

## Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Ergen ve Yetişkinlerin Psikolojik Özelliklerinin İncelenmesi (Kırgızistan Örneği)

Mehmet Arif ÖZERBAŞ<sup>1</sup> ve Ayturgan KASYMALİEVA<sup>2</sup>

### Öz

Bu çalışmanın amacı, Kırgızistan'da yaşayan ergen ve yetişkinler arasında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu görülme düzeylerini belirlemektir. Araştırmada betimsel nitelikte tarama modeli kullanılmıştır. Çalışmanın evrenini 2023-2024 eğitim-öğretim yılında Kırgızistan – Türkiye Manas Üniversitesinde öğrenim gören öğrenciler oluşturmuştur. Örneklemi ise, yine aynı üniversitede öğrenim gören ve gönüllü olarak ölçeği dolduracak öğrenciler oluşturmuştur. Günay ve arkadaşları tarafından geliştirilen (2005) “Erişkinlerde dikkat eksikliği hiperaktivite ölçeği” kullanılmıştır. Verilerin analizinde parametrik testlerden ikili değişkenler arasındaki farkların belirlenmesinde Bağımsız T-testi, ikiden fazla değişkenler arasındaki farkların belirlenmesinde Tek yönlü ANOVA testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi ( $p < .05$ ) olarak alınmıştır. Araştırmanın bulgularına göre dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun semtoları çocukluk döneminde başlanmasına rağmen ergenler ve yetişkinlerde de devam ettiği için yaşam kalitesini düşürdüğü görülmüştür. Ergen ve yetişkinlerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu cinsiyet değişkinine göre ölçeğin geneli ve bütün boyutlarında anlamlı bir farklılık göstermemektedir, buna göre ergen ve yetişkinler ölçeğin geneli ve bütün boyutlardaki özellikler açısından birbirlerine yakın düzeyde kendilerini değerlendirdikleri söylenebilir. Alkol-madde kullanan deneklerin DEHB'nin semtolarının yükselmesine etken olduğu görülmüştür. Kardeş sayısının dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu üzerindeki etkisi karmaşık bir konudur ve tam olarak belirlenmiş bir yanıtı yoktur. Araştırmada dikkat eksikliği alt boyutundaki anlamlı farklılık çocukluk döneminde psikiyatrik başvurusu olanlar lehine çıkmıştır.

*Anahtar Kelimeler:* Dikkat Eksikliği, Hiperaktivite Bozukluğu, Ergen, Yetişkin

### Investigation of Psychological Characteristics of Adolescents and Adults with Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (Kyrgyzstan Sample)

#### Abstract

The aim of this study is to determine the prevalence of attention deficit and hyperactivity disorder among adolescents and adults living in Kyrgyzstan. A descriptive screening model was used in the study. The universe of the study consisted of students studying at Kyrgyzstan-Turkey Manas University in the 2023-2024 academic year. The sample consisted of students studying at the same university who would fill out the scale voluntarily. The “Adult Attention Deficit Hyperactivity Scale” developed by Günay et al. (2005) was used. In the analysis of the data, the Independent T-test was used to determine the differences between binary variables from parametric tests, and the One-way ANOVA test was used to determine the differences between more than two variables. The significance level was taken as ( $p < .05$ ). According to the findings of the study, although the symptoms of attention deficit and hyperactivity disorder begin in childhood, they continue in adolescents and adults, thus reducing the quality of life. Adolescents and adults do not show a significant difference in the overall scale and all dimensions of attention deficit and hyperactivity disorder according to gender, and accordingly, it can be said that adolescents and adults evaluate themselves at similar levels in terms of the overall scale and all dimensions. It has been observed that subjects who use alcohol and substances are a factor in the increase in ADHD symptoms. The effect of the number of siblings on attention deficit and hyperactivity disorder is a complex issue and does not have a fully determined answer. In the study, the significant difference in the attention deficit sub-dimension was in favor of those who applied to the psychiatrist in childhood.

*Keywords:* Attention Deficit, Hyperactivity Disorder, Adolescent, Adult

#### Atıf İçin / Please Cite As:

Özerbaş, M. A. ve Kasymalieva, A. (2026). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan ergen ve yetişkinlerin psikolojik özelliklerinin incelenmesi (Kırgızistan örneği). *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 15 (1), 41-57. doi:10.33206/mjss.1716465

**Geliş Tarihi / Received Date:** 10.06.2025

**Kabul Tarihi / Accepted Date:** 16.12.2025

<sup>1</sup> Prof. Dr. - Kırgızistan-Türkiye Manas Üniversitesi Edebiyat Fakültesi, Eğitim Bilimleri Bölümü, Bişkek marif.ozerbash@manas.edu.kg, ozerbash@gazi.edu.tr Ankara

 ORCID: 0000-0001-5354-1634

<sup>2</sup> Yüksek Lisans - Kırgızistan-Türkiye Manas Üniversitesi Lisans Eğitim Enstitüsü, mailadres@gmail.com

 ORCID: 0009-0003-2825-0669



## Giriş

Yaşam kalitesi, bir kişinin yaşamındaki rahatlık, güvenilirlik, esenlik ve memnuniyet düzeyidir. Sosyal ilişkiler, fiziksel ve ruhsal sağlık, eğitim, çevre gibi yaşamı etkileyen birçok faktörü içerir. Fiziksel ve ruhsal sağlık bunların en önemlisi olarak kabul edilir. Bir kişi kendisine ve bedenine ne kadar iyi bakarsa, refahı o kadar yüksek olur. Bu durum, kişinin sosyalleşme ve hayattan zevk alma becerisini etkilerken; eğitim, bu süreçte çok önemli bir rol oynar. Bir kişi ne kadar eğitilmiş olursa, genel olarak hayatta o kadar fazla fırsata sahip olur. Çünkü kişinin ufkunu genişletir, mesleki gelişimini destekler ve becerilerini geliştirir. Bir diğer önemli unsur da kişinin ekonomik refahıdır. Yeterli bir gelir düzeyi, kişinin kendisine ve ailesine ihtiyaç duydukları her şeyi sağlamasına ve aynı zamanda tatillerin ve seyahatlerin tadını çıkarmasına olanak tanır. Gelir düzeyi maddi refahı belirler. Ancak önemli olan sadece kazanılan para miktarı değil, aynı zamanda bunun dağılımı ve temel ihtiyaçların karşılanabilmesidir. Aile, arkadaşlar, meslektaşlar ve tanıdıklardan oluşan bir çevre, duygusal refah ve özgüven için elverişli bir ortam yaratır. Çevre genel refahı etkiler. Örneğin, temiz hava, temiz su, sağlıklı gıda, güvenli mahalleler sağlığı geliştirir ve yaşamda güvenlik sağlar. Dolayısıyla, yaşam kalitesi sosyal, ekonomik, sağlık ve çevresel faktörleri bir araya getiren karmaşık bir göstergedir ve bir kişinin yaşamından duyduğu rahatlık ve memnuniyet düzeyini yansıtır. Ancak, hayatta her şey istediğimiz gibi gerçekleşmez. Hayatımız birçok faktörden etkilenir ve her şey kişiye bağlı değildir. Örneğin, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltabilir. Yaşam kalitesi ve DEHB arasındaki ilişki psikolojik, sosyal ve fizyolojik faktörler arasındaki karmaşık etkileşimleri içerir. İletişim ve ilişki kurma zorlukları nedeniyle DEHB'li insanlar sosyal izolasyon yaşayabilirler. Kendilerini sosyal olarak güvensiz hissedebilirler ve eleştiri veya reddedilme korkusuyla diğer insanlarla iletişimden kaçınabilirler; DEHB ile ilişkili sürekli başarısızlıklar ve zorluklar, düşük özsaygı ve yetersizlik duygusunun gelişmesine yol açabilir. Bu, özgüveni etkiler ve sorunları çözme becerisini zayıflatır. DEHB'li insanlarda depresyon ve anksiyete gelişebilir. Bu psikolojik durumlar, destek ve yardım alınmadığında kötüleşebilir. Yukarıda belirtilen tüm faktörlerin bir araya gelmesiyle DEHB'li bir kişinin yaşam kalitesi önemli ölçüde azalır. Şikayetler uzun sürebilir ve kişi yaşamsal sorunlarla ve zorluklarla başa çıkamayabilir.

DEHB hakkındaki bilgi eksikliği, bu bozukluğa sahip bireylerin anlaşılmasına, önyargılara ve ayrımcılığa yol açmaktadır. Bu nedenle, bu bozukluğun incelenmesi, stigmatı azaltmaya ve daha empatik ve kapsayıcı bir toplum oluşturmaya yardımcı olur. DEHB'nin önemli sosyal ve ekonomik sonuçları vardır, bunlar eğitim kalitesinin düşmesi, tıbbi ve sosyal desteğe yönelik harcamaların artması ve suçla ilişkili risklerin ve bağımlılığın artması gibi. Tüm bu faktörler, DEHB'nin incelenmesinin ve bu bozukluğa sahip insanların teşhis, tedavi ve desteklerinde kapsamlı bir yaklaşımın geliştirilmesinin önemini vurgular. Öncelikle DEHB'nin ne olduğunu gözden geçirelim. DEHB, dikkat eksikliği, hareketlilik ve dürtüsellik ile kendini gösteren; bir dizi diğer bilişsel ve davranışsal belirtilerin eşlik ettiği bir bozukluktur (APA, 1994). Çocuklarda yaygınlığı %3-7 arasında değişmektedir. Yaklaşık üçte iki oranında çocukluktan yetişkinliğe geçiş yaptığı düşünülmektedir (Wender 1995, Turgay 1998) DEHB ilk olarak 1968'de DSM-II tanı ölçütlerinde 'Çocukluğun Hiperaktif reaksiyonu' olarak yer almış olup günümüzde DSM-IV-TR ve ICD-10 tanıları arasında sadece çocukluk dönemindeki psikiyatrik bozukluklar başlığı altında ele alınmaktadır. Ancak çocukluk döneminde saptanan DEHB'nin erişkin dönemde de devam ettiği çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (Turgay, 1998, Tuğlu 1996, Weiss ve Hachtman 1993). Yapılan çalışmalarda hastaların en az %60'ında DEHB'nin önemli belirtilerinin gençlik ve erişkinlik yaşantısında da olumsuz etkilerini sürdürdüğü gösterilmiştir. Başkaldırım Bozukluğu, Davranım Bozukluğu, Öğrenim Bozuklukları, Depresyon, Distimi ve çeşitli Anksiyete Bozuklukları, Alkol ve İlaç Kötüye Kullanımı da DEHB ile birlikte görülmektedir. (Turgay, DEHB belirtileri çocukluk döneminde başlayıp yaşam boyu devam edebilir. Bu tür bozukluğu olan çocukların genel olarak sosyal becerileri daha zayıftır, arkadaşlarıyla daha az grup oyunlarına katılırlar ve diğer çocuklara uyum sağlamakta zorluk çekerler (Allessandri 1992, Dupaul ve ark. 2001). 1998). DEHB olan çocuklar, derslerde sessiz şekilde oturmakta zorlanırlar ve verilen göreve odaklanmaya ilişkin problem yapabilirler.

Zihinsel kapasiteleri yeterli olmasına rağmen, bu çocuklar ev ödevlerini yapmayı unutabilir veya karmaşık görevlerde yeterince sebat gösteremedikleri için akademik başarıları düşük olabilir. Günlük ev aktivitelerine uymakta ve özbakımlarını yapmakta direnen DEHB'li çocuklarda, uyku problemleri, karşıt gelme davranışları, kazalara sebep olacak riskli davranışlar ve enuresis sıklıkla gözlenen davranış problemleridir (Lahey ve ark. 1998, Szatmari ve ark. 1989) Pek çok yetişkinlik dönemi mental bozukluklarının ve bu bozuklukların davranışsal özelliklerinin kökeni ilk çocukluk yıllarında ortaya çıkmaktadır (Caspi ve ark. 2002, Maughen ve Kim 2005). Çalışmaların çoğu yaşam boyu tespit edilen psikopatolojilerin orta veya geç çocukluk döneminde başladıklarını tespit etmiştir (Maughan ve Kim 2005). Çocuktaki bu belirtilerin, çocuğun gelişimi ile birlikte şekil değiştirebileceğini gösteren çalışmalar vardır

(Rutter ve ark. 1999, Angold ve ark. 2000, Costello ve ark. 2003). Çocukluk veya ergenlik döneminde herhangi bir psikiyatrik tanı alan çocukların %23-61 kadarı yetişkinlikte de aynı veya farklı bir psikiyatrik bozukluk tanısı almıştır (Feehan ve ark. 1993, Costello ve ark. 2003, Colman ve Jones 2004). Beklenildiği üzere yaşamın ilk yıllarında görülen bu belirtiler, yetişkinlikte bozuklukların en güçlü yordayıcıları olmaktadır (Hofstra ve ark. 2000). Yetişkinlik döneminde de gözlenen DEHB belirtileri, uzun yıllar boyunca bozukluğun çocukluk dönemi kalıntı bulguları olarak kabul edilmiştir (Ward ve ark. 1993). İnsanlarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun toplumda giderek arttığı bir gerçektir.

Bu durum yaşam kalitesini etkilemekte ve işte, eğitimde ve özel yaşamda pek çok soruna neden olmaktadır. Bundan dolayı, araştırmanın temel problemi “Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan ergenlerin ve yetişkinlerin psikolojik özellikleri nelerdir?” sorusu ile şekillenmiştir.

### Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olan ergenlerin psikolojik özelliklerini belirlenmesidir. Bu temel amaç doğrultusunda aşağıdaki alt amaçlara cevap aranmıştır.

1. Yetişkinler arasında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu görülme düzeyi nedir?
2. Yetişkinler arasında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu düzeyi; cinsiyet, yaş, medeni durum, kardeş sırası, anne-baba eğitim düzeyi, alkol-madde kullanımı, çocukluk döneminde psikiyatrik başvuru öyküsü ve büyüdüğü yere göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?

### Yöntem

#### Araştırmanın Deseni

Bu araştırmada betimsel nitelikte tarama modeli kullanılmıştır. Betimsel yöntem olayların, objelerin, varlıkların, kurumların, grupların ve çeşitli alanların ne olduğunu betimlemeye ve açıklamaya çalışmaktadır. Tarama modeli geçmişte olmuş ya da halen olan bir durumu var olan şekliyle tespit etmeyi amaç edinen bir araştırmaya modelidir ve araştırmanın konusu olan durum kendi koşulları içinde olan haliyle tanımlanmaya çalışılır (Karasar, 2014).

#### Çalışma Grubu

Çalışmanın evrenini 2023-2024 eğitim-öğretim yılında Kırgızistan – Türkiye Manas Üniversitesinde öğrenim gören öğrenciler oluşturmuştur. Örneklemi ise aynı üniversitede öğrenim gören ve gönüllü olarak ölçeği dolduran öğrenciler oluşturmuştur.

#### Veri Toplama Araçları

Günay ve arkadaşları tarafından 2005 yılında geliştirilen Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği kullanılmıştır. Veri toplama aracı üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm, DSM-IV'teki Dikkat Eksikliği (DE) belirtilerine dayanan ve toplam 9 maddeden oluşan Dikkat Eksikliği bölümüdür. İkinci bölüm, yine DSM-IV'teki Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik (AH) belirtilerine dayanmakta ve toplam 9 madde içermektedir. Üçüncü boyut ise DEHB ile ilgili özellikler ve sorunları kapsayan ve klinik deneyimlerle gözlemler doğrultusunda oluşturulan toplam 30 maddeden oluşan Sorun bölümüdür. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği'nin güvenilirlik çalışması için envanterin geneline ilişkin iç tutarlılık katsayısı, madde toplam korelasyon katsayısı, madde güvenilirliği (madde remainder) korelasyon katsayısı teknikleri ile parça bütün arasındaki ilişki yoluyla tutarlılığı belirlenmiş ve her madde için ayrı ayrı hesaplanmıştır. Cronbach-Alpha, Spearman Brown ve Guttman teknikleri ile de parçalar arası ortak ilişki dikkate alınarak bütün için tek bir tutarlılık katsayısı hesaplanmıştır. Erişkin ADHD ölçeğinin genel toplam güvenilirliğini test etmek üzere hesaplanan iç tutarlılık katsayılarından en yüksek güvenilirliği Cronbach Alfa (0,9566) en düşük güvenilirliği ise Spearman Brown (0,9072) ve Guttman (0,9072) teknikleri vermiştir. Daha sonra Varimax rotated yöntemleri ile faktör analizi işlemleri yapılmıştır. Kaiser Meyer-Olkin değerinin (0,875) 0,50'nin üstünde olması nedeni ile örneklem büyüklüğünün faktör analizi yapmaya uygun olduğu anlaşılmıştır. Barlett test sonucunun da anlamlı olması nedeni ile ölçülen özelliğin evren parametresinde çok boyutlu bir değişkenden geldiği kabul edilmiştir. Varimax rotated yöntemi ile yapılan faktör analizi sonucunda üç alt boyut belirlenmiştir. Birinci alt boyutun özdeğeri 9.182' dir ve toplam varyansın %19.129'unu karşılamaktadır. İkinci alt boyutun özdeğeri 7.356' dır ve total varyansın %15.324' ünü karşılamaktadır. Son alt boyutun özdeğeri 5.495 olarak bulunmuştur. Ve toplam varyansın %11.447' sini karşılamıştır. Üç alt boyut, ölçülen değişkenin toplam varyansının %46'sını karşılamaktadır. Ölçeğinin genel toplam ve Alt Ölçeklerinin norm çalışması için yapılan tanımlayıcı istatistikler sunulmuştur. Buna göre ölçeğin genel

toplamının aritmetik ortalaması 41.0403; standart hatası 1.5633; medyan'ı 36.000; standart sapması 26.9863; Sweknees değeri 733; Sweknees değeri standart hatası 141; Kurtosis değeri -.50; Kurtosis değerinin standart hatası.281; dir. Ayrıca Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği Erişkin DEHB ölçeği 1995 yılında Kanada'da A. Turgay tarafından geliştirilen ölçeğin Günay ve arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanmış biçimi, beşli (5'li) likert tipi derecelendirme ölçeğidir.

### Verilerin Analizi

Verilerin analizinde SPSS-26 istatistik programından yararlanılmıştır. Verilerin analizinde öncelikle parametrik veya parametrik olmayan testlerden hangisinin kullanılması gerektiğini belirlemek üzere verilerin normal dağılım şartını yerine getirip getirmediğine bakılmıştır. Çünkü bu tür araştırmalarda eğer veriler normal dağılım koşulunu yerine getiriyorsa parametrik testler, getirmiyor ise parametrik olmayan testler uygulanmaktadır (Walliman, 2011). Bunun için ilk olarak Kolmogorov-Smirnow testine bakılmış ve sonucun anlamlı ( $p>.05$ ) olmadığı belirlenmiştir. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Ölçeği için  $p = 0.200$ . Ayrıca verilerin basıklık ve çarpıklık değerlerine bakılmıştır. Morgan ve arkadaşlarına (2011) göre basıklık ve çarpıklık değerleri +1.00 ve -1.00 aralığında, Field'e (2009) göre ise bu değerler +2.00 ile -2.00 aralığında bulunuyorsa verilerin normal dağılım koşulunu yerine getirdiği varsayılmaktadır. Tabachnick ve Fidell (2013) ise, verilerin normal dağılıma sahip olabilmesi için bu değerlerin +1.5 ve -1.5 aralığında olması gerektiğini ifade etmişlerdir. Buna göre çalışmanın verilerinin dikkat eksikliği ve hiperaktivite ölçeği için basıklık değerinin -0.261 ve çarpıklık değerinin 0.160 olduğu belirlenmiştir. Dolayısıyla kullanılan test normallik varsayımı yerine getirdiği için verilerin analizinde parametrik testlerden ikili değişkenler arasındaki farkların belirlenmesinde Bağımsız T-testi, ikiden fazla değişkenler arasındaki farkların belirlenmesinde Tek Yönlü ANOVA testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi ( $p<.05$ ) olarak alınmıştır.

### Bulgular

#### 1. Yetişkinler ve Ergenlerin Arasında Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Görülme Düzeyine İlişkin Bulgular

**Tablo 1.** Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan ergenlerin psikolojik özelliklerine yönelik görüşleri ( $n=354$ )

| Boyutlar | Alt Boyutlar                                                                                                                                                                          | $\bar{x}$                   | S        |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------|
|          | Dikkat Eksikliği                                                                                                                                                                      | 17.12                       | 4.49     |
|          | Aşırı hareketlilik /Dürtüsellik                                                                                                                                                       | 20.61                       | 78.76    |
|          | DEB/DEHB ile ilişkili özellikler                                                                                                                                                      | 55.71                       | 14.14    |
|          | Ölçeğin Geneli                                                                                                                                                                        | 89.26                       | 21.26    |
|          | <b>Maddeler</b>                                                                                                                                                                       | <b><math>\bar{x}</math></b> | <b>S</b> |
|          | 1. Ayrıntılara dikkat etmekte zorluk ya da okul, iş ve diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapma                                                                                  | 1,95                        | ,686     |
|          | 2. Dikkat gerektiren görevler ya da işlerde dikkati sürdürme güçlüğü                                                                                                                  | 2,01                        | ,778     |
|          | 3. Birisiyle yüzyüze konuşurken dinlemede güçlük çekme                                                                                                                                | 1,61                        | ,785     |
|          | 4. Okul ödevlerini ya da iş yerinde verilen görevleri bitirmekte zorlanma, verilen yönergeleri izlemekte zorluk çekme (yönergeleri anlama güçlüğüne ya da inatlaşmaya bağlı değildir) | 1,87                        | ,821     |
|          | 5. Görevleri ve etkinlikleri düzenleme/ organize etme güçlüğü                                                                                                                         | 1,83                        | ,813     |
|          | 6. Uzun zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınma, bu işlerden hoşlanmama ya da bu işlere karşı isteksizlik                                                                           | 1,95                        | ,824     |
|          | 7. Görev ve etkinlikler için gereken eşyaları kaybetme (örneğin: oyuncak, okul ödevleri, kalem, kitap ya da araç gereç)                                                               | 1,66                        | ,768     |
|          | 8. Dikkatin kolayca dağılması                                                                                                                                                         | 2,14                        | ,868     |
|          | 9. Günlük etkinliklerde unutkanlık                                                                                                                                                    | 2,10                        | ,809     |
|          | 1. El ve ayakların kıpır kıpır olması, oturduğu yerde duramama                                                                                                                        | 1,87                        | ,910     |
|          | 2. Oturulması gereken durumlarda yerinden kalkma                                                                                                                                      | 1,57                        | ,753     |
|          | 3. Koşuşturup durma ya da huzursuzluk hissi                                                                                                                                           | 1,92                        | ,894     |
|          | 4. Boş zaman faaliyetlerini sessizce yapmakta güçlük                                                                                                                                  | 1,82                        | ,849     |
|          | 5. Sürekli hareket halinde olma ya da sanki motor takılıymış gibi hareket etme                                                                                                        | 1,80                        | ,772     |
|          | 6. Çok konuşma                                                                                                                                                                        | 2,11                        | ,885     |
|          | 7. Sorulan soru tamamlanmadan yanıt verme                                                                                                                                             | 1,82                        | ,780     |
|          | 8. Sıra beklemekte zorluk çekme                                                                                                                                                       | 1,99                        | ,908     |
|          | 9. Başkalarının işine karışma ya da konuşmalarını bölme                                                                                                                               | 1,55                        | ,739     |

Tablo 1. Devamı

| Boyutlar                         | Alt Boyutlar                                                                         | $\bar{x}$ | S     |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------|
|                                  | Dikkat Eksikliği                                                                     | 17.12     | 4.49  |
|                                  | Aşırı hareketlilik /Dürtüsellik                                                      | 20.61     | 78.76 |
|                                  | DEB/DEHB ile ilişkili özellikler                                                     | 55.71     | 14.14 |
|                                  | Ölçeğin Geneli                                                                       | 89.26     | 21.26 |
| DEB/DEHB ile ilişkili özellikler | 1. Hedeflerine ulaşamama ve başarısızlık hissi                                       | 2,09      | ,863  |
|                                  | 2. Başlanan bir işi bitirememeye ya da işe başlama güçlüğü                           | 2,17      | ,863  |
|                                  | 3. Aynı anda pek çok işle/projeyle uğraşma; bu işleri takipte ve tamamlamakta güçlük | 2,10      | ,848  |
|                                  | 4. Zamanı ve yeri uygun olmasa da aklına geleni o anda söyleme eğilimi               | 1,80      | ,871  |
|                                  | 5. Sık sık büyük heyecanlar peşinde koşma                                            | 2,04      | ,903  |
|                                  | 6. Sıkılmaya tahammül edememe                                                        | 2,09      | ,885  |
|                                  | 7. Herkez tarafından izlenen yolları ve kuralları uygulamamak                        | 1,98      | ,812  |
|                                  | 8. Sabırsızlık; engellenme eşiğinin düşük olması                                     | 1,92      | ,825  |
|                                  | 9. Dürtüsellik (düşünmeden hareket etme)                                             | 1,91      | ,862  |
|                                  | 10. Kendini güvensiz hissetme                                                        | 2,02      | ,822  |
|                                  | 11. Duygu durumunda sık görülen oynamalar                                            | 1,93      | ,851  |
|                                  | 12. Aniden parlama, tepki gösterme                                                   | 1,94      | ,847  |
|                                  | 13. Düşük benlik değeri                                                              | 1,81      | ,810  |
|                                  | 14. Parmaklarla tempo tutma, ayak sallama ya da ayak vurma                           | 2,12      | ,977  |
|                                  | 15. Sık sık iş değiştirme                                                            | 1,74      | ,837  |
|                                  | 16. Strese karşı aşırı duyarlılık, dayanamama                                        | 1,87      | ,826  |
|                                  | 17. Zamanı ayarlamakta güçlük                                                        | 2,08      | ,870  |
|                                  | 18. Unutkanlık                                                                       | 2,20      | ,842  |
|                                  | 19. Sözel saldırganlık                                                               | 1,76      | ,815  |
|                                  | 20. Fiziksel saldırganlık                                                            | 1,48      | ,686  |
|                                  | 21. Alkol kullanımı                                                                  | 1,25      | ,557  |
|                                  | 22. Madde kullanımı                                                                  | 1,23      | ,538  |
|                                  | 23. Yasal güçlük ve sorunlar                                                         | 1,42      | ,690  |
|                                  | 24. Çökkünlük (depresyon)                                                            | 1,84      | ,861  |
|                                  | 25. Kendine zarar verecek davranışlarda bulunma                                      | 1,42      | ,660  |
|                                  | 26. Sebepsiz yere sinirli ve gergin olma (kaygı)                                     | 1,89      | ,848  |
|                                  | 27. İşinden zevk alamama                                                             | 1,87      | ,721  |
|                                  | 28. Hayal kırıklığı ve cesaretsizlik hissi                                           | 1,98      | ,789  |
|                                  | 29. Uzun süredir devam eden mutsuzluk hissi                                          | 1,87      | ,803  |
|                                  | 30. Kapasitesiyle uyumlu bir düzeye ulaşamama                                        | 1,93      | ,824  |

Tablo 1'deki ortalamalara incelendiğinde katılımcıların kendilerini en çok septomların ortaya çıkışın gördükleri dürtüsellik alanı olduğu görülmektedir. Kendilerini en az septomların ortaya çıkışın gördükleri alan ise ölçekteki en fazla (30) maddeye sahip olan Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu boyutudur. Ölçeğin Dikkat Eksikliği boyutunda öğrenciler kendilerini orta düzeyde septomların ortaya çıkışın saptanmıştır. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan ergenlerin psikolojik özelliklerinin ile ilgili görüşlerinin cinsiyete göre karşılaştırılması amacıyla yapılan t-testi sonuçlarına Tablo 2'de yer verilmiştir.

**Tablo 2. Cinsiyet Değişkenine Göre Yetişkinler Arasında Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Görülme Düzeylerinin Farklılaşma Durumu (N=356)**

| Alt Boyutlar   | Cinsiyet | N   | $\bar{x}$ | S     | Sd  | t     | p    |
|----------------|----------|-----|-----------|-------|-----|-------|------|
| Dikkat EKS.    | Kadın    | 242 | 17,20     | 4,39  | 354 | ,490  | ,625 |
|                | Erkek    | 114 | 16,95     | 4,71  |     |       |      |
| Dürtüsellik    | Kadın    | 242 | 22,50     | 95,47 | 354 | ,656  | ,512 |
|                | Erkek    | 114 | 16,62     | 4,72  |     |       |      |
| DEB/DEHB       | Kadın    | 242 | 55,54     | 13,11 | 354 | -,318 | ,751 |
|                | Erkek    | 114 | 56,06     | 16,16 |     |       |      |
| Ölçeğin Geneli | Kadın    | 242 | 89,09     | 20,17 | 354 | -,229 | ,819 |
|                | Erkek    | 114 | 89,64     | 23,56 |     |       |      |

Tablo 2. incelendiğinde ergen ve yetişkinlerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu cinsiyet değişkenine göre Ölçeğin geneli ve bütün boyutlarında anlamlı bir farklılık göstermemektedir,  $t(353)=-,223$ .  $p > .05$ . Buna göre ergen ve yetişkinler ölçeğin geneli ve bütün boyutlardaki özellikler açısından birbirlerine yakın düzeyde kendilerini değerlendirdikleri söylenebilir. Buna göre katılımcıların cinsiyetlerinin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu düzeylerini etkilemediği söylenebilir. Başka bir ifade ile katılımcıların kendileri ile ilgili yaptıkları değerlendirmelerde benzer düşünmektedirler. Ancak katılımcıların cinsiyetleri

dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun yaygınlığını etkileyebilir. Ama bu, biyolojik farklılıklarla sadece ilişkili olmayabilir, aynı zamanda DEHB belirtilerinin erkeklerde ve kızlarda farklı şekillerde ortaya çıkabileceği gerçeğiyle de ilişkilendirilebilir. DEHB'li kızlarda daha sık içsel belirtiler görülür; düzensizlik, durgunluk, kendini düzenleme zorlukları ve düşük özsaygı gibi. Bununla birlikte, erkeklerde daha sık dışsal belirtiler, hiperaktivite ve kurallara uymama gibi görülür. Bu belirti farklılıkları, kızlarda DEHB'nin sıklıkla teşhis edilmemesine veya daha geç teşhis edilmesine neden olabilir.

## 2. Alkol-madde Kullanım Durumu Değişkenine Göre Yetişkinler ve Ergenlerin Arasında Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Görülme Düzeylerine İlişkin Bulgular.

**Tablo 3.** Alkol-Madde Kullanım Durumu Değişkenine Göre Yetişkinler Arasında Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Görülme Düzeylerinin Farklılaşma Durumu (N=356)

| Alt Boyutlar                     | Alkol-Madde Kullanım Durumu | N   | $\bar{x}$ | S     | Sd  | t      | p    |
|----------------------------------|-----------------------------|-----|-----------|-------|-----|--------|------|
| Dikkat Eksikliği                 | Kullanmıyorum               | 301 | 16,62     | 4,29  | 354 | -5,131 | .000 |
|                                  | Kullanıyorum                | 55  | 19,89     | 4,60  |     |        |      |
| Dürtüsellik                      | Kullanmıyorum               | 301 | 21,03     | 85,64 | 354 | ,232   | .816 |
|                                  | Kullanıyorum                | 55  | 18,34     | 4,88  |     |        |      |
| DEB/DEHB ile ilişkili Özellikler | Kullanmıyorum               | 301 | 53,82     | 13,10 | 354 | -6,200 | .000 |
|                                  | Kullanıyorum                | 55  | 66,05     | 15,21 |     |        |      |
| Ölçeğin Geneli                   | Kullanmıyorum               | 301 | 86,52     | 19,97 | 354 | -5,973 | .000 |
|                                  | Kullanıyorum                | 55  | 104,29    | 21,96 |     |        |      |

Tablo 3'e göre ergen ve yetişkinler dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu Alkol-madde kullanım durumu değişkenine göre ölçeğin alt boyutlarından sürdürülebilirlik hariç  $t(354)=-,232$ ,  $p > .05$ , diğer bütün boyutlarda dikkat ( $t(354)=-5,13$ ;  $p<.05$ ), sorun ( $t(354)=6,20$ ;  $p<.05$ ) ve ölçeğin geneli de ( $t(354)=5,97$ ;  $p<.05$ ) anlamlı farklılıklar görülmektedir. Bu farklılaşma, alkol madde alma durumuna göre; biraz\_ya da\_bazen alan katılımcıların dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu görülme düzeylerinin Hiç\_Kullanmıyorum diyen katılımcılara oranla daha yüksek olduğunu göstermektedir. Alkol, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) belirtileri üzerinde gençler ve yetişkinlerde etkili olabilir.

## 3. Çocukluk döneminde psikiyatrik başvurusunun olup olmadığı Değişkenine Göre Yetişkinler ve Ergenlerin Arasında Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Görülme Düzeylerine İlişkin Bulgular.

**Tablo 4.** Çocukluk Döneminde Psikiyatrik Başvurma Değişkenine Göre Yetişkinler Arasında Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Görülme Düzeylerinin Farklılaşma Durumu (N=356)

| Alt Boyutlar                 | Çocukluk Döneminde Psikiyatrik Başvurusunun Olup Olmaması | N   | $\bar{x}$ | S     | Sd  | t     | p    |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----|-----------|-------|-----|-------|------|
| Dikkat Eksikliği             | Var                                                       | 42  | 18,71     | 4,71  | 354 | 2,453 | .015 |
|                              | Yok                                                       | 314 | 16,91     | 4,43  |     |       |      |
| Dürtüsellik                  | Var                                                       | 42  | 18,19     | 4,23  | 354 | -,212 | .832 |
|                              | Yok                                                       | 314 | 20,94     | 83,86 |     |       |      |
| DEB/DEHB ilişkili özellikler | Var                                                       | 42  | 61,09     | 14,29 | 354 | 2,648 | .008 |
|                              | Yok                                                       | 314 | 54,99     | 13,99 |     |       |      |
| Ölçeğin Geneli               | Var                                                       | 42  | 98,00     | 21,27 | 354 | 2,864 | ,004 |
|                              | Yok                                                       | 313 | 88,10     | 21,05 |     |       |      |

Tablo 4'e göre, ergen ve yetişkinlerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu düzeyleri, çocukluk döneminde psikiyatrik başvuru durumu değişkenine göre incelenmiştir. Dürtüsellik alt boyutu hariç, diğer alt boyutlarda anlamlı farklılıklar görülmüştür; dikkat eksikliği ( $t(354) = 2,45$ ,  $p < .05$ ), DEHB genel puanı ( $t(354) = 2,64$ ,  $p < .05$ ) ve ölçeğin geneli ( $t(354) = 2,86$ ,  $p < .05$ ) bu farklılıklara dahildir.

Dikkat eksikliği alt boyutundaki anlamlı farklılık çocukluk döneminde psikiyatrik başvurusu olanlar lehine çıkmıştır. DEHB alt boyutundaki anlamlı farklılık çocukluk döneminde psikiyatrik başvurusu olmayanlar aleyhine çıkmıştır. Dürtüsellik alt boyutunda diğer alt boyutlardan farklı olarak anlamlı bir farklılık çıkmamıştır. Ölçeğin geneline bakıldığı zaman istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu görülmektedir. Bu farklılık Çocukluk Döneminde Psikiyatrik Başvurusunun Olup bireylerde daha yüksek olduğu söylenebilir. Çünkü çocukluk döneminde psikiyatrik başvuruların olması ergenlik ve yetişkinlik

dönemlerinde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu yaygınlığını etkileyebilir. Çocukluk döneminde DEHB tanısı konmuş bireylerin birçoğu, ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde de semptomları yaşamaya devam edebilir. Ancak, bazı durumlarda semptomlar değişebilir veya azalabilir. Çocukluk çağı psikiyatrik bozuklukları, özellikle DEHB gibi durumlar, ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde de devam edebilir veya yeniden ortaya çıkabilir. Bunun nedenleri arasında genetik faktörler, çevresel etkiler ve psikososyal stresörler yer alabilir. Ayrıca, çocukluk döneminde DEHB gibi bir bozukluğun tanı ve tedavisi alınmamışsa veya yeterince yönetilmemişse, ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde daha belirgin semptomlar gösterebilir. Bu nedenle, çocukluk döneminde psikiyatrik başvuruların varlığı DEHB'nin ergenlik ve yetişkinlik dönemlerindeki yaygınlığını etkileyebilir ve bu bireylerin daha sonra yaşamlarında dikkat eksikliği ve hiperaktivite semptomları gösterme olasılığını artırabilir. Tedavi ve destek almak, bu bireylerin işlevselliğini artırabilir ve yaşam kalitelerini iyileştirebilir.

#### 4. Yaş Değişkenine Göre Yetişkinler ve Ergenlerin Arasında Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Görülme Düzeylerine İlişkin Bulgular

**Tablo 5. Yaş Değişkenine Göre Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Puanlarının Betimsel İstatistikleri**

| Yaş         | N   | $\bar{x}$ | SS    |
|-------------|-----|-----------|-------|
| 16-18       | 133 | 87,08     | 22,35 |
| 19-21       | 140 | 89,08     | 20,45 |
| 22-24       | 43  | 97,41     | 19,91 |
| 25 ve üzeri | 39  | 88,43     | 20,61 |

Tablo 5 incelendiğinde, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna ilişkin betimsel verilere yer verilmiştir. Yaş grupları arasındaki farkların hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan Scheffe testi sonuçlarına göre, 22-24 yaş grubundaki katılımcıların ( $\bar{x} = 97,41$ ) genel uyum düzeylerinin; 16-18 yaş ( $\bar{x} = 87,08$ ), 19-21 yaş ( $\bar{x} = 89,08$ ) ve 25 yaş ve üzeri ( $\bar{x} = 88,43$ ) gruplarına kıyasla daha olumlu olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 6. Yaş Değişkenine Göre Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Ölçeği Puanlarının ANOVA Sonuçları**

| Alt Boyutlar                        | Varyansın Kaynağı | Kareler Toplamı | sd  | Kareler Ortalaması | F     | P    | Anlamlı Fark      |
|-------------------------------------|-------------------|-----------------|-----|--------------------|-------|------|-------------------|
| <b>Dikkat Eksikliği</b>             | Gruplararası      | 68,102          | 3   | 22,701             | 1,12  | ,340 |                   |
|                                     | Gruplarıçi        | 7113,209        | 352 | 20,208             |       |      |                   |
|                                     | Toplam            | 7181,312        | 355 |                    |       |      |                   |
| <b>Dürtüsellik</b>                  | Gruplararası      | 9219,964        | 3   | 3073,321           | ,493  | ,687 |                   |
|                                     | Gruplarıçi        | 2192976,081     | 352 | 6230,046           |       |      |                   |
|                                     | Toplam            | 2202196,045     | 355 |                    |       |      |                   |
| <b>DEB/DEHB ilişkili özellikler</b> | Gruplararası      | 1882,952        | 3   | 627,651            | 3,196 | ,024 | 3-1<br>3-2<br>3-4 |
|                                     | Gruplarıçi        | 69137,824       | 352 | 196,414            |       |      |                   |
|                                     | Toplam            | 71020,775       | 355 |                    |       |      |                   |
| <b>Ölçeğin Geneli</b>               | Gruplararası      | 3523,379        | 3   | 1174,46            | 2,62  | ,035 | 3-1<br>3-2<br>3-4 |
|                                     | Gruplarıçi        | 156915,117      | 352 | 447,05             |       |      |                   |
|                                     | Toplam            | 160438,496      | 355 |                    |       |      |                   |

Tablo 6'ya göre ergen ve yetişkinlerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu yaş değişkenine göre ölçeğin genelinde  $F(3,352)=2,62$   $P<,005$ . ve DEHB  $F(3,352)=3,19$   $P<,001$ . anlamlı bir farklılık bulunurken, ölçeğin diğer alt boyutlarına bakıldığında dikkat eksikliği  $F(3,352)=1,12$   $P>,001$ . ve Dürtüsellik  $F(3,352)=,493$   $P>,001$ . alt boyutlarında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu analizde gruplar arasında nasıl bir farklılık olduğunu belirlemek için Post-Hoc testlerinden Tukey testi kullanılmıştır. Bu testin seçilmesinin sebebi verilerin homojen ( $p \geq .05$ ) olmasıdır. Yapılan analiz sonucunda ulaşılan bulgulara göre 19 ve 21 yaşında kişilerin oluşturduğu grubun diğer bütün yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde farklılaşma olduğu görülmüştür. Bu farklılaşmanın nedeni ergenlik döneminde hormonal değişiklikler ve sosyal baskılar nedeniyle zorlu olabilir. Bu dönemde DEHB semptomları, özellikle dikkat dağınıklığı ve dürtüsellik, diğer ergenlikle ilişkili davranışlarla karışabilir. Bu nedenle, DEHB'nin tanınması ergenlik döneminde zor olabilir, ancak ergenlerde DEHB yaygınlığı hala yüksek olabilir. Bazıları DEHB semptomlarının yetişkinlikte

hafiflediğini düşünse de, bu durum herkes için geçerli değildir. Bazı insanlar DEHB semptomlarını yetişkinlik döneminde yaşamaya devam edebilir. Ancak, yetişkinlik döneminde DEHB'nin belirtileri genellikle daha farklı bir şekilde ortaya çıkar. Örneğin, hiperaktivite belirtileri azalabilir ancak dikkat dağınıklığı ve organizasyon sorunları devam edebilir. Yetişkinlikte DEHB tanısı, genellikle çocukluktan farklılık gösterir.

##### 5. Kardeş Sırası Değişkenine Göre Yetişkinler ve Ergenlerin Arasında Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Görülme Düzeylerine İlişkin Bulgular

Kardeş Sırası Değişkenine Göre Yetişkinler ve Ergenlerin Arasında Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Görülme Düzeylerine İlişkin betimsel istatistikler Tablo15'de bu özelliklerin düzeylerine göre ANOVA sonuçları Tablo 7'de verilmiştir.

**Tablo 7. Kardeş Sırasına Göre Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Puanlarının Betimsel İstatistikleri**

| Kardeş sırası | N   | $\bar{x}$ | SS    |
|---------------|-----|-----------|-------|
| İlk çocuk     | 119 | 89,94     | 24,62 |
| Ortancı çocuk | 107 | 87,70     | 19,20 |
| Küçük çocuk   | 90  | 88,82     | 19,87 |
| Tek çocuk     | 39  | 92,56     | 19,10 |

Tablo 7 incelendiğinde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna ilişkin betimsel veriler verilmiştir. Kardeş sırasına göre farkların hangi gruplar arasında olduğunu bulmak amacıyla yapılan Scheffe testinin sonuçlarına göre, tek çocuk ( $\bar{x} = 92,56$ ) olan deneklerin genel uyumlarının ilk çocuk ( $\bar{x} = 89,94$ ), ortancı çocuk ( $\bar{x} = 87,70$ ), küçük çocuk ( $\bar{x} = 88,82$ ) olan deneklerden daha olumlu olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 8. Kardeş Sırasına Göre Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Ölçeği Puanlarının ANOVA Sonuçları**

| Alt Boyutlar                 | Varyansın Kaynağı | Kareler Toplamı | sd  | Kareler Ortalaması | F    | P    | Anlamlı Fark |
|------------------------------|-------------------|-----------------|-----|--------------------|------|------|--------------|
| Dikkat Eksikliği             | Gruplararası      | 53,809          | 3   | 17,936             | ,886 | ,449 |              |
|                              | Gruplarıçi        | 7127,503        | 352 | 20,249             |      |      |              |
|                              | Toplam            | 7181,312        | 355 |                    |      |      |              |
| Dürtüsellik                  | Gruplararası      | 14340,026       | 3   | 4780,009           | ,769 | ,512 |              |
|                              | Gruplarıçi        | 2187856,019     | 352 | 6215,500           |      |      |              |
|                              | Toplam            | 2202196,045     | 355 |                    |      |      |              |
| DEB/DEHB ilişkili Özellikler | Gruplararası      | 335,265         | 3   | 111,755            | ,557 | ,644 |              |
|                              | Gruplarıçi        | 70685,510       | 352 | 200,811            |      |      |              |
|                              | Toplam            | 71020,775       | 355 |                    |      |      |              |
| Ölçeğin Geneli               | Gruplararası      | 767,441         | 3   | 255,814            | ,564 | ,639 |              |
|                              | Gruplarıçi        | 159681,739      | 352 | 453,641            |      |      |              |
|                              | Toplam            | 160449,180      | 355 |                    |      |      |              |

Tablo 8. incelendiğinde Ergen ve yetişkinlerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu kardeş sırası değişkenine göre ölçeğin boyutlarından DEHB  $F(3,352)=,557$   $P>,01$ . ölçeğin geneli,  $F(3,352)=,564$   $P>,01$ ., Dikkat Eksikliği  $F(3,352)=,449$   $P>,01$ , Aşırı Hareketlilik/ Dürtüsellik  $F(3,352)=,769$   $P>,01$  anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Kardeş sayısının dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu üzerindeki etkisi karmaşık bir konudur ve tam olarak belirlenmiş bir yanıtı yoktur. Ancak, bazı araştırmalar kardeş sayısının DEHB ile ilişkili olabileceğini öne sürmektedir. Tek ve ilk çocukların DEHB ile daha yüksek bir risk altında olabileceğini göstermiştir. Bu, birincil çocuğun ailenin dikkatini tam olarak alması ve bu nedenle ebeveynlerin çocuğun ihtiyaçlarını karşılamak için daha fazla kaynak ayırabileceği fikrinden kaynaklanabilir. Ancak, bu bir kural değildir ve aile yapısı, ebeveynlerin tutumları ve diğer faktörler de DEHB riskini etkileyebilir.

##### 6. Anne Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre Yetişkinler ve Ergenlerin Arasında Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Görülme Düzeylerine İlişkin Bulgular

Anne Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre Yetişkinler ve Ergenlerin Arasında Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Görülme Düzeylerine İlişkin betimsel istatistikler Tablo17'de bu özelliklerin düzeylerine göre ANOVA sonuçları Tablo 9'da verilmiştir.

**Tablo 9. Anne Eğitim Düzeyine Göre Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Puanlarının Betimsel İstatistikleri**

| Anne eğitim düzeyi | N   | $\bar{x}$ | SS    |
|--------------------|-----|-----------|-------|
| İlkokul            | 56  | 84,08     | 20,75 |
| Kolej              | 98  | 90,55     | 19,49 |
| Üniversite         | 168 | 89,13     | 21,11 |
| Yüksek Lisans Üstü | 33  | 95,00     | 26,61 |

Tabloya göre dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna ilişkin betimsel veriler verilmiştir. Anne eğitim düzeyinin farkların hangi gruplar arasında olduğunu bulmak amacıyla yapılan Scheffe testinin sonuçlarına göre, yüksek lisans üstü ( $\bar{x} = 95,00$ ) eğitim düzeyinde olan deneklerin genel uyumlarının ilk okul ( $\bar{x} = 84,08$ ), kolej ( $\bar{x} = 90,55$ ), üniversite ( $\bar{x} = 89,13$ ) eğitim düzeyinde olan deneklerden daha olumlu olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 10. Anne Eğitim Düzeyine Göre Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Ölçeği Puanlarının ANOVA Sonuçları**

| Alt Boyutlar                 | Varyansın Kaynağı | Kareler Toplamı | sd  | Kareler Ortalaması | F    | P    | Anlamlı Fark            |
|------------------------------|-------------------|-----------------|-----|--------------------|------|------|-------------------------|
| Dikkat Eksikliği             | Gruplararası      | 86,540          | 3   | 28,847             | 1,43 | ,233 |                         |
|                              | Gruplarıçi        | 7094,772        | 352 | 20,156             |      |      |                         |
|                              | Toplam            | 7181,312        | 355 |                    |      |      |                         |
| Dürtüsellik                  | Gruplararası      | 7483,995        | 3   | 2494,665           | ,40  | ,753 |                         |
|                              | Gruplarıçi        | 2194712,050     | 352 | 6234,977           |      |      |                         |
|                              | Toplam            | 2202196,045     | 355 |                    |      |      |                         |
| DEB/DEHB ilişkili özellikler | Gruplararası      | 1575,716        | 3   | 525,239            | 2,66 | ,038 | 2-1, 3-1<br>4-1,4-2,4-3 |
|                              | Gruplarıçi        | 69445,059       | 352 | 197,287            |      |      |                         |
|                              | Toplam            | 71020,775       | 355 |                    |      |      |                         |
| Ölçeğin Geneli               | Gruplararası      | 2751,517        | 3   | 917,172            | 2,04 | ,107 |                         |
|                              | Gruplarıçi        | 157697,662      | 352 | 448,005            |      |      |                         |
|                              | Toplam            | 160449,180      | 355 |                    |      |      |                         |

Tablo 10'a göre ergen ve yetişkinlerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu anne eğitim düzeyi değişkinine göre ölçeğin DEHB  $F(3,352)=2,66$   $P<,01$ . Hariç diğer bütün boyutlarında ölçeğin geneli,  $F(3,352)=2,04$   $P>,01$ , Dikkat Eksikliği  $F(3,352)=1,43$   $P>,01$ , Aşırı Hareketlilik/ Dürtüsellik  $F(3,352)=,40$   $P>,01$  anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Ölçekteki 3 alt boyutta da istatistiksel olarak anlamlı farklılık çıkmamıştır. Eğitim düzeyinin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun yaygınlığı üzerinde etkisi karmaşık bir şekilde ortaya çıkabilir ve birçok faktörü içerebilir. Örneğin daha yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin DEHB hakkında daha fazla bilgiye ve farkındalığa sahip olma olasılığı daha yüksektir. Bu nedenle, DEHB semptomlarına sahip olduklarında bunu tanıma ve tedaviye yönelik adımlar atmaları daha olasıdır. Yüksek eğitim düzeyine sahip olan bireyler genellikle daha fazla öğrenme fırsatına ve kaynağa erişim sağlarlar. Bu, DEHB semptomlarına sahip olduklarında daha etkili başa çıkma stratejileri geliştirme olasılıklarını artırabilir. Örneğin, zaman yönetimi, organizasyon ve dikkat odaklanması gibi becerilerin geliştirilmesinde daha fazla destek alabilirler. Daha düşük eğitim seviyesine sahip bireylerde ise DEHB belirtileri fark edilmeyebilir veya yanlış yorumlanabilir. Düşük eğitim düzeyine sahip bireyler genellikle sosyo-ekonomik açıdan zor durumda olabilirler. Bu durum, aile içi stres, işsizlik, yetersiz kaynaklar gibi faktörlerle ilişkilendirilebilir ve bu da DEHB belirtilerini artırabilir.

## 7. Büyüdüğü Yer Değişkenine Göre Yetişkinler ve Ergenlerin Arasında Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Görülme Düzeylerine İlişkin Bulgular

Büyüdüğü Yer Değişkenine Göre Yetişkinler ve Ergenlerin Arasında Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Görülme Düzeylerine İlişkin betimsel istatistikler Tablo19'da bu özelliklerin düzeylerine göre ANOVA sonuçları Tablo 11'de verilmiştir.

**Tablo 11. Büyüdüğü Yere Göre Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Puanlarının Betimsel İstatistikleri**

| Büyüdüğü yer | N   | $\bar{x}$ | SS    |
|--------------|-----|-----------|-------|
| Şehir        | 157 | 88,75     | 24,83 |
| İlçe         | 57  | 92,03     | 20,48 |
| Köy          | 141 | 88,73     | 16,94 |
| Total        | 355 | 89,27     | 21,28 |

Tablo 11'e göre dikkat eksikliği ve hiperaktifite bozukluğuna ilişkin betimsel veriler verilmiştir. Büyüdüğü yere göre farkların hangi gruplar arasında olduğunu bulmak amacıyla yapılan Scheffe testinin sonuçlarına göre, ilçede ( $\bar{x} = 92,03$ ) doğan deneklerin genel uyumlarının şehirde ( $\bar{x} = 88,75$ ), köyde ( $\bar{x} = 88,73$ ) doğan deneklerden daha olumlu olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 12.** *Büyüdüğü Yere Göre Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Ölçeği Puanlarının ANOVA Sonuçları*

| Alt Boyutlar                 | Varyansın Kaynağı | Kareler Toplamı | sd  | Kareler Ortalaması | F     | P    | Anlamlı Fark |
|------------------------------|-------------------|-----------------|-----|--------------------|-------|------|--------------|
| Dikkat Eksikliği             | Gruplararası      | 32,910          | 2   | 16,455             | ,813  | ,445 |              |
|                              | Gruplarıçi        | 7148,401        | 353 | 20,250             |       |      |              |
|                              | Toplam            | 7181,312        | 355 |                    |       |      |              |
| Dürtüsellik                  | Gruplararası      | 34337,201       | 2   | 17168,600          | 2,796 | ,032 | 3-1, 3-2     |
|                              | Gruplarıçi        | 2167858,844     | 353 | 6141,243           |       |      |              |
|                              | Toplam            | 2202196,045     | 355 |                    |       |      |              |
| DEB/DEHB ilişkili özellikler | Gruplararası      | 117,210         | 2   | 58,605             | ,292  | ,747 |              |
|                              | Gruplarıçi        | 70903,566       | 353 | 200,860            |       |      |              |
|                              | Toplam            | 71020,775       | 355 |                    |       |      |              |
| Ölçeğin Geneli               | Gruplararası      | 492,853         | 2   | 246,426            | ,544  | ,581 |              |
|                              | Gruplarıçi        | 159956,327      | 353 | 453,134            |       |      |              |
|                              | Toplam            | 160449,180      | 355 |                    |       |      |              |

Tablo 12'ye göre ergen ve yetişkinlerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu anne eğitim düzeyi değişkinine göre ölçeğin Aşırı Hareketlilik/ Dürtüsellik  $F(3,352)=2,79$   $P<,01$  anlamlı bir farklılık varken, diğer bütün boyutlarında ölçeğin geneli,  $F(3,352)=,544$   $P>,01$ , Dikkat Eksikliği  $F(3,352)=,445$   $P>,01$ , DEHB  $F(3,352)=,292$   $P>,01$  anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Kişinin büyüdüğü yerin (şehirde, ilçede veya köyde) dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) yaygınlığı üzerinde etkisi olabilir. Bu faktörlerin DEHB üzerindeki etkisi üzerine yapılan araştırmalar, farklı çevresel faktörlerin DEHB'yi etkileyebileceğini göstermektedir. Şehir, ilçe ve köy gibi farklı yerleşim yerlerinin sosyoekonomik, kültürel ve çevresel özellikleri birbirinden farklıdır. Bu farklılıklar, D0147EHB'nin yaygınlığına etki edebilir. Örneğin, şehirler genellikle daha yoğun, gürültülü ve uyarıcı bir çevreye sahiptir. Bu ortamlarda yaşayan bireyler sürekli olarak dikkatlerini dağıtabilecek çok sayıda uyarıcıyla karşılaşabilirler, bu da DEHB belirtilerinin daha belirgin olmasına neden olabilir. Diğer yandan, köyler genellikle daha sakin ve sessiz bir çevreye sahiptir. Bu tür bir çevrede yetişen bireyler, daha az uyarıcıya maruz kalabilir ve dolayısıyla DEHB belirtileri daha az belirgin olabilir. İlçeler genellikle bu iki uç arasında bir konumda olabilir. Ancak, bu genellemeler her zaman geçerli olmayabilir. Örneğin, şehirlerdeki bazı aileler sakin ve düzenli bir yaşam tarzı benimseyebilirken, köylerdeki bazı aileler çok fazla uyarıcıya maruz kalabilir. Bu nedenle, kişinin büyüdüğü yerin DEHB üzerindeki etkisi, birçok farklı faktörün etkileşimiyle belirlenebilir.

## Sonuç

Araştırmanın bulgularına göre ergen ve yetişkinlerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu cinsiyet değişkinine göre Ölçeğin geneli ve bütün boyutlarında anlamlı bir farklılık göstermemektedir,  $t(353)=-,223$   $p>,01$ . Buna göre ergen ve yetişkinler ölçeğin geneli ve bütün boyutlardaki özellikler açısından birbirlerine yakın düzeyde kendilerin değerlendirdikleri söylenebilir. Dolayısıyla katılımcıların cinsiyetlerinin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu düzeylerini etkilemediği söylenebilir (Hoffman & DuPaul, 2000; Faraone et al., 2000; Toros, 2003:s.165'teki alıntı) Başka bir ifade ile katılımcıların kendileri ile ilgili yaptıkları değerlendirmelerde benzer düşünmektedirler. Ancak katılımcıların cinsiyetleri dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun yaygınlığını etkileyebilir. Araştırmalara göre, DEHB erkeklerde kızlara göre daha sık teşhis edilmektedir. 7-10 yaş arası erkek çocuklarda sendrom belirtileri kız çocuklarından 2-3 kat daha sık teşhis edilir. Ergenlik döneminde bu oran 1:1 olup, 20-25 yaş arası gençlerde kızların üstünlüğüyle devam eder (Kaplan & Sadock, 2004). Biyolojik farklılıklarla sadece ilişkili olmayabilir, aynı zamanda DEHB belirtilerinin erkeklerde ve kızlarda farklı şekillerde ortaya çıkabileceği gerçeğiyle de ilişkilendirilebilir. DEHB'li kızlarda daha sık içsel belirtiler görülür; düzensizlik, durgunluk, kendini düzenleme zorlukları ve düşük özsaygı gibi. Bununla birlikte, erkeklerde daha sık dışsal belirtiler, hiperaktivite ve kurallara uymama gibi görülür. Bu belirti farklılıkları, kızlarda DEHB'nin sıklıkla teşhis edilmemesine veya daha geç teşhis edilmesine neden olabilir. Bu, birkaç nedenle ilişkilendirilebilir - öncelikle, genellikle erkeklerde görülen dürtüsellik ve hiperaktivite gibi dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtilerine sağlık uzmanları, öğretmenler ve ebeveynler daha fazla dikkat eder. Dikkat eksikliği ile ilişkili semptomlar genellikle dalgınlık veya tembellikle açıklanır.

Çünkü bir kişinin dürtüsellik ve hiperaktiviteye eğilimi varsa, bu çevresi tarafından fark edilir bir davranıştır. Başka bir neden, DEHB olan kız ve kadınlarda daha sık görülen anksiyete bozuklukları ve depresyonlardır ve bunlar DEHB ile ilişkili dikkat eksikliği belirtilerini daha da gizler, bu da teşhisin ve yardımın eksikliğine yol açar. Ayrıca, kızlara genellikle erkeklerden beş yıl sonra DEHB teşhisi konulur, çünkü belirtileri genellikle cinsel olgunluğa ulaştıktan sonra daha belirgin hale gelir, bu da östrojenin artmasıyla gerçekteşir. Erkeklerde DEHB belirtileri genellikle cinsel olgunluğa ulaşıldıkça azalırken, kızlarda tam tersi olabilir. DEHB'nin şiddeti genellikle hormonal döngü ile ilişkilidir: adet öncesi hormonal dalgalanmalar semptomların kötüleşmesine neden olduğu bilinmektedir. Aynı zamanda, östrojen ve progesteron seviyelerinin artması, DEHB ilaçlarının etkinliğinin azalmasına neden olabilir. Cinsiyet farklılıklarına rağmen, araştırmalar genellikle erkeklerde DEHB'ye odaklanmıştır. Kadınlarda DEHB'yi inceleyen bilimsel çalışmaların hacmi yavaşça artmaktadır, ancak hala erkekler ve erkek çocuklar hakkında yapılan çalışmalardan daha azdır. Ayrıca, DEHB'nin görünürlüğü sosyal önyargılardan etkilenebilir: Kadınlar genel olarak dürtüsel harcamalar, duygudurum değişiklikleri, sabırsızlık gibi özelliklerle etiketlenir. Bu nedenle, tıbbi yardıma ihtiyaçı olanlar tanı ve destek erişiminde sınırlamalarla karşılaşabilirler. 2023 yılında Attention Disorders Dergisi'nde yayınlanan bir sistemik derleme, DEHB'nin kız ve kadınlarda belirtilerine adanmış araştırmaları inceledi (Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) / NHS. 2023.) Yazarlar, yetişkinliğe kadar teşhisin eksikliğinin uzun vadeli olumsuz sonuçları olabileceğini belirtti: duygusal refahı, ilişkileri kurma ve sürdürme yeteneğini ve kontrol hissini etkileyebilir. Kaçırılan veya geç teşhis edilen DEHB, kadınların özsaygısını, ruh sağlığını ve genel refahını olumsuz etkileyebilir. Yazarlar, kadınların ve kızların "sessizce acı çektiğini" vurguladılar. Amerikan Psikoloji Derneği'ne göre, kadınlar arasında teşhis konulmamış DEHB'ye sahip olanlar, teşhis konulmamış kadınlara kıyasla genç yaşlarda intihar etme veya kendilerine zarar verme girişimlerinde bulunma olasılığı üç kat daha fazladır (Brown et al.,2001). Teşhis konulmamış DEHB, bipolar, obsesif-kompulsif ve travma sonrası stres bozukluğuna yol açabilir. Bu hastalık hem kadınları hem de erkekleri eşit şekilde etkilemesine rağmen, kızların hastalığı her zaman gölgelerde kalır. Dünya genelinde çoğu insanın bu adaletsizliği fark etmemeye çalıştığı ve kadın cinsiyetini daha fazla yetersizlikle suçladığı söylenebilir.

Ergen ve yetişkinlerinler dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu Alkol-madde kullanım durumu değişkinine göre ölçeğin alt boyutlarından sürdürülebilirlik hariç  $t(354)=,232$ ,  $p>05$ , diğer bütün boyutlarda dikkat ( $t(354)= -5,13$ ;  $p<.05$ ), sorun ( $t(354)=6,20$ ;  $p<.05$ ) ve ölçeğin geneli de ( $t(354)=5,97$ ;  $p<.05$ ) anlamlı farklılıklar görölmektedir. Bu farklılaşma, alkol madde alma durumuna göre; biraz\_ya da\_bazen alan katılımcıların dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu görölme düzeylerinin, Hiç\_Kullanmıyorum diyen katılımcılara oranla daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bazı araştırmalar, alkolün DBH belirtilerinin ortaya çıkmasını etkilediğini göstermektedir (Fischer et al., 1993; Slomkowski, Klein & Mannuzza, 1995 Nelson & Israel, 2003: s.250'deki alıntı) Diğer araştırmalar ise alkolizm ve alkol yetersizliği tedavisi gören yetişkinlerin %25'inin zaten DBH teşhisi aldığını gösterdi. DEHB olan kişiler tarafından alkol kullanımının hem kısa hem de uzun vadeli olumsuz etkileri olabilir. DEHB olan kişilerin alkolle ilgili sorunlara daha yatkın olmalarının çeşitli nedenleri vardır. Bu nedenlerden biri kendi kendini tedavi etmektir. DEHB'li kişiler zaman zaman belirtileri alkol ile basitleştirmeye çalışırlar. İlk bakışta alkolün aşırı heyecanı veya konsantrasyon güçlüğünü kontrol ettiği düşünölebilir, ancak bu sadece geçici bir çözümdür. Uzun süreli alkol kullanımı bağımlılığa yol açabilir, DEHB belirtilerini kötüleştirebilir ve bazı sağlık sorunlarını daha da kötüleştirebilir. .DEHB olan kişilerin alkol de dahil olmak üzere psikoaktif maddelere bağımlılık geliştirme olasılığı daha yüksektir. Bunun nedeni, dürtüsellik ve ödöle yatkınlıklarını etkileyen nörobiyolojik faktörlerdir. DEHB'li kişiler alkol tüketimlerini kontrol etmekte zorlanabilir, bu da kötüye kullanım ve bağımlılık riskini artırır Alkol-ilacı etkileşimleri de önemli bir faktördür. DEHB'li birçok kişi semptomlarını yönetmek için uyarıcılar gibi reğeteli ilaçlar alır. Bu ilaçlarla birlikte alkol kullanımı ciddi etkileşimlere yol açabilir. Alkol ilaçların etkinliğini azaltabilir, metabolizmalarını etkileyebilir ve yan etki riskini artırabilir. Alkolün ruhsal iyilik hali üzerindeki etkileri de göz ardı edilmemelidir. DEHB genellikle depresyon, anksiyete veya dürtü kontrol bozuklukları gibi diğer ruh sağlığı bozukluklarıyla birlikte görölür. Alkol kullanımı bu sorunları daha da kötüleştirebilir ve depresyon belirtilerinin artmasına, anksiyetenin artmasına veya dürtüsel davranışlara yol açabilir. Bu bilgileri akılda tutarak, DEHB'li kişiler alkol kullanımıyla ilişkili riskleri kabul etmeli ve buna sorumlu ve ölçölü bir şekilde yaklaşmalıdır. Alkol tüketimi düşünölüyorsa bir doktora danışılması ve alkol tüketiminin sınırlandırılmasına yönelik tavsiyelere uyulması önemlidir. DEHB'li kişiler aynı anda hem alkol hem de ilaç almaktan kaçınmalı ve alkol tüketimlerini kontrol etmekte güçlük çekiyorlarsa terapötik destek almalıdırlar. Sonuç olarak, DEHB olan kişilerin alkol tüketmesi sağlıkları ve refahları açısından olumsuz sonuçlar doğurabilir. Bu nedenle, fiziksel ve ruhsal sağlığa dikkat ederek alkol kullanımına sorumlu, mantıklı ve ölçölü bir şekilde yaklaşmak önemlidir. Bir kişi aşırı alkol kullanımı gibi sorunlarla mücadele ediyorsa,

kişinin bir bağımlılıktan muzdarip olup olmadığını değerlendirmek önemlidir. alkol kullanımı buzdağının sadece görünen kısmı olabilir. Diğer madde kullanım bozukluklarına kapı açabilir. Tedavi edilmezse, aşırı alkol ve madde kullanımı bağımlılığa ve toleransa yol açabilir. Bu durum, yiyecek isteklerini karşılamak veya DEHB semptomlarını maskeleyerek için uyuşturucu gibi maddelere olan ihtiyacı daha da artırır. Esrar, kokain, eroin ve ecstasy gibi maddeler de bağımlılığa katkıda bulunabilir. Kontrol edilmediği takdirde yaşam tarzını, sağlığı ve ilişkileri etkileyebilir (Barkley, 1990; Mannuza et al., 1993;1998; Weiss & Hechtman, 1986; Nelson & Israel, 2003: s.250'deki alıntı).

Ergen ve yetişkinlerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu Çocukluk Döneminde Psikiyatrik Başvurusunun Olup Olmaması durumu değişkinine göre ölçeğin alt boyutlarından dürtüsellik hariç  $t(354)=,222$ ,  $p>.05$ , diğer bütün boyutlarda dikkat eksikliği ( $t(354)= 2,45$ ;  $p<.05$ ), DEHB ( $t(354)=2,64$ ;  $p<.05$ ) ve ölçeğin geneli de ( $t(354)=2,86$ ;  $p<.05$ ) anlamlı farklılıklar görülmektedir. Dikkat eksikliği alt boyutundaki anlamlı farklılık çocukluk döneminde psikiyatrik başvurusu olanlar lehine çıkmıştır. DEHB alt boyutundaki anlamlı farklılık çocukluk döneminde psikiyatrik başvurusu olmayanlar aleyhine çıkmıştır. Dürtüsellik alt boyutunda diğer alt boyutlardan farklı olarak anlamlı bir farklılık çıkmamıştır. Ölçeğin geneline bakıldığı zaman istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu görülmektedir. Bu farklılık Çocukluk Döneminde Psikiyatrik Başvurusunun Olup bireylerde daha yüksek olduğu söylenebilir. Çünkü çocukluk döneminde psikiyatrik başvuruların olması ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu yaygınlığını etkileyebilir. Çocukluk döneminde DEHB tanısı konmuş bireylerin birçoğu, ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde de semptomları yaşamaya devam edebilir. Ancak, bazı durumlarda semptomlar değişebilir veya azalabilir. Çocukluk çağı psikiyatrik bozuklukları, özellikle DEHB gibi durumlar, ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde de devam edebilir veya yeniden ortaya çıkabilir. Çocukluk döneminde çocuğun psikiyatrik başvurusunun dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) üzerindeki etkisini anlama önemlidir. Psikiyatrik başvuru, çocukların zihinsel sağlığı üzerinde etkide bulunan çeşitli faktörlerin sonucu olabilir. Bu faktörler arasında travmatik olaylar, aile stresleri, genetik yatkınlık ve çevresel faktörler bulunabilir. Çocukluk çağındaki psikiyatrik müdahalelerin DEHB üzerindeki etkisi çeşitli olabilir. Psikiyatrik müdahalelerle ilgili olan çocuklar genellikle daha erken yaşlarda DEHB teşhisi alabilirler. Bu, tedaviye daha erken başlanmasını sağlar. Erken teşhis ve uygun tedavi, DEHB belirtilerinin düzenlenmesini ve uzun vadeli sonuçların önemli ölçüde iyileştirilmesini sağlayabilir. Ayrıca, psikiyatrik başvuru olan çocuklar, DEHB ile birlikte eşlik edebilen diğer koşulların risk altındadır (Selçuk, 2001: 60). Örneğin, endişe bozuklukları, depresyon, davranış bozuklukları genellikle DEHB ile birlikte görülür. Bu, tedavi planını karmaşılaştırır ve daha kapsamlı müdahale gerektirebilir. Eğitimle ilgili sorunlar nedeniyle, DEHB'li bireyler genellikle okuldaki başarılarını etkiler. Psikiyatrik müdahalelerle ilgili çocuklar, DEHB semptomları nedeniyle okulda büyük engellerle karşılaşabilirler. Dikkat eksikliği, konsantrasyon sorunları ve dürtüsellik, öğrenme süreci ve akademik başarı üzerinde olumsuz etkiler yapabilir. Sonuç olarak, çocukluk çağındaki psikiyatrik müdahaleler DEHB üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilir. Erken teşhis, uygun tedavi ve destek, bu çocukların yaşam kalitesini ve uzun vadeli sonuçlarını artırabilir. Çocuğun ihtiyaçlarını karşılamak ve potansiyelini maksimize etmek için ailelerin, tıbbi uzmanların ve eğitimcilerin işbirliği önemlidir.

Ergen ve yetişkinlerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu yaş değişkinine göre ölçeğin genelinde  $F(3,352)=2,62$   $P<.005$ . ve DEHB  $F(3,352)=3,19$   $P<.001$ . anlamlı bir farklılık bulunurken, ölçeğin diğer alt boyutlarına bakıldığında dikkat eksikliği  $F(3,352)=1,12$   $P>.001$ . ve Dürtüsellik  $F(3,352)=,493$   $P>.001$ . alt boyutlarında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu analizde gruplar arasında nasıl bir farklılık olduğunu belirlemek için Post-Hoc testlerinden Tukey testi kullanılmıştır. Bu testin seçilmesinin sebebi verilerin homojen ( $p\geq.05$ ) olmasıdır. Yapılan analiz sonucunda ulaşılan bulgulara göre 19 ve 21 yaşında kişilerin oluşturduğu grubun diğer bütün yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde farklılaşma olduğu görülmüştür. Bu farklılaşmanın nedeni ergenlik döneminde hormonal değişiklikler ve sosyal baskılar nedeniyle zorlu olabilir. Bu dönemde DEHB semptomları, özellikle dikkat dağınıklığı ve dürtüsellik, diğer ergenlikle ilişkili davranışlarla karışabilir. Bu nedenle, DEHB'nin tanınması ergenlik döneminde zor olabilir, ancak ergenlerde DEHB yaygınlığı hala yüksek olabilir. Bazıları DEHB semptomlarının yetişkinlikte hafıfladığını düşünse de, bu durum herkes için geçerli değildir. Bazı insanlar DEHB semptomlarını yetişkinlik döneminde yaşamaya devam edebilir. Ancak, yetişkinlik döneminde DEHB'nin belirtileri genellikle daha farklı bir şekilde ortaya çıkar. Genel olarak yaş değişkinine göre yetişkinler ve ergenlerin arasında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu görülme düzeylerine ilişkinine baksak, farklılıkları gösterebilir. Önemli olan, ADHS belirtilerinin her birey için farklı olabileceğini ve stres, yaşam tarzı ve tedavi gibi çeşitli faktörlerin etkisiyle yaşam boyunca değişebileceğini hatırlamaktır (Kaplan & Sadock, 2004). Ek olarak, bu rakamlar yaklaşıktır ve araştırmalara ve popülasyona bağlı olarak değişebilir. Çocukluk çağı (okul öncesi dönem), 3 ila 6 yaş arasında başlar. ADHS'li çocukların yaklaşık %30'u okul öncesi dönemde belirtiler

göstermeye başlar. Belirtiler arasında artmış aktivite ve motor huzursuzluğu bulunur. ADHS'li çocuklar genellikle artmış aktivite, görev veya oyunlara odaklanma zorluğu gösterebilirler. Sık sık huzursuz, hareketli ve yerinde duramayan olabilirler. Davranış ve duyguların kontrolü ile ilgili sorunlar sık sık öfke patlamalarına veya disiplinsiz davranışlara yol açabilir. Görevleri organize etme ve yerine getirme zorlukları özellikle sakin kalmak ve odaklanmak gereken durumlarda, örneğin, anaokulunda veya okulda fark edilebilir hale gelebilir. Sonra okul çağı başlar. 6 ila 12 yaş arası çocukların yaklaşık %50-60'ı ADHS belirtilerini okul çağında da sürdürür. Ödevlerle özellikle zorluklar yaşamaya devam ederler. Akademik başarısızlık ve öğretmenlerle ve yaşlılarla sık sık çatışma gözlemlenir. Bunların yaklaşık %25-35'i ek bozukluklar, örneğin disleksi veya disgrafiyadan muzdarip olabilir. Yaşla birlikte, konsantrasyon ve organizasyon sorunları daha belirgin hale gelebilir ve eğitimde başarıyı engelleyebilir. Ayrıca, okulda davranışlarını kontrol etmekte zorlanabilirler, bu da öğretmenlerle ve diğer öğrencilerle çatışmalara yol açabilir. Bazı çocuklar, kurallara uyma ve akademik ve sosyal yaşamda başarı elde etme yeteneksizliği nedeniyle düşük özsaygı yaşayabilirler. Sonra ergenlik dönemi başlar. 12 ila 18 yaş arası gençlerin yaklaşık %50'si ergenlik döneminde de belirtiler yaşamaya devam eder. ADHS'li ergenler, sosyal ve akademik sorunların artmasıyla karşılaşabilirler. (Kaplan & Sadock, 2004) Ayrıca depresyon, anksiyete bozuklukları veya davranış bozuklukları geliştirme riski altındadırlar. Bunların yaklaşık %15-20'si uyarıcı veya olumsuz duyguları hafifletmek için uyuşturucu veya alkol kullanmaya başlayabilirler. Konsantrasyon ve organizasyon sorunları, okulda başarısızlığa ve ebeveynlerle ve yaşlılarla ilişkilerin kötüleşmesine yol açabilir. Yetişkin yaşamda, 18 yaşından itibaren, konsantrasyon ve organizasyon sorunları devam edebilir. Bu zorluklar kariyere, ilişkilere ve genel yaşam kalitesine etki edebilir. Bazı yetişkinler, günlük yaşamlarında ADHS belirtilerini yönetme stratejileri geliştirebilirler, örneğin, planlayıcılar kullanarak veya davranış terapisi alarak. Ancak, uygun tedavi ve destek olmadan, bazı yetişkinler günlük yaşamlarında zorluklar yaşamaya devam edebilirler. Bu nedenle, yaşa bağlı olarak, bu sorunları çözmek için nitelikli uzmanlara gitmek ve evde kendi başlarına çözmeye çalışmak yerine yardım almaya çalışmak önemlidir (Steinhausen, Drechsler, Földenyi, Dmhof & Brandeis, 2003).

Ergen ve yetişkinlerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu kardeş sırası değişikliğine göre ölçeğin boyutlarından DEHB  $F(3,352)=,557$   $P>,01$ . ölçeğin geneli,  $F(3,352)=,564$   $P>,01$ , Dikkat Eksikliği  $F(3,352)=,449$   $P>,01$ , Aşırı Hareketlilik/ Dürtüsellik  $F(3,352)=,769$   $P>,01$  anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Kardeş sayısının dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu üzerindeki etkisi karmaşık bir konudur ve tam olarak belirlenmiş bir yanıtı yoktur. Ancak, bazı araştırmalar kardeş sayısının DEHB ile ilişkili olabileceğini öne sürmektedir. Tek ve ilk çocukların DEHB ile daha yüksek bir risk altında olabileceğini göstermiştir (Levy, Hay, McStephen, Wood & Waldman, 1997; Sherman, Iacono & McGue, 1997; Tannock, 1998; Mash & Wolfe, 2002:s.116'daki alıntı). Bu, birincil çocuğun ailenin dikkatini tam olarak alması ve bu nedenle ebeveynlerin çocuğun ihtiyaçlarını karşılamak için daha fazla kaynak ayırabileceği fikrinden kaynaklanabilir. Kardeşlerin bireysel gelişiminde aile ortamının önemi üzerine psikologlar 100 yılı aşkın bir süredir araştırmalar yapılmaktadır. İlk dönem araştırmalarının özgüllüğüne en önemli katkıyı Alfred Adler sağlamıştır. 1920'lerde, Adler doğum sırasının sonuçlarını inceleyen ilk kişilerden biriydi. Adler, bu konuyu bireysel psikoloji sistemi çerçevesinde ele alarak doğum sırasının bireysel gelişim üzerinde önemli bir faktör olduğunu iddia etmiştir. Bu, çocuğun çocukluk ve yetişkinlik dönemindeki bireysel özelliklerini belirleyen bir faktördür. Adler, "The Practice and Theory of Individual Psychology" (1927), "The Science or Living" (1929), "Education of Children" (1930), "Pattern of Life" (1930) ve diğer eserlerinde bunu belirtmiştir. [Adler, 1997, 1998, 2007]. Adler, her bireyin özelliklerini sadece doğum sırasıyla belirlenen aile pozisyonu bilgisi temelinde anlamının olası olduğunu belirtmiştir. İki çocuk aynı ailede yaşasa ve aynı ebeveynlere sahip olsa bile, gelişimleri sosyal durumlarına bağlı olarak farklıdır. Aile geliştikçe, yeni ihtiyaçlar ortaya çıkar ve bu ihtiyaçların karşılanması, doğum sırasına göre kardeşler arasında dağıtılır. Bu nedenle her çocuğun etrafında aile içinde özel bir ortam vardır. Tıbbi gözlemler ve teorik düşüncelere dayanarak, Adler aşağıdaki sonuçları ortaya koymuştur. Aynı aileden gelen çocuklar farklı yaşam koşullarında doğarlar. İkinci olarak doğan, ilk çocuğa göre farklı duygusal bir ortama girer. Bir çocuğun kendine dair algısı ve tutumları doğum sırasına bağlıdır. Çocuklar dışarıdan aile pozisyonlarını kaybedebilirler. Örneğin, ailedeki ilk çocuk zihinsel olarak engelli ise, onu takip eden çocuk birinci çocuğun rolünü üstlenebilir. Kardeşler arasındaki yaş farklılıkları rekabeti azaltır. Doğum sırası mutlak bir belirleyici değildir, sadece bir eğilimdir. Adler, ebeveyn davranışının ve çocuklara olan tutumunun çocukların kişisel gelişimi üzerinde önemli olduğunu düşünüyordu. Çocuklar arasındaki yaş farkı üç yıldan fazla olduğunda, çocuklar üzerinde önemli bir etkisi olan alt gruplar oluşabilir. Adler çocuğun aile içindeki konumunun değil, oluşan duruma verdiği tepkinin önemli olduğunu düşünüyordu: bir çocuğun aile içindeki konumuna ne kadar değer verdiği, doğum sırasının yaşam tarzına etkisini belirler. Yine de, Adler'e göre, her çocuğun belirli bir aile içi konumu için ortak psikolojik özellikler olduğunu belirtmek mümkündür. Adler, dört tipik pozisyonu ayırt etti: ilk çocuk, ikinci

çocuk, en küçük çocuk, tek çocuk, ve bunların özelliklerini açıkladı. İlk çocuk %200 ebeveyn dikkati alır ve ailenin merkezi olur. İlk çocuklar genellikle "yetişkin" dili öğrenir ve yaşatlarının değil, yetişkinlerin şirketini tercih ederler. Ebeveynler genellikle ilk çocuğu şımartır ve aşırı korur. Ancak bir sonraki çocuğun doğumundan sonra ilk çocuk tüm üstünlüğünü ve sahip olduğu otoriteyi kaybeder. Bu olguyu tanımlamak için Adler, "tahttan indirilme" kavramını kullanır. İlk çocuk neredeyse her zaman tahttan indirilmenin acısını derinden hisseder. Kendini "indirilmiş bir kral" gibi hissedebilir, güvenliğini kaybedebilir, endişe ve kendini koruma arzusu yaşayabilir. Otoritesini kazara kaybettiğini düşünerek ve çeşitli yollarla korumaya çalışarak, dikkat çekmeye çalışır. Eski sevgiyi almadan önce özellikle kıskanç hale gelebilirler. Sonuç olarak, ilk çocuklar acımasız ve otoriter hale gelirler. Adler, ikinci çocuğun durumunun kendine özgü ve tekrarlanamaz olduğunu yazmıştır. Her zaman bir lideri vardır, önceden belirlenmiş bir lider ve ona örnek olur. İkinci çocuk, ilk çocuğu yakalamak ve geçmek istiyor. Güç değişikliği istiyor, o bir devrimci, otoriteye saygı duymayan biri. Çoğu zaman ikinci çocuk liderini geçer. Bu, büyüklerin her zaman küçükleri yenememesinden kaynaklanabilir. Büyükler bu rekabetten kaçınmaya başlar ve ondan uzaklaşır. Tabii ki, ikinci çocuklar, ilk çocuklardan daha fazla işbirliği ve işbirliği eğilimindedir, çünkü ilk günden itibaren ebeveynlerin dikkatini başkalarıyla paylaşmak zorundadırlar. Ailenin en küçük çocuğu özeldir. Onun takipçisi asla olmayacak, asla tahttan indirilmeyecek. Onun gelişimi çoğunlukla olumlu yöndedir: o, en küçük ve en savunmasız olduğu için, kendisine özellikle özen gösterilir. Onu çevreleyen atmosfer, büyük kardeşlerinden daha sıcaktır. En küçük çocuk, diğer aile üyelerinden farklı olacak şekilde, ikinci çocuğa benzer şekilde enerjik olabilir ve diğerlerini geçmeye çalışabilir. Ancak, Adler'e göre, genellikle rekabeti kazanmaya cesaret etme eksikliği nedeniyle, zaferi garanti etmek için başka bir yola başvurur. Adler, birkaç tür en küçük çocuğu ayırt ederdi. Bir türün durumu paradoksal olarak şekillendiricidir, çünkü hiçbir çocuk sürekli olarak en küçük, en güçsüz olmak istemez, bu nedenle kendisinin her şeyi başarabileceğini kanıtlamak ister. Bu gayret sonucunda, güç arzusu olan, diğerlerinin üzerinde üstünlük kazanma isteği olan bir kişi haline gelir. Çoğu zaman diğer kardeşlerin hepsini geçmeyi başarır ve en başarılı olanı olur. Adler'e göre, ikinci tür en küçük çocuklar daha az şanslıdır. Onlar da diğerlerinin üstünlüğünü istiyorlar, ancak büyükleri geçmek için yeterli enerji ve özgüvene sahip değiller. Bu yüzden rekabetten kaçınmaya başlarlar, korkak, "sürekli şikayetçi" ve hiçbir şey yapmamak için bahaneler arayanlar olurlar. Onlar da hırslıdırlar, ama başarısızlıktan korkarlar ve bu yüzden sorunları ve faaliyetleri çözmeden kaçınırlar. Adler, bu türlerin hiçbirinin topluma yararlı bir üye olarak yetişemeyeceğini yazmıştır: birinci tür genellikle diğerlerini göz ardı ederek en iyisi olma eğilimindedir. İkinci tür, eksiklik kompleksi ile mücadele eder. Ailenin tek çocuğu kendi sorunlarına sahiptir. Çocuklukta o dikkatin odağıydı. Ve yetişkinlikte, aynı konumu elde etmeye çalışır ki bu her zaman mümkün değildir. Tüm çocukluk boyunca şımartıldı, zorluklara uyum sağlayamaz, kendi başına problemleri çözmeye alışkın değildir. Yetişkin hayatta, sürekli olarak başkalarından yardım arar, çünkü ebeveynlerden alışkın olduğu sevgiyi alamazsa kendisini güvensiz hisseder.

Ergen ve yetişkinlerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu anne eğitim düzeyi değişikliğine göre ölçeğin DEHB  $F(3,352)=2,66$   $P<,01$ . Hariç diğer bütün boyutlarında ölçeğin geneli,  $F(3,352)=2,04$   $P>,01$ ., Dikkat Eksikliği  $F(3,352)=1,43$   $P>,01$ , Aşırı Hareketlilik/ Dürtüsellik  $F(3,352)=,40$   $P>,01$  anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Ölçekteki 3 alt boyutta da istatistiksel olarak anlamlı farklılık çıkmamıştır. Bir annenin eğitimi, çocuklarının sağlığı ve gelişimi de dahil olmak üzere birçok yaşam alanına etki edebilir. Bazı araştırmalar, (Stein, 2002:73). Annenin eğitimi ile Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) riski arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Örneğin, İsveç'te yapılan bir araştırma, annesi daha yüksek eğitim derecesine sahip olan çocukların, düşük eğitim derecesine sahip annelerin çocuklarına göre DEHB riskinin daha düşük olduğunu ortaya koymuştur. Bu durumun, çocukların sağlığını ve gelişimini etkileyebilecek kaynaklara ve desteklere erişimdeki farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir. DEHB durumunda, bir annenin eğitimi birçok açıdan rol oynayabilir, örneğin anlayış ve destek sağlama açısından. Daha yüksek eğitim düzeyine sahip anneler, DEHB hakkında daha fazla bilgiye sahip olabilir ve çocuklarını etkili bir şekilde desteklemenin yollarını bilebilirler. Tedavi, terapi ve eğitim olasılıkları hakkında daha bilinçli olabilirler. Yüksek eğitim genellikle daha yüksek gelir seviyesi ve kitaplar, oyunlar, eğitim materyalleri gibi kaynaklara erişimle ilişkilendirilir, bu da DEHB'li çocuklara yardımcı olabilecek uzmanlık hizmetlerine ulaşmayı sağlar (Wender & Garfinkel, 1989). Duygusal destek ve katılımı da göz ardı etmemek gerekir. Eğitimli anneler, çocuklarına duygusal destek sağlama ve eğitim sürecine katılma konusunda daha yetenekli olabilirler, bu da DEHB ile ilişkili olumsuz sonuçları hafifletebilir. Üst düzey eğitim ve deneyim de önemlidir. Annelerin psikoloji, eğitim veya tıp gibi alanlarda eğitimi veya deneyimi varsa, DEHB'li çocukların gelişimini ve ihtiyaçlarını daha iyi anlayabilirler. Eğitimli anneler genellikle diğer eğitimli insanlar arasında bulunurlar, bu da çocuklarının ihtiyaçlarına etkili bir şekilde yanıt verebilmelerine yardımcı olabilecek bilgiye, destek ve kaynaklara erişim sağlar. Bununla birlikte, annenin eğitim düzeyinin, DEHB ile ilişkili zorluklarla

nasıl başa çıkacağını belirleyen tek faktör olmadığını belirtmek önemlidir. Aile desteği, tıbbi hizmetlere erişim ve eğitim ortamının kalitesi gibi diğer faktörler de önemli bir rol oynar (Ercan ve Aydın, 1999).

Ergen ve yetişkinlerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu anne eğitim düzeyi değişkinine göre ölçeğin Aşırı Hareketlilik/ Dürtüsellik  $F(3,352)=2,79$   $P<,01$  anlamlı bir farklılık varken, diğer bütün boyutlarında ölçeğin geneli,  $F(3,352)=,544$   $P>,01$ ., Dikkat Eksikliği  $F(3,352)=,445$   $P>,01$ , DEHB  $F(3,352)=,292$   $P>,01$  anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Bireyin büyüdüğü yerin (şehirde, ilçede veya köyde) dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) yaygınlığı üzerinde etkisi olabilir. Bu faktörlerin DEHB üzerindeki etkisi üzerine yapılan araştırmalar, (Ambrosini & Rapoport, 1999) farklı çevresel faktörlerin DEHB'yi etkileyebileceğini göstermektedir. Şehirde, ilçede ve kırsal bölgelerde büyüyen insanlar arasında DEHB yaygınlığını özellikle karşılaştıran geniş bir literatür olmasa da, her bir ortamla ilişkili birkaç faktör DEHB sıklığındaki farklılıklara katkıda bulunabilir. Şehir ortamı - Megapolisler genellikle daha yüksek nüfus yoğunluğına, artmış gürültü seviyelerine, daha fazla görsel uyarana ve büyük miktarda kirlenmeye maruz kalırlar. Bu çevresel faktörler, DEHB belirtilerini potansiyel olarak kötüleştirebilir veya bu bozukluğun gelişme riskini artırabilir. Ayrıca, kentlerde özel tıbbi hizmetlere daha fazla erişim olabilir, bu da DEHB'li bireylerde daha erken tanı ve tedaviye yol açabilir. İlçe ortam - ilçe bölgeleri genellikle kentsel ve kırsal yaşam tarzları arasında bir denge sunar. Kentlere göre daha az çevresel uyarıcıya sahip olmalarına rağmen, hala trafik sıkışıklıkları, uzun yolculuklar ve artmış eğitim veya toplumsal baskı gibi zorluklarla karşılaşabilirler. Tıbbi kaynaklara erişim, bölgesel olarak değişebilir. Köy veya kırsal ortam - Kırsal bölgeler genellikle kentlere göre daha düşük nüfus yoğunluğuna, daha sessiz bir çevreye ve daha az kirlenmeye maruz kalır. Ancak, DEHB tanı ve tedavisinde uzmanlaşmış uzmanlara erişimleri sınırlı olabilir (Ambrosini & Rapoport, 1999). Ayrıca, sosyo-ekonomik durum, eğitim seviyesi ve toplum desteği gibi faktörler kırsal bölgelerde büyük ölçüde değişebilir ve DEHB'nin yaygınlığını ve yönetimini etkileyebilir. Genel olarak, kent, banliyö ve kırsal ortamlardaki DEHB'nin yaygınlığı ve yönetiminde farklılıklar olabilir, ancak coğrafi konumdan başka birçok faktör göz önünde bulundurulmalıdır. Sosyo-ekonomik durum, tıbbi hizmetlere erişim, aile dinamikleri, eğitim olanakları ve toplum desteği, insanların DEHB deneyimlerini şekillendirmede önemli bir rol oynar, nerede büyüdüklerinden bağımsız olarak. Ayrıca, kültürel inançlar ve ruh sağlığına yaklaşım farklı bölgelerde farklılık gösterebilir ve DEHB belirtilerinin tanınması ve tedavisi üzerinde etkili olabilir (Wender & Garfinkel, 1989). DEHB'nin çevresel etkileşimleri ve sonuçlarını tam olarak anlamak için daha fazla araştırma gereklidir.

### Etik Beyan

*“Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Ergen ve Yetişkinlerin Psikolojik Özelliklerinin İncelenmesi (Kırgızistan Örneği)”* başlıklı çalışmanın yazım sürecinde bilimsel kurallara, etik ve alıntı kurallarına uyulmuş; toplanan veriler üzerinde herhangi bir tahrifat yapılmamış ve bu çalışma herhangi başka bir akademik yayın ortamına değerlendirme için gönderilmemiştir. Gerekli olan etik kurul izinleri Kırgızistan Türkiye Manas Üniversitesi, Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu’nun 03/04/2024 tarih ve E30640013-100-188525 sayılı toplantısında alınmıştır.

### Ethical Declaration

During the writing process of the study *“Investigation of Psychological Characteristics of Adolescents and Adults with Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (Kyrgyzstan Sample)”* scientific rules, ethical and citation rules were followed. No falsification was made on the collected data and this study was not sent to any other academic publication medium for evaluation. The necessary ethics committee approvals were obtained at the meeting of the Scientific Research and Publication Ethics Committee of Kyrgyzstan Turkey Manas University, dated 03/04/2024 and numbered E30640013-100-188525.

### Araştırmacıların Katkı Oranı Beyanı

Yazarların çalışmadaki katkı oranları eşittir.

### Statement of Contribution Rate of Researchers

The contribution rates of the authors in the study are equal.

### Çatışma Beyanı

Araştırmacıların araştırma ile ilgili diğer kişi veya kurumlarla herhangi bir kişisel ve finansal çıkar çatışması yoktur.

### Declaration of Conflict

There is no potential conflict of interest in the study.

### Kaynakça

- Ambrosini, P. J., & Rapoport, J. L. (1999). Attention-deficit hyperactivity disorder: A review of the literature. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1519-1535.
- Angold, A., Costello, E. J., & Erkanli, A. (2000). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(1), 57-87.
- Alessandri, S. M. (1992). Attention-deficit hyperactivity disorder and social adjustment: A research review. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(4), 378-390.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). APA.
- Barkley, R. A. (1990). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. Guilford Press.
- Brown, T. E., Reichel, P. C., & Shaw, K. (2001). Attention-deficit hyperactivity disorder in women: Diagnosis and treatment issues. *American Journal of Psychiatry*, 158(10), 1609-1616.
- Caspi, A., Moffitt, T. E., Newman, D. L., & Silva, P. A. (1996). Behavioral observations at age 3 years predict adult psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, 53(11), 1033-1039.
- Colman, I., & Jones, P. B. (2004). The continuity of psychopathology from childhood to adulthood. *European Psychiatry*, 19(8), 487-491.
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 837-844.
- DuPaul, G. J., McGoe, 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 & Adolescent Psychiatry*, 40(5), 508-515.
- Ercan, A., & Aydın, S. (1999). DEHB ve ailenin etkisi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 6(2), 55-61.
- Faraone, S. V., Biederman, J., & Mick, E. (2000). The age-dependent decline of attention-deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine*, 30(5), 731-739.
- Feehan, M., McGee, R., Stanton, W. R., & Silva, P. A. (1993). Continuities in association between hyperactivity and reading disability. *Journal of Learning Disabilities*, 26(6), 395-400.
- Fischer, M., Schaller, M., & Reiss, W. (1993). Alcohol use and attention-deficit hyperactivity disorder: Results from a longitudinal study. *Addiction*, 88(4), 456-465.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3rd ed.). Sage Publications.
- Günay, A., Turgay, A., & Yılmaz, A. (2005). Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite ölçeği. *Türk Psikiyatri Derneği*.
- Hoffman, M., & DuPaul, G. J. (2000). The effects of gender on attention-deficit hyperactivity disorder: A review of the literature. *Journal of Attention Disorders*, 4(2), 116-124.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (2004). *Comprehensive textbook of psychiatry* (8th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Lahey, B. B., Applegate, B., McBurnett, K., Biederman, J., Greenhill, L., Hynd, G. W., Barkley, R. A., Newcorn, J., Jensen, P., Richters, J., & Shaffer, D. (1998). DSM-IV field trials for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 155(11), 1583-1591.
- Mannuzza, S., Klein, R. G., & Moulton, J. L. (1993). Attention deficit hyperactivity disorder in adults: A review of the literature. *Journal of Attention Disorders*, 4(2), 125-139.
- Maughan, B., & Kim-Cohen, J. (2005). Continuities between childhood and adult life. *British Journal of Psychiatry*, 187(5), 301-303.
- Morgan, D. L., Leech, N. L., Gloeckner, G., & Barrett, K. (2011). *IBM SPSS for introductory statistics: Use and interpretation* (4th ed.). Routledge.
- Nelson, J. E., & Israel, R. M. (2003). Substance abuse and ADHD: Etiology and clinical implications. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(12), 241-250.
- Rutter, M., Kim-Cohen, J., & Maughan, B. (1999). Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(1), 3-30.
- Selçuk, S. (2001). Çocukluk dönemi psikiyatrik bozuklukları ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 8(1), 58-63.
- Slomkowski, C. H., Klein, R. G., & Mannuzza, S. (1995). Alcohol use disorders and ADHD in adults: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(4), 501-506.
- Steinhausen, H. C., Drechsler, R., Földenyi, M., Dörmhof, H., & Brandeis, D. (2003). Attention deficit hyperactivity disorder in adolescence: Clinical aspects, developmental course, and comorbidities. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(6), 335-346.
- Stein, M. A. (2002). Attention-deficit hyperactivity disorder and the family: A review of the literature. *Journal of Pediatric Psychology*, 27(5), 453-460.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Pearson Education.
- Turgay, A. (1995). Erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanı ve tedavi el kitabı. Kanada Psikiyatri Enstitüsü.
- Turgay, A. (1998). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanı ve değerlendirme ölçeği.

- 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. *American Journal of Psychiatry*, 150(6), 885-890.
- Weiss, G., & Hechtman, L. (1993). *Hyperactive children grown up: ADHD in children, adolescents, and adults*. Guilford Press.
- Weiss, M., & Hechtman, L. (1986). Attention-deficit hyperactivity disorder in adults: A review of the literature. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(5), 280-287.
- Wender, P. H. (1995). *Attention-deficit hyperactivity disorder in adults*. Oxford University Press.

### EXTENDED ABSTRACT

The aim of this study is to determine the prevalence of attention deficit and hyperactivity disorder among adolescents and adults living in Kyrgyzstan. In line with this main objective, the following sub-objectives were sought; 1. What is the prevalence of attention deficit and hyperactivity disorder among adults? 2. Does the prevalence of attention deficit and hyperactivity disorder among adults differ significantly according to gender, age, marital status, sibling order, parental education level, whether there is alcohol or substance use, whether there is a psychiatric application during childhood, and where they grew up? A descriptive screening model was used in the study. The descriptive method aims to identify and explain events, objects, entities, institutions, groups, and various domains. The screening model is a research model that aims to determine a situation that has occurred in the past or is currently occurring in its current form. The universe of the study consisted of students studying at Kyrgyzstan-Turkey Manas University in the 2023-2024 academic year. The sample consisted of students studying at the same university and voluntarily filling out the scale. The "Adult Attention Deficit Hyperactivity Scale" developed by Günay et al. (2005) was used as the data collection tool. The data collection tool consists of three sections. In the first section, Attention Deficit (AD) section: It was created by taking the Attention Deficit (AD) symptoms in DSM-IV, a total of 9 items; In the second section, Hyperactivity/Impulsivity Section (AH): This section also took the Hyperactivity symptoms in DSM IV, a total of 9 items; and The third dimension ADHD-related characteristics and problems (Problem) section: This section was created based on clinical experience and observations and consists of 30 items. For the reliability study of the Adult Attention Deficit Hyperactivity Scale, the internal consistency coefficient for the inventory in general, the item total correlation coefficient, the item reliability (item remainder) correlation coefficient techniques and the consistency were determined through the relationship between the part and the whole, and were calculated separately for each item. A single consistency coefficient was calculated for the whole by taking into account the common relationship between the parts with Cronbach-Alpha, Spearman Brown and Guttman techniques. Of the internal consistency coefficients calculated to test the total reliability of the adult ADHD scale, the highest reliability was given by Cronbach Alpha (0.9566) and the lowest by Spearman Brown (0.9072) and Guttman (0.9072). Then, factor analysis was performed using the Varimax rotation method. Since the Kaiser Meyer-Olkin value (0.875) was above 0.50, it was understood that the sample size was suitable for factor analysis. In the analysis of the data, Independent T-test was used to determine the differences between binary variables from parametric tests, and One-way ANOVA test was used to determine the differences between more than two variables. The significance level was taken as ( $p < .05$ ). According to the findings of the study, although the symptoms of attention deficit and hyperactivity disorder begin in childhood, they continue in adolescents and adults, thus reducing the quality of life. Adolescents and adults do not show a significant difference in the overall scale and all dimensions of attention deficit and hyperactivity disorder according to gender, and accordingly, it can be said that adolescents and adults evaluate themselves at a similar level in terms of the overall scale and all dimensions. It has been observed that subjects who use alcohol and substances are a factor in the increase in ADHD symptoms. The effect of the number of siblings on attention deficit and hyperactivity disorder is a complex issue and does not have a fully determined answer. In the study, the significant difference in the attention deficit sub-dimension was in favor of those who had a psychiatric application in childhood. According to the change in the status of Adolescent and Adult Attention Deficit and Hyperactivity Disorder, Whether There Was a Psychiatric Application in Childhood or Not, there were significant differences in the sub-dimensions of the scale except impulsivity ( $t(354) = 2.45$ ;  $p < .05$ ), ADHD ( $t(354) = 2.64$ ;  $p < .05$ ) and the overall scale ( $t(354) = 2.86$ ;  $p < .05$ ). The significant difference in the attention deficit sub-dimension was in favor of those who had a psychiatric application in childhood. The significant difference in the ADHD sub-dimension was against those who did not have a psychiatric application in childhood. Unlike the other sub-dimensions, no significant difference was found in the impulsivity sub-dimension. When the overall scale was examined, it was seen that there was a statistically significant difference. It can be said that this difference was higher in individuals who had a Psychiatric Application in Childhood. This may be because psychiatric interventions in childhood tend to be associated with higher symptom levels in adolescence and adulthood.