışa yönelik öfke ifade tarzının DEHB'ye eşlik eden sorunlardan birisi olduğu söylenebilir. DEHB'li bireylerde öfke kontrol problemleri (Barkley, 2004; Torun vd., 2009) ve kısa süreli öfke patlamaları da (Wender, 2002) eşlik eden problemler arasında değerlendirilmektedir. DEHB'li bireylerin sürekli öfke düzeylerini yüksek olması ve öfkeyi kontrol etmede yaşadıkları sorunlarının yanı sıra, özellikle ergen ve genç yetişkinlerde, DEHB varlığında sigara ve madde kötüye kullanımı, yasal sorunlar, kötü akran ilişkileri, kendine güven kaybı, eğitim ve iş yaşamında başarısızlık gözlenebilmektedir. Yine artan yaşla birlikte saldırgan ve anti sosyal davranışların görülme sıklığının da arttığı belirtilmektedir (Adam vd., 2002; Tuğlu ve Şahin, 2010; Wender, 2002). Kitchens vd. (1999) DEHB li olan ve olmayan çocukların karşılaştırıldığı araştırmada çocukların annelerinden ve öğretmenlerinden toplanan verilere göre, DEHB'li çocuklar arasında, sigara içme alışkanlığının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Diğer duygusal ve davranışsal sorunlarında dahil edilerek geniş kapsamlı çalışmaların yapılması gerekmektedir. Şengül vd. (2004)'ne göre, yetişkin DEHB'de kişilik

bozuklukları eş tanısı da oldukça sıktır. Yapılan çalışmalarda, anti-sosyal kişilik bozukluğunun %22, pasif-agresif kişilik bozukluğunun %19, borderline kişilik bozukluğunun %14, histrionik kişilik bozukluğunun %11, çekingen kişilik bozukluğunun %11 oranında olduğu tespit edilmiştir. Barkley (2004), DEHB'li yetişkinlerin araç kullanırken öfkeli davranışlar sergilediklerini, düşmanca ve saldırgan davranışlara eğilimli olduklarını, aynı zamanda sürüş anında dikkatlerini toplayamadıklarını belirtmektedir. Durukan vd. (2009) ise DEHB olan çocukların klinik belirtilerinin annelerinin öfke düzeyleri ve öfke ifade tarzları ile ilişkisini inceledikleri çalışmalarında, DEHB olan çocukların annelerinin sürekli öfke düzeylerinin sağlıklı çocukların annelerine göre daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Bu durumun anne çocuk ilişkisine olumlu yansımaları beklenemez. Annelerin öfke düzeylerinin yükselmensin, aile içi iletişime de olumsuz yansımaları ve çocukların bu durumdan daha olumsuz etkilenmeleri kaçınılmazdır. Bu nedenle DEHB'li çocuklar değerlendirilirken içinde buldukları aile ve yakın sosyal çevreleriyle birlikte değerlendirilmelidirler.

Yine araştırma bulguları incelendiğinde, DEHB toplam puan ile öfke puanları arasındaki ilişkinin, sürekli öfke, içe ve dışa yönelik öfke boyutlarında pozitif ve orta düzeyde anlamlı olduğu görülmektedir. Bu ilişkinin anlamlı olması, "öfke düzeyinin ve öfkeyi ifade etme biçiminin" DEHB ile ilişkili olduğu biçiminde yorumlanabilir. Nitekim, Ramirez vd. (1997) yapmış oldukları çalışmada, DEHB semptomları yüksek olan üniversite öğrencilerinin sürekli ve durumluk öfke puanlarının da yüksek olduğunu ortaya koymuşlardır. Ceylan Özkan vd. (2008) de üniversite öğrencileri ile yaptıkları DEHB'ye özgü olabilecek kişilik özelliklerini inceledikleri çalışmalarında, DEHB puanları ile öfke puanları arasındaki ilişkinin yüksek olduğunu ifade etmişlerdir. Araştırmanın bu bulgusunun alan yazınla paralellik gösterdiği söylenebilir. Yetişkinlerde duygusal düzensizlik ve DEHB arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada katılımcıların üçte birinin öfke duygusu, öfke içeren davranışlar ve olayları-diğer insanları sıklıkla yanlış anlama gibi özelliklerinin yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Reimher vd., 2005). Bonekamp ve von Salisch (2007), DEHB'li ergenlerle yaptıkları çalışmanın sonucunda, DEHB'li ergenlerin öfkelenedikleri anda gerekli baş etme stratejilerini kullanamadıklarını ortaya koymuşlardır. Ramirez vd. (1997) tarafından hiperaktivite bozukluğuna (DEHB) sahip olan ve olmayan üniversite öğrencilerinin öfke ve öfke ifade tarzı bakımından karşılaştırıldığı bir çalışmada, DEHB olan grubun diğer gruba oranla, sürekli öfke puanları ve öfke ifade tarzı puanlarının anlamlı düzeyde yüksek çıktığı bildirilmiştir. DEHB li öğrencilerin, öfke ifade tarzı olarak işlevsel olmayan olumsuz, yıkıcı ve sosyal bakımdan zarar verici yöntemlere başvurdukları ifade edilmiştir. DEHB'li öğrencilerin, kişiler arası ilişkilerde daha zor bireyler olarak değerlendirildikleri, okuldan kaçma oranlarının daha yüksek olduğu ve daha endişeli / depresif bir ruh hali sergiledikleri ifade edilmektedir. Bu gençlerin ebeveynleri, çocuklarının öfke düzeylerinin daha yüksek olduğunu ve öfke denetiminde kullandıkları yöntemlerinin daha başarısız olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca ebeveynler, DEHB'li çocuklarının herhangi bir olumsuz tepki sergilediklerinde çevrelerini ve diğer insanları daha az dikkate aldıklarını ifade etmişleridir

Öfkenin sağlıklı bir biçimde ifade edilmesini içeren öfke kontrolü Öfkenin sıklığının azalması ve daha az saldırganca ifade edilmesi anlamına gelmektedir (Lulofs ve Chann, 2000) Yapılan bu araştırmada öfke kontrolü puanları ile DEHB'nin gerek alt boyutlarında gerekse toplam puanda anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir. Yetişkinlik dönemi ile birlikte aşırı hareketliliğin azaldığı bilinmektedir. Adam vd. (2002), aşırı hareketliliğin azalmasını, yetişkinlik yıllarına yaklaştıkça sinirsel olgunlaşma, özellikle psikososyal uyum mekanizmaları ve stresle baş etme mekanizmalarının geliştirilmiş olması ile açıklamaktadır. Bu açıdan değerlendirildiğinde, öfke kontrol puanları ile ilişkinin çıkmaması yetişkin grubun öfke kontrol düzeylerinde bir ilerlemenin olduğu, yukarıda belirtilen uyum mekanizmalarını kullanabildikleri biçiminde yorumlanabilir. Aynı zamanda bu araştırmanın yapıldığı grubun yükseköğretim görmüş ve öğretmenlik formasyonu kazanmak için bir eğitime alınmış olmaları öfke üzerindeki denetimlerini güçlü tutma inancına yol açmış olabilir. Ayrıca öfkenin içe yöneltilmesinin onun sağlıklı bir biçimde kontrol edildiği biçiminde algılanmasının da söz konusu olabileceği düşünülmektedir. Çoğu katılımcının, öfkeyi içe yönelterek yada içte tutarak, onu kontrol ettiklerini sanmaları söz konusu olabilir. Bu nedenle araştırmada kullanılmış olan Öfke ifade tarzı ölçeğinin, öfke kontrolü alt ölçeğinin başka bir çalışma kapsamında incelenmesi ve değerlendirilmesi önerilebilir.

Yetişkinlik döneminde DEHB ve ilişkili problem davranışların araştırılması önemlidir. Bu kişilerde kazalar, intihar girişimi ve şiddet gibi önlenebilir ve tedavi edilebilir sorunlar arasında yer alan riskli davranışların belirlenerek değerlendirilmesi gerekmektedir (Adam vd., 2002; Tuğlu ve Şahin, 2010; Wender, 2002). Bu yönüyle bu çalışmanın önemli olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte, bu araştırmada DEHB'ye eşlik eden öfke problemleri incelenmiş, diğer bozukluklar ise çalışma kapsamı dışında tutulmuştur. Diğer eşlik eden sorunların ise başka bir çalışmanın konusu olabileceği düşünülmektedir.

Kaynakça

- Adam, C., Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2002). "Der verlauf von aufmerksamkeitdefizit-/hyperaktivitätsstörungen(ADHS) im jugend- und Erwachsenenalter". *Kindheit und Entwicklung*, 11 (2), 73-81.
- Ateşçi, F., Tüysüzöğulları, H. D., Özdel, O. & Oğuzhanoğlu, N. K. (2010). "Erişkinlerde Bipolar I Bozukluk ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Eştanısı: Bir Ön Çalışma". *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 20(1), 66-73.
- Aydın, H., Diler, R. S., Yurdagül, E., Uğuz, Ş. & Şeydaoğlu, G. (2006). "DEHB Tanılı Çocukların Ebeveynlerinde DEHB Oranı". *Klinik Psikiyatri*, 9, 70-74.
- Aysev, A. & Öner, P. (2002). "Çocuklukta Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Almış Olguların Ergenlik Dönemindeki Psikiyatrik Durumlarının İncelenmesi". *Kriz Dergisi*, 10 (2), 41-48.

- Barkley, R. A. (2004). "Driving Impairments in Teens and Adults with Attention-deficit / Hyperactivity Disorder". *Psychiatric Clinics of North America*, 27, 233-260.
- Bonekamp, E. & von Salisch, M. (2007). "Aergerregulierung bei Jungen Mit ADHS". *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 35 (3), 189-198.
- Budak, S. (2000). *Psikoloji Sözlüğü*. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.
- Büyüköztürk, Ş. (2010). *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı*. Ankara: Pegem Akademi.
- Büyüköztürk, Ş., Çakmak, E. K., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş. & Demirel, F. (2009). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Pegem Akademi.
- Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G. & Büyüköztürk, Ş. (2010). *Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik*. Ankara: Pegem Akademi.
- Ceylan Özkan, A., Çulha, M. & Karakaş, S. (2008). „The effect of Tendency for Attention Deficit Hyperactivity Disorder on Personality Traits.“ *International Journal of Psychophysiology*. 69, 207-241.
- Doğan, S., Öncü, B., Saraçoğlu, G. V. & Küçükgöncü, S. (2008). "Üniversite Öğrencilerinde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Belirti Sıklığı ve Belirti Düzeyi ile İlişkili Gelişimsel, Akademik ve Psikolojik Etmenler". *Türkiye de Psikiyatri*, 10(3), 109-115.
- Doğan, S., Öncü, B., Varol-Saraçoğlu, G. & Küçükgöncü, S. (2009). "Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1.1): Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliği". *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10, 77-87.
- DuPaul, G. J., Schachar, R. S., Weyandt, L. L., Tripp, G., Kiesner, J., Ota, K. & Stanish, H. (2001). "Self-Report of ADHD Symptoms in University Students: Cross-gender and Cross-national Prevalence". *Journal of Learning Disabilities*, 34, 370-379.
- Duran, Ş. (2006). *Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastalarda Erişkin Dikkat Eksikliği-Hiperaktivite Bozukluğu Sıklığı ve Eştanı Durumları*. (Psikiyatri uzmanlık tezi), İstanbul: Haydarpaşa Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği.
- Durukan, İ., Erdem, M., Türkbay, T. & Cöngöloğlu, M. A. (2009). "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Klinik Belirtilerinin Annelerinin Öfke Düzeyleri ve Öfke İfade Tarzları ile İlişkisi". *Gülhane Tıp Dergisi*, 51, 101-104.
- Döpfner, M., Frölich, J. & Lehmkuhl, G. (2000). *Ratgeber hyperkinetische störungen*. Göttingen: Hogrefe.

- Güçlü, O. & Erkıran, M. (2005). "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan Çocukların Ebeveynlerinde Kişilik Bozuklukları". Klinik Psikiyatri Dergisi, 8 (1), 18-23.
- Günay, Ş., Savran, C., Aksoy, U. M., Maner, F., Yargıç, İ. & Turgay, A. (2005). "Bipolar Bozukluk ve Erişkin DEHB Olan Hastalarda DEHB Belirtileri". Türkiye'de Psikiyatri, 7(2), 61-66.
- Günay, Ş., Savran, C., Aksoy, U. M., Maner, F., Turgay, A. & Yargıç, İ. (2006). "Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeğinin (Adult ADD/ADHD DSM-IV Based Diagnostic Screening and Rating Scale) Dilsel Eşdeğerlilik, Geçerlilik, Güvenirlilik ve Norm Çalışması". Türkiye'de Psikiyatri, 8(2), 98-107.
- Kessler, R. C., Adler, R. A., Gruber, M. J., Sarawate, C. A., Spencer, T., Van Brunt, D. L. (2007). "Validity of the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener in a Representative Sample of Health Plan Members". International Journal of Methods in Psychiatric Research, 16, 52-65.
- Kessler, R. C., Green, J. G., Adler, L. A., Barkley, R. A., Chatterji, S., Faraone, S. V., Finkelmann, M., Greenhill, L. L., Gruber, M. J., Jewell, M., Russo, L. J., Sampson, N. A. & Van Brunt D. L. (2010). "Structure and Diagnosis of Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Analysis of Expanded Symptom Criteria from The Adult ADHD clinical Diagnostic Scale". Archives of General Psychiatry, 67 (11), 1168-1178.
- Krause, K. H., Krause, J. & Trott, G. E. (1998). "Das Hyperkinetische Syndrom (Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung) des Erwachsenenalters". Nervenarzt, 69, 543-556.
- Kılıçoğlu, A., Çalık, E., Kurt, İ., Karadağ, F., Çelik, N., Yeter, K., Değirmen, N., Öztürk, S. & Ülkün, N. (2009). "Üniversite Öğrencilerinde Kendilerini Bildirdikleri Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Belirtilerinin Değerlendirilmesi". Anadolu Psikiyatri Dergisi, 10, 88-93.
- Kitchens S. A., Rosèn, L. A. & Braaten, E. B. (1999). "Differences in Anger, Aggression, Depression, and Anxiety between ADHD and non-ADHD Children". Journal of Attention Disorders July,(3)2 77-83.
- Lauth, G. W. & Heubeck, B. (2006). Kompetenztraining für eltern sozial auffälliger Kinder (KES). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Lauth, G. W. & Naumann, K. (2009). ADHS in der schule. Weinheim: Beltz PVU.
- Lauth, G. W. & Schlotke, P. F. (2001). Hyperkinetische störungen. In G. W. Lauth, U. B. Brack, & F. Linderkamp, (Eds.), Verhaltenstherapie mit kindern und jugendlichen: Praxishandbuch (ss. 202-211). Weinheim: Beltz PVU.

- Lauth, G. W. & Schlotzke, P. F. (2002). Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern. Weinheim: Beltz PVU.
- Lulofs, R. S. & Chan, D. D. (2000). Conflict from theory to action. United States of America: Aperson Education Company.
- Öktem, F. & Sonuvar, B. (1993). “Dikkat Eksikliği Tanısı Alan Çocukların Özellikleri”. Türk Psikiyatri Dergisi, 4, 267-272.
- Öncü, B. & Ölmez, Ş. (2004). “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Erişkinlerde Nöropsikolojik Bulgular”. Türk Psikiyatri Dergisi, 15(1), 41-46.
- Öncü, B., Ölmez, Ş. & Şentürk, V. (2005). “Wender-utah Derecelendirme Ölçeği Türkçe Formunun Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu’ Nda Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması”. Türk Psikiyatri Dergisi, 16 (4), 252-259.
- Özer, A. K. (1994). “Sürekli Öfke (sl- öfke) ve Öfke İfade Tarzı (Öfke-Tarz) Ölçekleri Ön Çalışması”. Türk Psikoloji Dergisi, 9 (31), 26-35.
- Özmen, A. (2004). Seçim Kuramına ve Gerçeklik Terapisine Dayalı Öfkeyle Başa Çıkma Eğitim Programının Ve Etkileşim Grubu Uygulamasının Üniversite Öğrencilerinin Öfkeyle Başa Çıkma Becerileri Üzerindeki Etkisi. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Ramirez, C.A., Rosen, L.A., Deffenbacher, J.L., Hurst, H., Nicoletta, C., Rosencranz, T. & Smith, K. (1997). “Anger and Anger Expression in Adults with High ADHD Symptoms”. Journal of Attention Disorders, 2 (2), 115-128.
- Reimherr, F. W., Marchant, B. K., Strong R E., Hedges, D. W., Adler, L., Spencer, T. J., West, S. A. & Soni, P. (2005). “Emotional Dysregulation in Adult ADHD and Response to atomoxetine”. *Biological Psychiatry*, 58(2), 125–131
- Rösler, M. & Retz, W. (2006). “Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (adhs) im Erwachsenenalter”. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 54 (2), 77-86.
- Schmidt, S., Brücher, K. & Petermann, F. (2006). “Komorbiditaet der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (adhs) im Erwachsenenalter”. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 54 (2), 123-132.
- Schweitzer, J. B., Cummins, T. K. & Kant, C. A. (2001). „Attention-deficit/Hyperactivity Disorder”. Medical Clinics of North America, 85 (3), 757-777.
- Simon, V., Czobor, P., Balint, S., Meszaros, A. & Bitter, I. (2009). “Prevalence and Correlates of Adult Attention-deficit Hyperactivity Disorder: Meta-analysis”. The British Journal of Psychiatry, 194, 204-211.
- Sevinç, E., Şengül, C., Çakaloz, B. & Herken, H. (2010). “Psikiyatri Polikliniğinde Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Konan Hastalarda Eş-tanı”. Nöropsikiyatri Arşivi, 47, 139-143.

- Şengül, C., Efe, M., Alaçam, H. & Herken, H. (2009a). "Bir Genel Psikiyatri Polikliniğinde Erişkin DEHB Tanısıyla İzlenen Hastaların Değerlendirilmesi". *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10 (Ek 1), 62-62.
- Şengül, C., Şengül, C. B., Öz, A., Çaylı, H., Kaya, K. & Herken, H. (2009b). "Alkollü Araç Kullanımı Sebebiyle Ehliyetine El Koyulan Sürücülerde Erişkin Tıp Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu". *Türkiye'de Psikiyatri*, 11 (3), 122-125.
- Şengül, C. B., Şengül, C., Telci, Ş. & Dilbaz, N. (2004). "Erken Erişkinlikte Tanı Konan İki Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olgusu". *Klinik Psikiyatri*, 7, 51-56.
- Taner, E., İlhan, M. N., Taner, Y., Bakar, E. E. ve Şenlik, Z. B. (2007). "Tıp Fakültesi Altıncı Sınıf Öğrencilerinde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Yaygınlığı Ve Eğitim Hayatı Üzerine Etkileri". *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(2), 59-62.
- Toros, F. ve Tataroğlu, C. (2002). "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu: Sosyodemografik Özellikler, Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri". *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 9(1), 23-31.
- Torun, N. Y., Özşahin, A. & Sütçügil, L. (2009). "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu' Nun Yetişkinlikteki Yansımaları". *Klinik Psikiyatri*, 12, 43-50.
- Tuğlu, C. (2010). "Bipolar Bozukluk ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Arasındaki İlişki". *Duygudurum Dizisi*, 5, 247-251.
- Tuğlu, C. ve Şahin, Ö. Ö. (2010). "Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Nörobiyoloji, Tanı Sorunları ve Klinik Özellikler". *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2 (1), 75-116.
- Tufan, A. E. ve Yaluğ, İ. (2010). "Erişkinlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu: Türkiye Verilerine Dayalı Bir Gözden Geçirme". *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 11, 351-359.
- Yarpuz, A.Y., Ölmez, Ş., Öncü, B. ve Atbaşoğlu, C. (2004). "Erişkin Bir Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Olgusunun Klinik ve Nöropsikolojik Değerlendirilmesi". *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*, 5(2), 105-111.
- Wender, P. H. (2002). *Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Weyandt L. L. & DuPaul G. (2006). "ADHD in College Students". *Journal of Attention Disorders*, 10 (1), 9-19.
- Wodarz, N., Lange, K., Laufkötter, R. & Johann, M. (2004). *Aufmerksamkeitsdefizit-hyperaktivitätssyndrom (ADHS) und Alkoholabhängigkeit*. In Bundesverband Aufmerksamkeitsstörung/Hyperaktivität e. V. (BV-AH e. V.), *ADHS wird erwachsen. Was tun?* (pp. 51-60) Karlsruhe: Präzis Druck GmbH.

