T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ (KLİNİK PSİKOLOJİ) ANABİLİM DALI

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN ERİŞKİNLERİN EVLİLİK ÇATIŞMALARI VE EVLİLİK UYUMLARI ÜZERİNE BİR İNCELEME

Yüksek Lisans Tezi

Burcu KAHVECİ ÖNCÜ

Ankara – 2018

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ (KLİNİK PSİKOLOJİ) ANABİLİM DALI

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN ERİŞKİNLERİN EVLİLİK ÇATIŞMALARI VE EVLİLİK UYUMLARI ÜZERİNE BİR İNCELEME

Yüksek Lisans Tezi

Burcu KAHVECİ ÖNCÜ

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Şennur TUTAREL-KIŞLAK

Ankara – 2018

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ (KLİNİK PSİKOLOJİ) ANABİLİM DALI

Burcu KAHVECİ ÖNCÜ

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN ERİŞKİNLERİN EVLİLİK ÇATIŞMALARI VE EVLİLİK UYUMLARI ÜZERİNE BİR İNCELEME

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Şennur TUTAREL-KIŞLAK

Tez Jürisi Üyeleri

Adı ve Soyadı	İmzası
Prof. Dr. Gülsen Erden	.....
Prof. Dr. Şennur T. Kışlak	.....
Doç. Dr. Hatice Demirbaş	.....

Tez Sınavı Tarihi: 09/07/2018

TÜRKİYE CUMHURİYETİ

ANKARA ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Bu belge ile, bu tezdeki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik davranış ilkelerine uygun olarak toplanıp sunulduğunu beyan ederim. Bu kural ve ilkelerin gereği olarak, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları andığımı ve kaynağını gösterdiğimi ayrıca beyan ederim (.09./.07./2018).

Tezi Hazırlayan Öğrencinin

Adı ve Soyadı

Burcu Kahveci Önci

İmzası

.....

TEŞEKKÜR

Tez yazma sürecimde ilgisini ve desteğini esirgemeyen, kaygılarımı paylaşan, sabrı ve hoşgörülü tutumu için öncelikle tez danışmanım Prof. Dr. Şennur TUTAREL KIŞLAK'a çok teşekkür ederim. Tez jürimde yer alan Prof.Dr. Gülsen ERDEN ve Doç.Dr. Hatice DEMİRBAŞ'a katılımları ve değerli önerileri için teşekkürlerimi sunarım.

Bu zorlu süreçte her zaman sabır ve hevesle bana destek olan, benim için benden çok çabalayan değerli dostum Pınar CAN'a, ihtiyacım olduğunda manevi desteğini esirgemeyen Sevinç KIRICI'ya ve veri toplama sürecimdeki katkılarından ötürü sevgili Özlem ERGİN'e teşekkür ederim.

Tezimi yazarken gerek küçük kızımla ilgilenerek bana yarattıkları zaman için gerekse iyi dilekleri, duaları ve destekleri için anneme, babama ve ablama teşekkür ederim.

Yüksek lisans hayatıma başladığım günden bugüne; bir an olsun sabrından, hoşgörü ve anlayışından ödün vermeyen, bana inanan ve destekleyen, fırtınalı denizlerle boğuşurken bile her türlü stresini kenara bırakarak bana yardımcı olmak için elinden gelenin hep fazlasını yapan sevgili eşim Mesut ÖNCÜ'ye çok teşekkür ederim. Tez yazma sürecimde aramıza katılan canım kızım, Eylül Deniz'im; çalışmamı tamamlamaktaki en büyük motivasyon kaynağım olduğun ve beni bugünlere getirecek heyecanı bana sunduğun için çok teşekkür ederim. Bu satırları okuyacağın günleri görebilmek ümidiyle…

İÇİNDEKİLER

Sayfa no

TEŞEKKÜR ..... **i**
İÇİNDEKİLER ..... **ii**
TABLOLAR DİZİNİ ..... **v**

BÖLÜM I
GİRİŞ

1.1. DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU (DEHB) 4
1.1.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanı ve Sınıflandırması 4
1.1.2. Etiyoloji 8
1.1.3. Yaygınlık 8
1.1.4. Gelişim Süreci Boyunca Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu 9
1.1.5. Erişkinlikte Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve İlişkili Güçlükler 13
1.1.6. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Kişilerarası İlişkiler 19
1.2. EVLİLİK 23
1.2.1. Evlilikte Uyum, Çatışma ve Çatışma Çözme 23
1.2.2. Dikkat Eksikliği Hiperativite Bozukluğu ve Evlilik İlişkileri 28
1.2.3. Evli Erişkinlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Tedavi 31
1.3. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ 34

BÖLÜM II
YÖNTEM

2.1. ÖRNEKLEM 36
2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI 38
2.2.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu ve Sosyodemografik Veri Formu 38
2.2.2. Wender Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ) 39

2.2.3. Erişkin Dikkat Eskikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1.1) 39
2.2.4. Evlilik Yaşamı Anketi (EYA) 40
2.2.5 Evlilikte Uyum Ölçeği (EUÖ) 41
2.2.6. Romantik İlişkilerde Çatışma Çözüm Stilleri Ölçeği (ÇÇSÖ) 41
2.2.7. Birtchnell Eş Değerlendirme Ölçeği (BEDÖ) 42
2.3. İŞLEM 44

BÖLÜM III

BULGULAR

3.1. VERİ SETİNİN DAĞILIM ÖZELLİKLERİ, KAYIP VE UÇ DEĞERLER 46
3.2. ÖRNEKLEMİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE BETİMSEL İSTATİSTİKLER 47
3.3. DEHB TANISI ALAN BİREYLERİN TANI VE TEDAVİ DURUMLARINA İLİŞKİN BETİMSEL İSTATİSTİKLER 50
3.4. GRUPLARARASI FARKLILIKLARIN İNCELENMESİ 51
3.4.1. Tek Yönlü Varyans Analizi Bulguları 52
3.4.2. Kruskal Wallis H-Testi Bulguları 55
3.4.3. İlişkili Örneklem T- Testi Bulguları 57
3.5. DEĞİŞKENLER ARASI İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ 58
3.5.1. DEHB Tanısı Alan Bireylerin Evlilik Uyumu ve Evlilik Çatışmaları ile DEHB Belirtilerinin Şiddeti Arasındaki İlişkiler 59
3.5.2. Katılımcıların Sosyodemografik Verileri ve Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiler 60
3.6. EVLİLİK UYUMUNU YORDAYAN FAKTÖRLER 65

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

4.1. BETİMSEL İSTATİSTİKLERE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI 68
4.2. ORTALAMALAR ARASI FARKLILIKLARA AİT BULGULARIN TARTIŞILMASI 72

4.3. ÇALIŞMANIN DEĞİŞKENLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİLERE AİT BULGULARIN TARTIŞILMASI 78
4.4. EVLİLİK UYUMUNUN YORDANMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI 82
4.5. SONUÇ, SINIRLILIKLAR VE ÖNERİLER 84

KAYNAKÇA 89
EKLER 118
Ek-1: Bilgilendirilmiş Onam Formu 118
EK-2: Sosyodemografik Veri Formu 120
EK-3: Wender Utah Derecelendirme Ölçeği 124
EK-4: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) 125
EK-5: Evlilik Yaşamı Anketi 127
EK-6: Evlilikte Uyum Ölçeği 130
EK-7: Romantik İlişkilerde Çatışma Çözüm Stilleri Ölçeği 132
EK-8: Birtchnell Eş Değerlendirme Ölçeği 133
EK-9: Etik Kurul Onayı 137

ÖZET 139
ABSTRACT 141

TABLOLAR DİZİNİ

Sayfa no

Tablo 1.1. DSM-IV-TR'ye göre Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanı Ölçütleri 6

Tablo 1.2. DSM-5'e göre Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanı Ölçütleri 7

Tablo 2.1. Katılımcıların Temel Demografik Özellikleri 38

Tablo 3.1. Çiftlerin Gelir ve Çocuk Sayılarına İlişkin Bilgiler 48

Tablo 3.2. Katılımcıların Eğitim Durumu 48

Tablo 3.3. Gruplar Arası Çeşitli Sosyodemografik Veriler 49

Tablo 3.4. DEHB tanısı alan bireylerin tanı ve tedavilerine ilişkin bilgiler 50

Tablo 3.5. Gruplara Göre Ölçek Puanlarının Ortalama, Standart Sapma ve Ranjları 51

Tablo 3.6. Varyans Analizi Sonuçları 54

Tablo 3.7. Kruskal Wallis H-Testi Sonuçları 55

Tablo 3.8. Mann Whitney U Testi ile yapılan ikili karşılaştırma sonuçları 56

Tablo 3.9. İlişkili Örneklem T-Testi Bulguları 58

Tablo 3.10. DEHB Grubundaki Çiftlerin Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyonlar 63

Tablo 3.11. Kontrol Grubundaki Çiftlerin Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyonlar 64

Tablo 3.12. Çiftlerin Evlilik Uyumunu Yordayan Değişkenlere İlişkin Çoklu Hiyerarşik Regresyon Analizi Bulguları 67

BÖLÜM I

GİRİŞ

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) çocuklukta başlayan ve çoğu vakada yaşam boyu belirtileri devam edebilen nörogelişimsel bir bozukluktur (Canat,2014; Mannuzza ve Klein, 2000). DEHB'nin temel özelliği gelişim süreci ya da işlevsellikle ilişkili olarak devam eden dikkatsizlik örüntüsü ve/veya hiperaktivite ve dürtüselliktir. Dikkatsizlik, davranışsal olarak; dikkati odaklamakta ve sürdürmekte zorluk, yapılan iş dışında başka şeylere dalmak ve dağınıklık ile kendini gösterir. Hiperaktivite uygun olmayan aşırı motor aktivite, aşırı kıpırdanma ve konuşkanlık davranışlarıyla karakterizedir. Dürtüsellik boyutu ise aceleci davranışlar ya da doyumun geciktirilmesinde zorluk şeklinde ortaya çıkar ve konuşma sırasında diğerlerinin sözlerini kesmek, sıra beklemekte zorlanmak gibi davranışlarla kendini gösterir (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu uzun yıllar boyunca sadece çocukluk çağına özgü bir tanı olarak düşünüldüğünden, hastalığın yetişkinlikteki durumu netlik kazanamamış olup bu alanda yapılan çalışmalar sınırlı kalmıştır. Çocukluk dönemindeki davranış kontrolünde gelişimsel bir gecikme olarak görülen ve ergenlikte düzeldiği düşünülen bir tanı olduğundan; çocuklukta DEHB tanısı alanlar yetişkinlikte uzmanlar tarafından çoğunlukla izlenmemiş ve erişkinlikte dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu konusu üzerine yeterince eğilinmemiştir (Biederman ve ark.,1993, Sadock ve Sadock, çev. 2007). Ancak bu alanda yetişkinlerle yapılan çalışmalar, özellikle çocuklukta tanı alan grubun yetişkinlik döneminde de izlendiği boylamsal araştırmalar, DEHB'nin yaşamboyu süren bir bozukluk olduğuna dair önemli kanıtlar ortaya koymuştur (Sadock ve Sadock, çev. 2007). Bu anlamda yetişkinlik dönemine özgü ayrı

tanı kriterleri olmamasına karşın DSM 5'te yer alan bilgilerde hastalığın yaşam boyu sürebildiğine ve yetişkinlikte de tanınması gerektiğine değinilmiştir (APA, 2013).

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtilerinin sıklığı yaş ilerledikçe azalır ve gelişimle birlikte bu belirtiler değişim gösterir. Çocuklukta dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik sorunları ön plana çıkarken yetişkinlik dönemine gelindiğinde özellikle hiperaktivite belirtileri azalmakta ancak yürütücü işlevlerde ve duygudurum düzenlenmesinde belirgin güçlükler ön plana çıkmaktadır. Genel toplumda yaşla birlikte DEHB belirtilerinin azalması göz önüne alındığında, erişkinlerin geçerli bir tanı almaları için gereken sayıda tanı ölçütünü karşılamaları söz konusu olmasa bile, aynı yaştaki bireylere göre belirgin işlev sorunları gösterebildiklerine işaret edilmektedir (Tuğlu ve Öztürk Şahin, 2010). Bu kişilerin bir kısmı işlev kaybını en aza indirecek şekilde yaşam ortamlarını uyarlamayı, kendilerine uygun işler bulmayı, yalnız yaşamayı ya da uzun süreli ilişkiler geliştirmeyi ve DEHB ile ilgili güçlükleri kapatacak şekilde farklı konularda iyi olmayı başarabilmekte; ancak çoğu kişi için işlevsellikle ilgili sorunlar devam etmektedir (Sadock ve Sadock, çev. 2007). Yapılan bir izlem çalışmasında DEHB tanısı almış kişilerin, çocukluktaki semptomlar açısından yetişkinlikte daha fazla remisyonu olmasına karşın işlevsel açıdan daha düşük remisyon gösterdikleri belirtilmiştir. Yetişkinlikte, özellikle hiperaktivite belirtilerinde dikkatsizlik belirtilerine göre daha büyük bir ölçüde azalma olduğu ve dikkatsizlik semptomlarının daha kalıcı bir gidiş gösterdiğini belirten araştırmacılar; yaş faktörünün tüm DEHB belirtileriyle (hiperaktivite, dürtüsellik ve dikkatsizlik) negatif yönde ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (Biederman, Mick ve Faraone, 2000). Bu açıdan bakıldığında çocuklukta DEHB tanısı alan bireylerin, erişkinlik döneminde tanı kriterlerinin tamamını karşılayacak belirtiler göstermeseler de işlevsel açıdan sorunlar yaşamaya devam ettikleri sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle yaşam boyu güçlüklere yol açan bu bozukluğun tanısı için çocukluktaki belirtilerin erişkin dönemdeki denk belirtileri;

yani belirti göçünün tanımlanması gerektiği vurgulanmaktadır (Tuğlu ve Öztürk Şahin, 2010).

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun belirtileri çocukluk dönemine özgü kalmayıp ergenlik ve yetişkinlikte de bireyin yaşam kalitesini, kişiler arası ilişkilerini, akademik ve mesleki performansını olumsuz etkilemeye devam etmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008). Erişkinlikte DEHB'nin okul ve iş dünyasına, yaşamsal işlevselliğe ve kişilerarası ilişkilere yansıyan etkilerinin olduğu ve bozukluğun yalnızca tanı alan kişiyi değil, aileleri başta olmak üzere içinde bulundukları çevrenin tamamının dahil olduğu genişçe bir kitleyi etkilediği görülmektedir (Tuğlu ve Öztürk Şahin, 2010). Sosyal ve adaptif anlamda yaşanan güçlüklerle ilişkili olduğu düşünülen dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtileri sebebiyle bu bireylerevlilik hayatlarında da çeşitli sorunlarla karşılaşmaktadırlar (Murphy veBarkley, 1996). DEHB'si olan bireylerin çabuk sıkılma, sorumluluklarını erteleme ve yerine getirememe, çabuk kızıp sakinleşme, günü gününü tutmama ve maymun iştahlılık olarak adlandırılabilecek özellikleri sebebiyle arkadaşlık kurma ve sürdürmede, evlilikte ve insan ilişkilerinde güçlükler yaşayabileceği düşünülmektedir (Koyuncu, 2016). Alanyazına bakıldığında bu kişilerin yaşadığı bellek (Brown, Roth ve Katz, 2015; Finke ve ark. 2011; Marchetta, Hurks, Krabbendam ve Jolles, 2008), yürütücü işlev (Kamradt, Ullsperger ve Nikolas, 2014), eğitim, iş (Murphy, Barkley ve Bush, 2002) ve ergenlik döneminde akran ilişkilerindeki sorunlar (Mikami, Ahmad, Szwedo, Samuels ve Hinshaw, 2015) üzerine yapılmış çalışmalara sık rastlanmakla birlikte, erişkinlik döneminde ikili ilişkiler ve evliliklerde yaşanan sorunlar üzerine yapılan çalışmaların oldukça sınırlı olduğu ve yine ülkemizde bu alanda yapılmış çalışmaların olmadığı görülmektedir. Bu anlamda; yapılacak araştırmanın DEHB'nin evlilik ilişkisini nasıl etkilediği hakkında önemli bilgiler sağlayacağı düşünülmektedir.

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun ve erişkinlikte yarattığı sorunların anlaşılması, evlilik ilişkisi üzerindeki etkilerini anlamak açısından da oldukça önemlidir. Bu bağlamda tezin giriş bölümünde öncelikle bozukluğun doğasını ve erişkin yaşamındaki yansımalarını anlamak üzere bilgiler verilecek ve özellikle evlilik ilişkisi üzerindeki etkilerine, eşlerin uyumlarını ve evlilikteki çatışmalarını nasıl etkilediğine değinilecektir. Son olarak; bu bilgilerden yola çıkılarak araştırmanın soruları ve amacı hakkında bilgi verilecektir.

1.1. DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU (DEHB)

1.1.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanı ve Sınıflandırması

DEHB ilk kez 1845 yılında Dr. Henrich Hoffman isimli bir hekim tarafından tanımlanmış olmasına rağmen, alanyazında 1902 yılında George Still'in, aşırı hareketli, konsantre olamayan, öğrenme güçlükleri ve davranım sorunları gösteren çocuklarda "ahlaki kontrolün ileri düzeyde yetersizliği" olarak vurgulanmasına kadar göz ardı edilmiştir (Kayaalp, 2008; Öner, Aysev ve Altınoğlu Dikmeer, 2012). İlerleyen süreçlerde "organik dürtüsellik", "minimal beyin zedelenmesi sendromu" ve "minimal beyin disfonksiyonu" gibi tanımlar kullanılmıştır (Kayaalp, 2008). İlk kez DSM'nin ikinci baskısında 'çocukluğun hiperkinetik reaksiyonu' olarak tanımlanmış ve yetişkinlikteki durumundan söz edilmemiştir. DSM'nin üçüncü baskısında çocukluk tanısı olarak tanımlanmaya devam etmiş; ancak yetişkinlerin tüm DEHB bulgularını içermeyebileceği vurgulanarak yetişkinlikte tanı konulmasına olanak sağlanmıştır. Gözden geçirilmiş üçüncü baskısında bozukluğun %30 oranında erişkinlikte devam ettiği belirtilmiştir. DSM-IV-R'ye geldiğimizde yetişkinlikte bozukluğun tanısına izin verilmiş; ancak olguların çoğunda belirtilerin genç yetişkinlikte kaybolacağı da bildirilmiştir (Sadock ve Sadock, çev. 2007).

2013 yılına geldiğimizde ise DSM-5 ile birlikte DEHB tanı kriterlerinde bir takım değişiklikler yapılmıştır. DSM-4-TR'de DEHB'nin de içinde yer aldığı "Genellikle İlk Kez Bebeklikte, Çocuklukta ve Ergenlikte Tanısı Konan Bozukluklar" kategorisi; bu başlık altındaki tanıların nörolojik temellerinin olması ve gelişimsel dönemlerde ortaya çıkması sebebiyle ve bozuklukların doğasını daha iyi açıklaması amaçlanarak, DSM-5'te "Nörogelişimsel Bozukluklar" olarak değiştirilmiştir. Bu kategori altındaki DEHB tanısı için gerekli kriterler DSM-5'te biraz daha sağlamlaştırılmıştır. Bozukluğun farklı kültürlerde farklı görünümleri olabileceği vurgulanmış ve otizm spektrum bozukluğuyla komorbid olamayacağı bildirilmiştir. Yanı sıra, DSM-4-TR'de belirtilerin ortaya çıkma döneminin 7 yaşından önce olması şartı, DSM-5'te belirtilerin ortaya çıkma döneminin 12 yaşından önce olması şeklinde değiştirilmiştir. DSM-5'te bozukluğun alt grupları için DSM-4-TR'deki 'tip' terimi yerine 'görünüm' terimi kullanılmıştır. Son olarak; DSM-4-TR'de tanı konulabilmesi için en az 6 ölçütün karşılanması şartı, DSM-5'te 17 yaşından küçükler için 6; 17 yaşından büyükler için 5 tanı kriterinin tanı koymak için yeterli olduğu şeklinde değiştirilmiştir (APA,2014).

Tablo 1.1. DSM-IV-TR'ye göre Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanı Ölçütleri

A. Aşağıdaki dikkatsizlik ya da hiperaktivite/dürtüsellik ölçütlerinin en az 6'sı veya daha fazlasının gelişim düzeyine göre uyumsuz bir şekilde en az 6 ay sürmesi gerekir.

Dikkatsizlik

a. Sıklıkla detaylara dikkat etmekte güçlük çeker veya okul ödevi, iş veya diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar

b. Verilen görevlerde veya oyun etkinliklerinde sıklıkla dikkatini sağlamada güçlük çeker

c. Çoğu zaman yönergelere uyamaz ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da işyerindeki görevlerini bitiremez (karşıt olma bozukluğuna ya da yönergeleri anlayamamaya bağlı değil)

d. Kendisiyle doğrudan konuşulduğunda sıklıkla dinlemiyormuş gibi gözükür

e. Çoğu zaman, üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemekte zorluk çeker

f. Çoğu zaman sürekli zihinsel çabayı gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir

g. Çoğu zaman üzerine aldığı görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder

h. Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağılır

i. Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unutkandır

Hiperaktivite/dürtüsellik

a. Çoğu zaman hareket halindedir ya da içinde kurulu bir motor varmış gibi davranır

b. Çoğu zaman sınıfta ya da oturması gereken diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar

c. Sıklıkla uygunsuz olan durumlarda aşırı koşuşturup durur ya da tırmanır (bu durum ergenlerde ya da erişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir)

d. Sıklıkla aşırı konuşur

e. Sıklıkla elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur

f. Çoğu zaman sakin bir biçimde boş zamanları geçirme etkinliklerine katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır

g. Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan önce yanıtını vermeye çalışır

h. Sıklıkla başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer

i. Sıklıkla sırasını beklemekte güçlük çeker

B. İşlevsellikte bozulmaya neden olan bazı dikkatsizlik ve hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinin 7 yaşından önce olması gereklidir

C. Belirtilerin yol açtığı işlevsellik kaybı 2 veya daha fazla alanda gözlenmelidir (örn; evde ve okulda)

D. Sosyal, akademik veya mesleki işlevsellikte klinik olarak belirgin bozulma olmalıdır

E. Belirtiler yaygın gelişimsel bozukluk, şizofreni, diğer psikotik bozukluklar esnasında ortaya çıkmamalıdır veya başka bir zihinsel bozuklukla daha iyi açıklanamamalıdır (örn; duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, dissosiatif veya kişilik bozukları)

American Psychiatric Association (2005). *DSM-4-TR Tani Ölçütleri*. (E. Köroğlu, çev.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Tablo1.2. DSM-5'e göre Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanı Ölçütleri

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

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

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

a. Çoğu kez, ayrıntılara özen göstermez ya da okul çalışmalarında (derslerde) işte ya da etkinlikler sırasında dikkatsizce yanlışlar yapar (örn. ayrıntıları gözden kaçırır ya da atlar, yaptığı iş yanlıştır)

b. Çoğu kez, iş yaparken ya da oyun oynarken dikkatini sürdürmekte güçlük çeker (örn. ders dinlerken konuşmalar ya da uzun bir okuma sırasında odaklanmakta güçlük çeker)

c.Çoğu kez, doğrudan kendisiyle konuşulduğunda dinlemiyormuş gibi görünür. (örn. dikkatini dağıtacak açık bir dış uyaran olmasa bile, aklı başka yerde gibi görünür)

d. Çoğu kez, verilen yönergeleri izleyemez ve okulda verilen görevleri, ufak tefek işleri sıradan günlük işleri ya da sorumluluklarını tamamlayamaz. (örn. işe başlar ancak hızlı bir biçimde odağını yitirir ve dikkati dağılır).

e. Çoğu kez, işleri ve etkinlikleri düzene koymakta güçlük çeker (örn. ardışık işleri yönetmekte zorlanır; kullandığı gereçleri ve kişisel eşyalarını düzenli tutmakta güçlük çeker; dağınık ve düzensiz çalışır; zaman yönetimi kötüdür; zaman sınırlamalarına uyamaz)

f. Çoğu kez, sürekli zihinsel çaba gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almada isteksizdir. (örn. okulda verilen ödevler ya da görevler; yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, rapor hazırlamak, form doldurmak, uzun yazıları gözden geçirmek)

g. Çoğu kez, iş ya da etkinlikleri için gerekli nesneleri kaybeder (örneğin; okul gereçleri, kalemler, kitaplar, gündelik araçlar, cüzdanlar, anahtarlar, yazılar, gözlükler, cep telefonları).

h. Çoğu kez, dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağılır. (yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, ilgisiz düşünceleri kapsayabilir)

i.Çoğu kez, günlük etkinliklerinde unutkandır. (örn. sıradan günlük işleri yaparken, getir götür işlerini yaparken; yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, telefonla aramalara geri dönmede, faturaları ödemede, randevulara uymakta)

2. Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik: Gelişimsel düzeye uygun olmayan ve toplumsal ve/veya okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen aşağıdaki 6 belirti (ya da daha çok) en az 6 aydır sürmektedir:

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

a. Çoğu kez, kıpırdanır ya da ellerini ya da ayaklarını vurur ya da oturduğu yerde kıvranır.

b. Çoğu kez, oturması beklenen durumlarda oturduğu yerden kalkar. (örn. sınıfta, ofiste ya da işyerinde ya da yerinde durması gereken diğer durumlarda yerinden kalkar.

c. Çoğu kez, uygunsuz ortamlarda koşuşturup durur ya da bir yerlere tırmanır (Not: Ergenlerde ya da erişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir).

d. Çoğu kez, boş zaman etkinliklerine sessiz biçimde katılamaz ya da sessiz biçimde oyun oynayamaz.

e. Çoğu kez'her an hareket halinde'dir, 'kıçına bir motor takılmış' gibi davranır (örn. restoranlar, toplantılar gibi yerlerde uzun bir süre sessiz-sakin duramaz ya da böyle durmaktan rahatsız olur; başkalarınca, yerinde duramayan ya da izlemekte güçlük çekilen kişiler olarak görülürler)

f. Çoğu kez, aşırı konuşur.

g. Çoğu kez, sorulan soru tamamlanmadan önce cevabı yapıştırır. (örn. insanların cümlelerini tamamlar; konuşma esnasında sırasını bekleyemez)

h. Çoğu kez, sırasını bekleyemez (örn. kuyrukta beklerken)

i. Çoğu kez, başkalarının sözünü keser ya da araya girer (örn. konuşmaların, etkinliklerin ya da oyunların arasına girer; sormadan ya da izin almadan başka insanların eşyalarını kullanmaya başlayabilir; yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, başkalarının yaptıklarının arasına girer ya da başkalarının yaptığını birden kendi yapmaya başlar).

B. 12 yaşından önce birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi olmuştur.

C. Birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi iki ya da daha çok ortamda vardır. (örn. ev,okul ya da işyeri; arkadaşları ya da akrabalarıyla; diğer etkinlikler sırasında).

D. Bu belirtilerin, toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevselliği bozduğuna ya da işlevselliğin niteliğini düşürdüğüne ilişkin açık kanıtlar vardır.

E. Bu belirtiler yalnızca, şizofreni ya da psikozla giden başka bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. duygudurum bozukluğu, kaygı bozukluğu, çözülme bozukluğu, kişilik bozukluğu, madde eksikliği ya da yoksunluğu).

Olup olmadığını belirtiniz:

Bileşik görünüm

Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm

Aşırı hareketliliğin/dürtüselliğin baskın olduğu görünüm

American Psychiatric Association (2013). *DSM-5 Tanı Ölçütleri*.(E. Köroğlu, çev.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

1.1.2. Etiyoloji

Çoğu psikiyatrik hastalıkta olduğu gibi DEHB'nin etiyolojisi kesin olarak bilinememektedir. Oluşumunda biyopsikososyal nedenlerin; genetik ve çevresel etmenlerin etkili olduğu, çok etkenli bir sendrom olduğu, her olguda farklı nedenlere bağlı olarak ya da tek bir olguda birden fazla nedene bağlı olarak ortaya çıkabildiği belirtilmektedir (Canat,2014).

1.1.3. Yaygınlık

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun diğer bozukluklarla sıklıkla karışabileceği ve olguların bir kısmının evsiz ya da hapiste olma olasılığı sebebiyle kayıp olabileceği göz önüne alındığında yetişkinlerdeki sıklığının tam olarak bilinmesi güç olabilir. Ancak bozukluğun genel olarak %50-70 arasında erişkinlikte devam edeceği beklentisiyle yaygınlığının %2-4 arasında olduğu belirtilmektedir (Sadock ve Sadock, çev. 2007). Nitekim yapılan araştırmalar, çocukluk döneminde tanı alanların yaklaşık %70'inde yetişkinlikte belirtilerin devam ettiğini göstermektedir (Biederman, Petty, Evans, Small ve Faraone, 2010; Biederman ve ark.,2010). Yapılan bir meta analiz çalışmasında ise devam eden DEHB tanımı içerisine DSM IV'deki tüm kriterleri karşılama şartını koyduklarında bozukluğun erişkinlikte devam etme oranının %15 civarında olduğu; ancak genç erişkinlik döneminde kısmi remisyon durumunda gibi görünen vakaları dahil ettiklerinde bu oranın %65'e çıktığı bildirilmektedir (Faraone, Biederman ve Mick, 2006). Bu durum, bozuklukta semptomlar açısından bir azalma olmasına karşın, işlevsel açıdan aynı düzeyde azalma olmadığı yönündeki bulguları destekler niteliktedir (Biederman ve ark., 2000; Tuğlu ve Öztürk Şahin,2010). Belirtilerin erişkinlikte de devam edip etmemesi ve prognozun iyi olmasında; zeka, sosyal destek, aile ilişkileri, eş tanının olup olmaması gibi birden fazla faktörün etkili olduğu bilinmekte, yaşla birlikte bu kişilerin sorunlarıyla daha iyi başa çıkmayı

öğrenebileceği aktarılmaktadır (Ercan, 2007; Öner ve ark., 2012). Yapılan popülasyon araştırmaları çoğu kültürde hastalığın yetişkinlikte görülme oranının yaklaşık %2.5 olduğunu ve yetişkinlik döneminde 1.6/1 oranında erkeklerde kadınlardan daha fazla görüldüğünü ortaya koymaktadır (APA,2013). Klinik popülasyonda ise erişkinlerde DEHB yaygınlığının %5 oranında olduğu belirtilmekte, dikkatsiz tip DEHB'nin daha yaygın olduğu ve benzer biçimde erkeklerde kadınlardan daha fazla görüldüğü ifade edilmektedir (Biederman ve ark., 1993; Özkorumak, Özten ve Tiryaki, 2013; Özmen ve Özmen, 2012).

1.1.4. Gelişim Süreci Boyunca Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

DEHB olan kişiler, bebeklikte çevresel değişimlerden kolayca etkilenen, daha huzursuz ve ağlayan bebekler olabilirler. Yürümeye başladıklarında aşırı hareketlilik çoğu ebeveyn tarafından fark edilmekte; ancak 4 yaşından önce semptomları normal davranışlardan ayırmak güç olduğundan, kreşe ya da okula başlayıp öğretmenleri tarafından gözlenip akranlarıyla karşılaştırılana dek tanı konulmamaktadır (APA, 2013; Sadock ve Sadock, çev. 2012).

Okul öncesi dönemde DEHB için temel gösterge hiperaktivitedir. Ebeveynler genellikle çocuklarının yaramazlıklarından, hiçbir oyuncakla sıkılmadan oynayamadıklarından, sevdikleri aktiviteleri yaparken dahi sürekli kıpırdandıklarından söz ederler. Anaokulunda diğerleri ile uyumlu ilişki kuramama ve ısırma, tükürme gibi öfkeli davranışlara rastlanabilir. Okul döneminde ödevlerine isteyerek başlasalar dahi takıldıkları yerde çabuk vazgeçebilirler. Yazıları genelde bozuk, defterleri düzensiz ve kirlidir. Sıklıkla beceriksiz ve sakar çocuklar olarak anılırlar yanı sıra sınıf içi uyumu bozdukları gerekçesiyle uyumsuz olarak damgalanırlar (APA,2013; Brown, 2015). Öğretmenler sınıf ortamında 'ortalama' bir çocuğun davranışlarına aşina olduklarından

hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerini daha kolay fark edebilirler, ancak sadece dikkat eksikliği olan sakin ve uysal bir çocukta belirtiler gözden kaçabilir (Öner ve ark.,2012).

Ergenlik boyunca koşma, tırmanma gibi motor hiperaktivite belirtileri daha az gözlenir ve genellikle huzursuzluk, kıpırdanma, sinirlilik, tez canlılık ya da sabırsızlık gibi belirtilerle sınırlı kalır. Kolay heyecanlanırlar ve engellenme eşikleri düşüktür. Yetişkinlikte ise hiperaktivite belirtileri azalsa bile, dikkatsizlik, dürtüsellik ve huzursuzluk belirtileri daha fazla sorun yaratan bir hal alır (APA, 2013; Brown, 2015).

DEHB tanısı alan çocuklar tedavi edilmediklerinde ya da yetersiz tedavi uygulandığında pek çok psikososyal sorun ortaya çıkmakta ve bu durum ergenlik ve yetişkinlik döneminde farklı bozuklukların tabloya eklenmesine zemin hazırlamaktadır (Canat, 2014; Murphy ve Barkley, 1996). Araştırmalar, çocuklukta DEHB tanısı almış gruplarda ergenlik döneminde daha fazla psikiyatrik bozukluk geliştiğine işaret etmekte ve DEHB olan ergenlerde ölçekler ile yapılacak değerlendirmelerin yeterli olmadığına, yanıltıcı olabileceğine, yapılandırılmış görüşmelerle psikiyatrik değerlendirme yapmanın tanıların tespiti açısından en önemli unsur olduğuna değinmektedir (Aysev ve Öner, 2002). DEHB tanısı geciktikçe yakınmalar şekil değiştirmekte, anksiyete bozuklukları ve depresyon eş tanısında artış olmaktadır (Üneri, Vatandaş ve Atay, 2009).

DEHB tablosuna eklenen ikincil tanılar bu bireylerin işlevselliğinde daha fazla soruna yol açmakta (Marchetta ve ark., 2008), genel olarak bu kişilerde sigara kullanımı, madde kullanımı, antisosyal kişilik bozukluğu, karşı gelme bozukluğu, davranım bozukluğu, duygudurum bozukluğu ve ansiyete bozukluğu daha fazla görülmektedir (Barkley, Murphy ve Fischer, 2008; Barkley ve ark., 1996; Biederman ve ark. 1993; Biederman ve ark. 2006; Ekinci, Öncü ve Canat, 2011; Kollins, McClernon ve Van Voorhees, 2010; Kollins ve ark., 2013; Reinhardt ve Reinhardt, 2013; Weiss, Hechtman, Milroy ve Perlman, 1985).

Belirtileri ergenlik döneminde devam eden DEHB tanılı çocuklar, davranım bozukluğu geliştirme açısından; yetişkinlikte ise antisosyal kişilik bozukluğu geliştirme açısından risk altındadır. Dürtüsellik/ hiperaktivitenin ön planda olduğu çocukların davranım bozukluğu geliştirme oranı ise daha yüksektir (APA, 2013; Morrison, 1979; Sadockve Sadock, çev. 2012). Davranım bozukluğu ya da antisosyal eğilimlerin ortaya çıkması durumunda madde kullanım bozukluğu riski de artmaktadır (APA, 2013; Lee, Humphreys, Flory, Liu ve Glass, 2011). Alanyaznla uyumlu olarak karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğunun DEHB'ye en sık eşlik eden bozukluklar olduğunu aktaran araştırmacılar, bu çocukların aile işlevselliklerinde de belirgin bozulmalar olduğunu eş tanısı olan DEHB tanılı çocuklarda aile işlevselliğinin daha fazla bozulduğunu belirtmişlerdir (İmren, Rodopman Arman, Gümüştaş, Yulaf ve Çakıcı, 2013). Yanı sıra; DEHB tanılı bireylerde tutuklanma ve kazalara yatkınlığın daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Nitekim araştırmalar yetişkinlikte bu kişilerin sürüş becerilerinin daha kötü olduğunu (Knouse, Bagwell, Barkley ve Murphy, 2005), daha fazla sürüş riski aldığını (Murphy ve Barkley, 1996), trafik suçu işlediğini ve çoğunlukla şiddet içermeyen suçlarla ilgili gözaltı ve tutuklanma öykülerinin olduğunu göstermektedir (Barkley, Murphy ve Kwasnik, 1996; Biederman ve ark. 2006). DEHB belirtilerinin şiddeti ve eştanıların tabloya eklenmesi, işlevsellikteki bozulmanın yanı sıra bu bireylerde intihar riskini de arttırmaktadır (APA, 2013; Berkol, Yargıç, Özyıldırım ve Yazıcı, 2014; Furczyk ve Thome, 2014; Huemer ve ark., 2016; Lan ve ark., 2015; Meza, Owens ve Hinshaw, 2016; Stickley, Koyanagi, Ruchkin ve Kamio, 2016; Taylor, Boden ve Rucklidge, 2014).

Cantwell ve arkadaşları (1986) yaptıkları çalışmada çocukluktaki DEHB semptomlarının ciddiyeti ve kalıcılığının düşük sosyoekonomik düzey, kalabalık, huzursuz ve yıkıcı aile düzeni ve zıtlaşmış anne- çocuk ilişkileri ile bağlantılı olduğunu göstermiştir (Aysev, 2000). Erken çocukluk döneminde aile içi ilişki örüntüsünün

DEHB'ye yol açması beklenmemekle birlikte hastalığın gidişini ya da ikincil problemlerin oluşmasını etkilediği aktarılmaktadır (APA, 2013). Nitekim yapılan araştırmalar aile içi çatışmaların çocukları da olumsuz etkilediğini göstermektedir. Okul öncesi dönemde davranış problemleri olan çocuklarda aile yaşantısının erken dönem karşı gelme bozukluğu gelişimi ya da devam ettirilmesindeki rolünü inceleyen araştırmacılar; aşırı tepkisel ebeveyn tutumu, anne depresyonu, evlilik çatışmaları ve düşük aile geliri olan çocukların daha fazla karşı gelme bozukluğu belirtisi gösterdiğini bildirmişlerdir (Harvey, Metcalfe, Herbert ve Fanton, 2011). Bu bulgu eş tanıların tabloya eklenmesi konusunda ailenin rolünü de ortaya koymaktadır.

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı alan çocuklar sosyalalanlarda bir takım güçlüklere sahiptir. Bu çocukların sosyal işlevselliklerinde bozulma olduğu; dahası bu durumun cinsiyet açısından farklılık gösterdiği ve kız çocuklarında erkek çocuklarından daha geniş bir alana yayıldığı görülür (Young, Heptinstall, Sonuga-Barke, Chadwick ve Taylor, 2005). Problemlerini fark etmeleri çocukların olumsuz kendilik algısını ve tepkisel olarak gösterilen düşmanca davranışlarını pekiştirir. DEHB'li çocukların davranışsal özelliklerine bağlı olarak okul personelinin gösterdiği olumsuz tepkiler, sorunlarla başa çıkmada yetersizlik duyguları ve akranlarının olumsuz yorumlarıokulu çocuklar için mutsuz bir ortam haline getirir. Bu durum eylemsel antisosyal davranışlar ve kendini cezalandırma davranışlarını da beraberinde getirebilir (Sadock ve Sadock, çev. 2012). Sosyal işlevselliğin bozulmasına yol açan bir diğer faktör DEHB'li çocukların duygusal ipuçlarını takip etmekteki güçlükleriyle ilişkilidir. Araştırmacılar DEHB'li çocukların yüz ifadelerine bakarak duygusal ipuçlarını yorumlama ve uygun biçimde karşılık verme becerilerinin zayıf olduğunu; bu durumun da olumsuz sosyal iletişime yol açtığını belirtmektedir (Ayaz, Ayaz ve Yazgan, 2013).

DEHB çoğunlukla çocukluk çağının ortalarına kadar gerileme göstermemektedir. Bu dönemden sonra ise hiperaktivite ilk gerileyen belirtidir (bazı

vakalarda kaybolabilir); gerileme gösteren son belirti ise dikkatin kolay dağılmasıdır (Sadock ve Sadock, çev. 2012). Özellikle çocuklukta belirtileri şiddetli olan kişilerin erişkin yaşamlarında işlevselliklerinde daha fazla bozulma görülebilir (Ekinci ve ark., 2011). Remisyon görülürse genellikle 12-20 yaş arasında gerçekleşir. Üretken bir ergenlik ve yetişkinlik dönemi, doyum sağlayıcı kişilerarası ilişkilere sahip olma ve olumsuz sonuçların daha az olması remisyon hali olarak nitelendirilebilir (Sadock ve Sadock, çev. 2012).

1.1.5. Erişkinlikte Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve İlişkili Güçlükler

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu çocuğun sosyal, duygusal ve bilişsel alanlarda gelişimine olumsuz etki eder. Yalnızca çocuklukta değil, ergenlik ve yetişkinlikte de bireyin yaşam kalitesi, kişiler arası ilişkileri, akademik ve mesleki performansı belirtiler nedeniyle olumsuz etkilenmeye devam eder (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

DEHB tanısı alan bireyler özel bir öğrenme güçlüğü olmaksızın okul ve iş performansında başarısızlıklar ya da işsizlik sorunları yaşayabilirler. Bu durum sosyal olarak reddedilme ve kişilerarası ilişkilerde yaşadıkları çatışmalar ile yakından ilişkilidir (APA, 2013). Nitekim yetişkinler için bu bozukluğun en zarar verici tarafı kişisel yaşantılarında ve iş yaşantılarında sağlıklı kişilerarası ilişkiler başlatma ve sürdürme becerilerini sekteye uğratmasıdır (Rapport, Friedman, Tzelepis ve Voorhis, 2002). Yapılan pek çok çalışmada DEHB tanısı alan bireylerin kontrol grubuna göre iş ve eğitim alanında daha fazla sorun yaşadığı (Biederman ve ark., 2006; Tuğlu ve Öztürk Şahin, 2010), eğitim başarılarının daha düşük olduğu,okulda disiplin sorunu yaşadıkları (Barkley ve ark., 2008; Murphy ve Barkley, 1996), eğitim sürelerinin daha kısa olduğu ve bir üniversiteden mezun olma oranlarının daha düşük olduğu (Murphy, Barkley ve

Bush, 2002); ayrıca sınıf tekrarı, akademik başarısızlık, özel sınıflara yerleştirme ve özel eğitim konusunda daha fazla risk altında oldukları ifade edilmiştir (Biederman ve ark., 1993). Benzer şekilde işlerinde daha düşük performans sergiledikleri, iş bırakma, iş değiştirme ve işten kovulma oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Murphy ve Barkley, 1996). Alanyazındaki bulguların aksine DEHB tanısı alan bireylerin eğitim ve iş alanındaki güçlükler bakımından kontrol grubundan farklılaşmadığını belirten çalışmalar olmasına karşın, bu durumun örneklemin kısıtlılığı ya da istatistiksel gücün zayıflığıyla ilişkili olabileceğine de değinilmektedir (Barkley ve ark., 1996).

DEHB'de dikkatsiz davranışlar çeşitli bilişsel süreçlerle ilişkilidir ve test edildiğinde bu kişilerin yürütücü işlevlerinde ve belleğinde bozulmalar olduğu görülebilir (APA, 2013). Çocukluktaki bilişsel güçlüklerin erişkinlikte de devam ettiği, bu kişilerin bilişsel test performansları açısından sağlıklı yetişkinlere göre daha düşük puanlar aldığı belirtilmekte; ancak etiyolojik açıdan hastalığın gidişi ve belirti düzeyinin çocukluk döneminden farklı olabileceği aktarılmaktadır (Biederman ve ark. 1993; Dobson- Peterson, O'Gorman, Chan ve Shum, 2016; İnci Kenar ve Herken, 2014).

Çalışmalar DEHB tanısı olan erişkinlerde birden fazla alanda bilişsel bozulmanın varlığına işaret etmekte (Alderson, Hudec, Patros ve Kasper, 2013; Barkley, 2012; Fuermaier ve ark., 2015; Murphy, Barkley ve Bush, 2001) ve çok sayıda araştırma, DEHB olan bireylerde genel olarak yürütücü işlevler (Barkley ve ark., 2008; Kamradt ve ark., 2014), çalışma belleği (Marchetta ve ark. 2008; Finke ve ark., 2011), sözel öğrenme ve hafıza alanlarında bozulma olduğuna değinmektedir (Roth ve ark., 2004; İnci Kenar ve Herken, 2014). Yürütücü işlevler kişilerin bir amaca ulaşırken kullandığı planlama, organizasyon, problem çözme ve çalışma belleğinin yanı sıra kurulumu değiştirme ve ketleme gibi kendini düzenleme becerilerinin bütününü içermektedir (Kılınçaslan, 2010). Çalışma belleği; diğer bir deyişle kısa süreli bellek ise duyusal kayıtlardan seçilen bilginin uzun süreli kayıt aşamalarına geçişte ilk olarak

işlendiği ve depolandığı bellek türü olup yürütücü işevlerin bir parçasıdır (Morris, çev. 2002). Bu alanlarda ortaya çıkan bozulmaların anlaşılması DEHB'li bireylerin yaşadığı davranışsal sorunların güçlü bir kaynağı olarak görülmesi sebebiyle oldukça önemlidir (Finke ve ark., 2011; Kamradt ve ark., 2014).

DEHB olan bireylerin dikkatsizce hata yapmalarını, insanlarla konuşurken dinlemiyormuş gibi görünmelerini, başladıkları işi bitirmekte güçlük yaşamalarını ve günlük yaşam sorunlarını çözme konusundaki sorunlarını çalışma belleğindeki güçlüklerle açıklamanın mümkün olduğunu belirten araştırmacılar; bu durumun çalışma belleği kapasitesinin sınırlı olması ve fazla veriyi işleyememesiyle ilişkili olabileceğini aktarmaktadır (Cowan, 2000; Finke ve ark., 2011). Erişkin DEHB olan bireylerin nöropsikolojik işlevlerinin değerlendirilmesi üzerine yapılan bir meta analiz çalışmasında bu kişilerin nöropsikolojik açıdan çeşitli bozulmalarının olduğu ve buna bağlı olarak işlevselliklerinin birden fazla alanda etkilendiği belirtilmiş; dikkat, bellek ve davranış inhibisyonu alanlarında göze çarpan bir bozulmanın olduğu gösterilmiştir (Harvey, Epstein ve Curry, 2004). Benzer biçimde Barkley ve arkadaşları (1996), yaptıkları bir çalışmada; bu bireylerin davranış inhibisyonunu sağlamakta ve dikkati sürdürmekte güçlük yaşadığını yanı sıra sözel ve sözel olmayan çalışma belleklerinin daha zayıf olduğunu bildirmiştir. Davranışlarını inhibe ederek, uygunsuz tepkileri durdurma konusundaki bu sorunların da çalışma belleği kusurlarıyla ilişkili olabileceği belirtilmiştir (Bekker ve ark., 2005; Lijffijt, Kenemans, Verbaten ve Engeland, 2005).

Erişkinlikte DEHB, davranış inhibisyonunun yanı sıra düşük engellenme eşiği, irritabilite, duygusal dalgalanmalar, olumsuz duygulanım ve yenilik arayışı gibi özelliklerle de ilişkilidir (APA, 2013). Bu bireylerde, davranış ve duygu kontrolü ile ilgili güçlüklerin varlığına değinen araştırmacılar (Barkley ve ark., 2008; Kamradt ve ark., 2014; Roberts, Fillmore ve Milich, 2011); bireylerin davranışlarını durdurmakta ve değiştirmekte zorlandığını ve bu durumun dürtüsellikle ilişkili olduğunu belirtmiştir

(Adams, Roberts, Milich ve Fillmore, 2011; Bekker ve ark., 2005). DEHB olan bireyler söz kesme, kuralları çiğneme ve diğerlerine katılmakta başarısızlık gibi uyumsuz davranışlarının çoğunlukla farkında olmalarına karşın, otokontrolü sağlamakta ve bu davranışları düzenlemekte başarısızlık göstermektedirler (Hinshaw ve Melnick, 1995). Değişen şartlar ve bozucu etkiler altındayken bu kişiler, alıştıkları davranış örüntülerini bastırmakta ve duruma uygun yeni bir davranışı gerçekleştirmekte güçlük yaşamaktadır (Öncü ve Ölmez, 2004). DEHB'li erişkinlerin duygu düzenleme becerilerindeki sorunlar ise kişilerarası yaşantılarında görülen problemlerde önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu bireylerin kendi olumsuz duygularını düzenleme becerilerinde önemli sorunlar olduğu ve bu duygularını daha yoğun ve kontrolsüz biçimde deneyimledikleri gösterilmektedir (Fleming ve Snell, 2008). Ancak ani karar verme ve duygularını düzenleyememe gibi kendini dizginleme konusunda yaşadıkları zorluklar; bu bireylerin risk almaya ve ani karar vermeye zorlandıkları profesyonel yaşantılarında bir avantaja da dönüşebilmektedir (Kamradt ve ark., 2014).

Erişkinlikte dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuyla ilişkili olarak güçlük yaşanan bir diğer yürütücü işlev alanı olan zaman yönetimi ve planlama becerileri; bu kişilerin profesyonel ve gündelik yaşantısındaki sorunların önemli bir yordayıcısı olarak görülmektedir (Kamradt ve ark., 2014). Zaman kavramı, günlük yaşamın önemli bir parçası olduğundan zaman algısında bozulma olan bu kişilerin günlük yaşantılarındaki zaman yönetimi ile ilgili güçlükleri anlamak önemlidir. Araştırmalar, DEHB olan erişkinlerin kontrol grubuyla kıyaslandığında zamanı kestirmede daha fazla tutarsızlık sergilediğini ve zamanı değerlendirmede daha fazla sorun yaşadığını göstermektedir (Barkley ve ark., 2001; Pollak, Kroyzer, Yakir ve Friedler, 2009). Ayrıca; DEHB tanısı alan bireyler görevin ve durumun zorluğu değişmesine rağmen sorunun çözümü için harcadıkları planlama sürelerini uygun biçimde değişimleyememektedir. Bu durumun tepkilerini kontrol etme konusundaki güçlüklerle ilişkili olabileceğini aktaran

araştırmacılar, DEHB olan kişilerin planlama becerilerinde güçlükler yaşadığı ve daha kısa düşünme süreleri ile harekete geçtiklerini belirtmektedir (Young, Morris, Toone ve Tyson, 2007).

Nörospikolojik açıdan anlaşılması gereken önemli bir diğer konu ise bu kişilerin duygu tanıma becerilerindeki sorunlardır. DEHB tanısı alan bireyler sağlıklı bireylere göre yüz tanıma ve duygu tanıma performansları açısından daha fazla bozulma göstermektedir (Demirci ve Erdoğan, 2016). Erişkin DEHB olan bireylerle yapılan bir çalışmada bu kişilerin duygu tanıma becerilerinde kusurlar olduğu ve duygusal tepkilerinde artış yaşadıkları görülmüştür. DEHB'li bireylerin kendi duygularını daha büyük yoğunlukta yaşamalarının, başkalarının duygularına karşı hassasiyetlerini azaltan bir faktör olabileceğini aktaran araştırmacılar; bu bireylerin kişilerarası ilişkilerde diğerlerinin duygularına karşı ilgisiz ve duyarsız gibi görünebileceklerini belirtmiştir (Rapport ve ark., 2002). Bir başka araştırmada ise DEHB olan kişilerin duygu tanıma konusunda güçlükler yaşadığı ve özellikle olumsuz duyguları tanımada daha fazla hata yaptıkları, en fazla 'mutlu' yüz ifadesinin doğru tanıdıkları gösterilmiş ve sosyal ilişkilerde duygu tanıma becerileriyle ilgili sorunların görülebileceğinden söz edilmiştir (Baran Tatar, Yargıç, Oflaz ve Büyükgök, 2015; Miller, Hanford, Fassbender, Duke ve Schweitzer, 2011). Duygu tanıma konusundaki benzer sorunların DEHB olan çocuklarda da mevcut olduğunu gösteren başka bir çalışmada; bireylerin özellikle olumsuz duyguları anlamakta zorluk yaşadığında, sosyal olarak uygun tepki verme ve duruma ayak uydurmada güçlük yaşayabilecekleri belirtilmekte ve çocuklukta verilebilecek uygun bir sosyal beceri eğitiminin erişkinlikteki sosyal sorunların yatıştırılmasında etkili olabileceği bildirilmektedir (Ayaz ve ark., 2013). Araştırmalar, DEHB'li bireylerin sosyal ilişkilerde sorun yaratabilen; dikkat ve çelinebilirlik (Forster, Robertson, Jennings, Asherson ve Lavie, 2014; İnci Kenar ve Herken, 2014; Segal, Mashal ve Shalev, 2015), dil becerileri (Engelhardt, Ferreira ve Nigg, 2011) ve

ifadelerdeki mecaz ve gerçek anlamları anlama konusunda da güçlük yaşadıklarını göstermektedir (Segal ve ark., 2015).

DEHB'nin davranışsal belirtileri özellikle de hastalık tanınmadığında kişilik özelliklerine bağlanabilmektedir (Murphy, 2005). Sorunların kaynağı olmamakla birlikte yapılan araştırmalar DEHB ile bazı kişilik özellikleri arasında ilişkiler olduğunu göstermektedir. Dikkatsizlik ve organizasyon sorunlarının; beş büyük kişilik özelliklerinden düşük sorumluluk duygusu ile duygusal tutarsızlık, aşırı tepkisellik, kaygı, depresyon, düşük benlik saygısı ve mantık dışı davranışlar göstermeye yatkınlığa işaret eden nörotisizm boyutu ile ilişkili olduğu; hiperaktivite ve dürtüsellik sorunlarının ise düşük uzlaşılabilirlik boyutuyla ilişkili olduğu belirtilmiştir (Nigg ve ark., 2002; Widiger, Costa, Gore ve Crego, 2012). Hastalığın alt tiplerindeki bilişsel, davranışsal ve duygusal özelliklerin neler olduğuna bakıldığında bu ilişkiyi anlamak daha mümkün görünmektedir. Bu kişilerin sürekli öfke düzeyleri yüksek, öfkeleriyle başa çıkma becerileri zayıf (Özmen ve Özmen, 2012), dışşal denetim odaklı (Langberg, Divorsky, Becker ve Molitor, 2016; Linn ve Hodge, 1982) ve yaşam olaylarına verdikleri tepkiler bakımından duygusal olarak daha gergin oldukları gösterilmiştir (Richard-Lepouriel ve ark., 2016). Bu bağlamda erişkinlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun duygusal zeka özellikleriyle deilişkili olduğu belirtilmiş; duygusal zekanın stres yönetimi ve uyum boyutlarının DEHB'nin belirtileri açısından önemli yordayıcılar olduğu ve dikkatsiz tip DEHB olanların daha fazla duygusal güçlük yaşadığı (Fleming ve Snell, 2008; Kristensen ve ark., 2014), yanı sıra bu kişilerde olumsuz otomatik düşüncelerin de belirtilerin şiddetiyle orantılı olduğu gösterilmiştir (Mitchell, Benson, Knouse, Kimbrel ve Anastopoulos, 2013). Araştırmacılar, dikkatsizlik belirtilerinin genel stres ve sıkıntı düzeyi, azalmış pozitif duygulanım, artmış negatif duygulanım ve konsantrasyon sorunlarıyla ilişkili olduğunu, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerinin ise bağlama uygun olarak durumların algılanması konusunda azalmış duyarlılık ile

ilişkili olduğunu ve bu durumun günlük yaşam işlevselliğindeki sorunlar üzerinde etkili olduğunu göstermektedir (Knouse ve ark., 2008).

1.1.6. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Kişilerarası İlişkiler

Sosyal becerilerde azalma, zayıf kişilerarası ilişkiler, anksiyete, duygusal dalgalanmalar, zayıf öfke kontrolü, azalmış özgüven, başarısızlık hissi ve problem çözme becerilerinin yetersiz kalması gibi DEHB'nin yol açtığı sosyal ve duygusal kalıntılar bireyin erişkin yaşamını olumsuz etkilemektedir (Young ve Bramham, 2007). Yapılan çalışmalar, DEHB semptomlarının sosyal uyum ve yaşam kalitesinin azalması gibi birden çok alanda adaptif sorunla ilişkili olduğunu (Biederman ve ark., 2006; Knouse ve ark. 2008; Murphy ve Barkley, 1996; Norvilitis, Sun ve Zhang, 2010) ve erişkin DEHB olgularının sosyal yaşamlarında önemli bozulmaların görüldüğünü, bu bağlamda da kişilerarası ilişkilerde güçlük yaşadıklarını göstermektedir (Sadock ve Sadock, çev. 2007; Vegt, Tulen, Van Tuijl, Twigt ve Hengeveld, 2007).

DEHB'li çocuk ve ergenlerin agresyon düzeylerinin yüksek ve empati becerilerinin zayıf olması ile ilişkili olarak sosyal işlevsellikleri azalmaktadır (Demirci ve Öztop, 2015). Dikkatsizlik belirtileri baskın olan çocuklar akademik, sosyal ve davranışsal olarak her açıdan sorun yaşamakta; ancak hiperaktif ve bileşik tiplere göre sosyal ortamlarda daha fazla uygun davranış sergileme ve daha az dışa vuran davranış sorunları gösterme bakımından avantajlı olmaktadırlar. Bu açıdan bakıldığında bileşik tip DEHB olan çocuklar ise daha ağır güçlüklerle karşılaşmaktadırlar (Gaub ve Carlson, 1997). Akranları tarafından sıklıkla negatif ayrımcılığa maruz kalan DEHB'li çocukların (Mrug ve ark., 2009), ergenlerin ve genç yetişkinlerin; akran ilişkilerinde güçlükler yaşadığı ve yüz yüze ilişki kurmakta zorlanmaları sebebiyle online sosyal iletişimi tercih edebileceği bildirilmektedir (Mikami, Szwedo, Allen, Evans ve Hare,

2010; Mikami ve ark., 2015). DEHB'li gençler uyumsuz ve agresif davranışları sebebiyle akranları tarafından katı bir biçimde reddedilmekte (Hinshaw ve Melnick, 1995); sosyal açıdan daha fazla etiketlenip daha az tercih edilmekte ve daha az ikili arkadaşlıklar kurmaktadır (Hoza ve ark., 2005). Akran ilişkilerinde yaşanan bu güçlükler yetişkin yaşamında olumsuz sonuçlar doğurması açısından önemlidir (Hoza, 2007).

DEHB tanılı bireylerin sahip oldukları güçlükler çevrelerini ve çevreleri de yaşadıkları zorlukların derecesini etkilemektedir. Bu kişiler sosyal becerilerinde çeşitli sorunları sıklıkla deneyimler ve genellikle zayıf sosyal iletişim becerilerine sahiptirler. Yüz ifadeleri ve vücut dilini okumak sosyal becerilerde önemli bir faktör olmasına karşın bu kişiler çelinebilirlik, dürtüsellik, aşırı hareketlilik ve kendine odaklılık gibi özellikleri sebebiyle bu işlevleri kazanmakta zorlanabilirler. Gözlem, kopyalama, pratik ve geribildirimleri kabul etme yoluyla sosyal becerileri öğrenirken de sıklıkla önemli detayları fark edemezler. Bu becerileri öğrenen yetişkinler de detayları gözden kaçırır ve neyi kaçırdıklarını fark etmekte bile zorluk yaşayabilir (Robbins, 2005). DEHB'li bireyler, dikkatleri üzerindeki kontrol sınırlılıkları, düşük konsantrasyon düzeyi ve çelinebilirlikleri sebebiyle etkili problem çözme mekanizmalarını kullanmakta da zorlanırlar. Dürtüsellikleri; talepkar ve benmerkezci görünmelerine ve eyleme geçmeden önce hareketlerinin olası sonuçlarını düşünememelerine yol açabilir. Bu kişiler bir durumun tüm sonuçlarını değerlendirmeksizin ani karar verip dürtüsel bir şekilde hareket edebilir ve acil bir konu yerine önemsiz bir konu hakkında endişelenebilirler. Hiperaktivite ise yetişkinlikte ciddi oranda azalma gösterse de objektif veya sübjektif bir huzursuzluk şeklinde görülmeye devam edebilir (Young ve Bramham, 2007).

DEHB'li bireylerin yetersizlikleri ve yapmaları gereken görevleri sürdürmedeki zayıf çabaları diğerleri tarafından çoğunlukla tembellik, sorumsuzluk ya da işbirliğinde

başarısızlık olarak yorumlanabilir (APA, 2013). Bu bağlamda DEHB çoğu zaman 'görünmez' bir yetersizlik gibi de düşünülmektedir. Çünkü; diğer insanlar bu kişileri çoğu açıdan normal olarak algılamakta ve tutarsız davranışlarını açıklayacak bir şey bulamadıklarında, durumu çoğunlukla karakterlerinin kötü olmasına atfetmektedir ya da kasıtlı yapılan davranışlar olarak düşünmektedir. Dolayısıyla DEHB'li bireyler ilişkide oldukları çoğu kişi tarafından doğrudan ya da dolaylı yollarla sorumsuz, bencil, düşüncesiz olduklarına dair olumsuz mesajlara maruz kalmakta ve bu düşünceler sebebiyle hayatlarındaki insanlar çoğunlukla bu kişilere karşı kızgın hissetmektedir. DEHB'li bireylerde ise hastalıkla ilişkilibu yetersizlikler kronik bir biçimde umutsuzluk, cesaretsizlik, başarısızlık ve yoğun hayal kırıklığı hissedilmesiyle sonuçlanmaktadır (Murphy, 2005).

Tanı alan çocuklar, gösterdikleri DEHB belirtileri sebebiyle büyürken sürekli eleştiri ve sorunla karşılaşmakta; bu durumda çevrenin etkileri DEHB ile ilgili sorunların büyümesi ya da devam etmesinde etkili olmaktadır. Sonuç olarak gelişen düşük benlik saygısı, birçok ilişkide olduğu gibi, ilişkilerindeki sorunların gelişimine katkı sağlamakta (Bélanger ve ark., 2014; Yelsma, 1984); tartışma eğilimi ve zayıf öfke kontrol becerileri, erişkinlikte de aile, arkadaş ve iş ilişkilerinde sorunların devam etmesi konusunda önemli yordayıcılar halini almaktadır (Robbins, 2005).

Araştırmacılar, üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları bir çalışmada klinik açıdan anlamlı düzeyde dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileri olan bireylerin ilişki kalitelerinin daha düşük olduğunu; semptomlar arttıkça ilişki kalitesinin azaldığını yanı sıra duygu düzenleme güçlükleri ve ilişkilerdeki düşmanca çatışma tutumlarının bu negatif ilişki üzerinde etkileri olduğunu bildirmiştir (Bruner, Kuryluk ve Whitton, 2015). Bir başka çalışmada; bu kişilerin sosyal ve duygusal yeterlilikler bakımından zayıf oldukları ve kişilerarası ilişkilerde duygularının daha az açığa çıktığı gösterilmiştir (Friedman ve ark., 2003). DEHB ile ilişkileri şiddet bağlamında ele alan

bir çalışmada ise, çocuklukta DEHB tanısı almış olan kadınların genç erişkinlik dönemindeki yakın ilişkilerinde daha fazla fiziksel şiddet kurbanı oldukları görülmüştür (Guendelman, Ahmad, Meza, Owens ve Hinshaw, 2016).

DEHB yakın kişilerarası ilişkilerdeki cinsel yaşantılarla da ilişkilidir. Yapılan izlem çalışmalarında; DEHB tanısı alan çocukların %20'sinin yetişkinlikte cinsel yaşamlarında sorunlar yaşadığını bildirdiği (Weiss, Hechtman, Milroy ve Perlman, 1985) ve DEHB tanısı alan yetişkinlerde cinsel sorunların daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (Biederman ve ark. 2006). Ayrıca; özellikle bileşik tip DEHB olan bireylerde gelişigüzel ve güvenli olmayan cinsel birlikteliklerin daha fazla olduğu, daha çok cinsel partner değiştirme ve partner hamileliğinin görüldüğü aktarılmaktadır (Flory, Molina, Pelham, Gnagy ve Smith, 2006). Özellikle dikkatsiz tip DEHB olan bireylerde ise heteroseksüel davranışların oluşması gecikmekte ve karşı cinsle iletişim esnasında bu kişiler olasılıkla zayıf sözelleştirme becerileri, etkileşimi sürdürmekte isteksiz ve rahatsız gibi görünmeleri sebebiyle gözleyenler tarafından daha negatif değerlendirilmektedir (Canu ve Carlson, 2003). Dikkatsizlik belirtileri yoğun olan bireyler bu açıdan sosyal olarak daha utangaç görünmekte ve sosyal fobi geliştirmeye daha yatkın olmaktadır. Bileşik tip belirtileri yoğun olan bireyler ise göz önünde ve sosyal olmaktan hoşlanmakta ve diğer insanlara daha fazla yakınlık göstermektedir (Koyuncu, 2016).

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, şimdiye kadar söz edildiği gibi kişilerarası ilişkilerde çok sayıda soruna yol açmaktadır. Özellikle karşı cinsle kurulan yakın ilişkiler ve evliliklerde, bu tür ilişkilerin başlangıcındaki heyecan ve bu duygunun yarattığı uyarım etkisinin hafiflemesinden sonra, DEHB ile ilişkili güçlükler daha da belirgin hale gelmekte ve aile içi ilişkilerbir çok açıdan olumsuz etkilenmektedir (Pera, çev. 2013). Bu nedenle; ilerleyen bölümlerde evlilik uyumunu olumsuz etkileyen

faktörler ve evlilikteki çatışmalara değinilecek veDEHB olan bir eşin varlığında evlilik ilişkileri ele alınacaktır.

1.2. EVLİLİK

1.2.1. Evlilikte Uyum, Çatışma ve Çatışma Çözme

Evlilik ilişkilerinde mutluluk, doyum ve uyum gibi konular pek çok alanda yapılan araştırmalara temel olmakla birlikte (Erbek, Beştepe, Akar, Eradamlar ve Alpkan, 2005), aile sorunlarına neden olan faktörlerin araştırılmasında da üzerinde en çok durulan konulardan biri evlilik uyumudur. Bu durum evlilikte uyumun, gerek aile içi gerekse aile dışı ilişkilerin belirleyicisi olarak giderek önem kazanmasıyla ilişkilidir (Fışıloğlu, 1992).

Araştırmacılar, evlilikte uyumu eşlerin birbiriyle etkileşime girmesi, aileyi ilgilendiren konularda fikir birliği yapabilmesi ve sorunlarını olumlu biçimde çözebilmesi olarak tanımlamakta yanı sıra uyumun evlilik hayatındaki mutluluk ve memnuniyeti de içerdiğini aktarmaktadır (Erbek ve ark., 2005). Evlilik doyumu ise; kişilerin evlilik ilişkilerindeki ihtiyaçlarını karşılama düzeyine ilişkin algısı olarak tanımlanmakta (Tezer, 1996) ve aile işlevselliği ile romantik bağlanma arasındaki ilişkide aracı bir role sahip olduğu belirtilmektedir (Pedro, Ribeiro ve Shelton, 2015). Araştırmacılar evlilik uyumu ve evlilik doyumu kavramlarının birbirleriyle yüksek düzeyde ilişkili olduğunu; bu iki kavram arasında net bir ayrım olmadığını ve alanyazında sıklıkla birbirleri yerine kullanılabildiğinide ifade etmektedir (Erbek ve ark., 2005).

Evlilik uyumu üzerine yapılan çalışmalar, özellikle 1990'larda, boşanmaların artması ve sonuçları ile ilişkili olarak artış göstermiştir (Bradbury, Fincham ve Beach, 2000). Araştırmalar genel olarak evliliğe ilişkin değerlendirmeler; sözel ve sözel olmayan iletişim, çatışma çözümü ya da problem çözümü gibi etkileşim davranışları ile

memnuniyet, görevlerin başarılı bir şekilde tamamlanması, sorunlarla başa çıkma, adaptasyon ya da birliktelik gibi öğeleri barındıran uyum süreçlerine odaklanmıştır (Silliman, Schumm, Parker ve Simons, 2003).

Eşler aile olma sürecinde evlilik ilişkilerinde mutlu bir ortam inşa etmeye çalışırken birçok zorlukla karşılaşırlar. Yaşam alanları ve bir evin, bir ailenin üyesi olmak, ekonomik şartlar, aile rolleri ve ilişkileri gibi birden fazla durumla baş etmek zorunda kalırlar ve bu durum çatışmaları da beraberinde getirir (Koerner ve Fitzpatrick, 2002). Bireylerin, yakın ilişkilerin ve evliliklerin kaçınılmaz bir parçası olan çatışmalarla başa çıkma yolları; ilişkilerin sürdürülmesi, ilişki içerisindeki iyilik halleri ve evlilik uyumu açısından oldukça önemlidir. Bu açıdan bakıldığında; olumsuz çatışma çözme yollarının evlilik uyumunu azalttığı ve olumlu çatışma çözme yollarının da evlilik uyumunu arttırdığı söylenebilir (Johnson ve ark., 2005; Özen, Salman-Engin ve Sakallı-Uğurlu, 2016). Alanyazında evli bireylerin aile içi etkili olmayan iletişim biçimleri ve olumsuz çatışma çözme stilleri ile evlilik uyumları arasında negatif bir ilişkinin görüldüğü ve olumsuz çatışma çözme stillerinin kullanılmasının evlilik uyumunu azalttığı bildirilmekte; olasılıkla kültürel sebeplerle itaat davranışı arttıkça evlilik uyumunun arttığı, olumlu çatışma çözme stilleri, geri çekilme ve empatik eğilim ile evlilik uyumu arasında pozitif bir ilişki olduğu aktarılmaktadır (Soylu ve Kağnıcı, 2015). Buna karşılık çiftlerin boyun eğici davranışlarının artmasının, algılanan problem çözme becerilerinin azalmasına dolayısıyla da evlilik doyumunun düşmesine neden olduğu da bildirilmektedir (Hünler ve Gençöz, 2003). Soylu ve Kağnıcı'nın (2015) bulgularını destekleyen benzer çalışmalar; empatinin evlilik uyumu üzerinde etkili olduğunu, ilişkiden elde edilen doyum ve partnere yönelik empatinin kullanılan çatışma çözme türlerini etkilediğini, empatinin sosyal becerilerle ilişkili olduğunu ve sosyal becerilerin de eşlerin memnuniyet düzeyini etkilediğini göstermektedir (Perrone-McGovern ve ark., 2014; Tutarel-Kışlak ve Çabukça, 2002; Villa ve Del Prette, 2013).

Evli bireylerin işlevsel çatışma yönetme davranışları karşılıklı olarak uyumlarını nasıl algıladıkları ve uyum düzeyi ile yakından ilişkilidir. Çatışma yönetme becerileri işlevsel olan bireylerin evlilik uyumu daha fazladır (Yelsma, 1984). İşbirlikçi çatışma çözüm tarzları evlilik uyumunun ve eşlerin ilişkiden memnuniyet düzeyinin artmasında etkiliyken; rekabetçi çatışma çözüm tarzları evlilikte düşük doyum düzeyi üzerinde etkili olmaktadır (Greeff ve Bruyne, 2000). Araştırmacılar, yeni evli çiftlerde daha etkin problem çözme becerileri sergileyen çiftlerin evliliklerinin sonraki iki yılı boyunca daha az stres patlaması yaşadığını ve evlilik doyumlarının daha fazla olduğunu bildirmektedir (Neff ve Broady, 2011). Benzer şekilde; yapılan bir izlem çalışmasında eşlerin çatışma çözme davranışlarının karşılıklı olarak evlilik doyumlarını etkilediği ve çatışma çözme tarzlarının kişilik ile ilgili bir takım değişkenlerle yakından ilişkili olduğu bildirilmektedir (Schneewind ve Gerhard, 2002). Bentler ve Newcomb (1978) erkek eşin dürtü kontrolü ve sorumluluk duygusunun evlilik uyumuyla ilişkili olduğunu, Nemechek ve Olson (1999) bu bulguyla tutarlı olarak sorumluluk ve uzlaşılabilirlik gibi kişilik özelliklerinin evlilik uyumu üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Düşük dürtü kontrolü (evlilikte sadakatsizlik, alkol kullanımı ve sorumsuz davranışlar sergileme ile ilişkilidir) ve yüksek nörotisizmin evlilikte olumsuz sonuçlar doğurduğu ve boşanmış erkeklerin uyumlu evliliklerdeki erkeklere göre daha fazla dürtüsel davranış sergilediği belirtilmektedir (Bouchard, Lussier ve Sabourin, 1999; Johnson ve Harris, 1980). Yakın geçmişe geldiğimizde Shackelford, Besser ve Goetz (2008) yaptıkları çalışmada uzlaşılabilirliği zayıf, uyumsuz çiftlerin ve sorumluluk duygusu zayıf, güvensiz çiftlerin evliliklerinden daha az memnun olduğunu, özellikle dürtüselliğin sadakatsizlik açısından güven duygusunu zedeleyici bir rol oynadığını ifade etmektedir. Çiftlerin etkili sorun çözme becerilerine sahip olmaları, evlilikte stres düzeyinin düşük olması ve karşılıklı olarak iyimser davranışlar sergilemeleri evlilik uyumlarının daha dengede olmasıyla ilişkiliyken; bu becerilerin eksikliği evlilik

uyumunun azalmasıyla ilişkilidir. Bu becerileri zayıf olan ve nörotisizm düzeyi yüksek çiftlerin yakın ilişkilerinde şiddet davranışı da daha fazla ortaya çıkmaktadır (Hellmuth ve McNulty, 2008). Evlilik içerisinde kişilik özellikleri bireylerin ruhsal sağlık durumları üzerinde de etkilidir. Özellikle kadınlarda artmış reddedilme duyarlılığı ve azalmış yakınlık davranışının psikolojik bozukluklarla ilişkili olduğunu gösteren bir çalışmada; duygusal açıdan daha sağlıklı olan kadınların diğer insanlarla yakınlık kurduğu, bundan keyif aldığı, daha konuşkan ve daha sabırlı olduğu; duygusal açıdan daha sağlıklı olan erkeklerin ise sorunları ilişkiye yaymak yerine daha az önemsemeye ve eşleriyle daha uygun biçimde iletişim kurmaya eğilimli olduğu belirtilmektedir (Moffitt, Spence ve Goldney, 1986). Evlilik uyumunun fazla olması genel olarak yaşam doyumunun da fazla olmasıyla ilişki içindedir (Be, Whisman ve Uebelacker, 2013). Bu açıdan bakıldığında evlilik uyumunun ve sorun çözme becerilerinin yaşam doyumunu etkileyen psikolojik sorunlar ve hastalıklarla da ilgili olduğu görülmektedir (Ergin ve Dağ, 2013; Yüksel ve Dağ, 2015). Araştırmalar, evlilik uyumu ile bireylerin psikolojik belirtileri arasında ters yönlü bir ilişki olduğuna; ilişkiden doyumu yüksek olan kadınların biyolojik, yaşamsal ve psikosoyal açıdan daha düşük risk altında olduğuna ve doyumu yüksek evlilik ilişkilerinin sağlık açısından koruyucu bir rolü olabileceğine işaret etmektedir (Gallo, Troxel, Matthews ve Kuller, 2003; Yüksel ve Dağ, 2015). Yanı sıra; çeşitli psikolojik rahatsızlıkların da evlilik uyumu ve sorunlarla başa çıkma stratejileri üzerinde etkileri olduğunu gösteren çalışmalara rastlanmaktadır (Fincham, Beach, Harold ve Osborne, 1997; Fincham ve Bradbury, 1993; Marchand ve Hock, 2000; South, Turkheimer ve Oltmanss, 2008; Whisman, Uebelacker ve Weinstock, 2004; Yüksel ve Dağ, 2015). Buna göre evlilik uyumu ve psikolojik sorunlar arasında çift yönlü bir ilişkinin varlığından söz etmenin mümkün olduğu görülmektedir.

Eşlerin sürekli tartışmak ya da ciddi tartışmalara girmek gibi çatışma davranışları, evlilik uyumu üzerinde olumsuz sonuçlara neden olmaktadır (Roberts-

Pittman, Byczek ve Morse, 2012). Gottman ve Levenson (2000) tarafından evli çiftlerle yapılan boylamsal bir araştırmada boşanmayan çiftlerle kıyaslandığında daha erken boşanan çiftlerde eleştirellik, savunuculuk, aşağılama/küçümseme ve engel olma gibi olumsuz davranışların daha fazla; geç boşanan çiftlerde ise çatışma sürecinde olumlu duygusal davranışların daha az olduğu görülmüştür. Diğer bir deyişle olumsuz duygu ve davranışlar erken boşanmaları; gündelik olaylar hakkında yapılan konuşmalarda ya da tartışmalarda olumlu duyguların olmaması da geç boşanmaları yordamaktadır. Bir başka boylamsal çalışmada uyumsuz çiftlerin pozitif davranışlar açısından daha az sevecen ve daha az eğlenceli oldukları ve eşleriyle daha az ilgilendikleri; negatif davranışlar açısından ise iletişimde daha çatışmacı, inatçı, öfkeli, savunucu ve kaçınmacı davrandıkları ve yanı sıra evliliğin dağılması konusunda daha fazla risk aldıkları görülmektedir. İlişkileri uyumlu olan çiftlerin, uyumsuz ilişkileri olan çiftlerle kıyaslandığında, evlilik doyumlarının daha fazla, negatif duyguları dışavurumunun daha az ve pozitif duyguları dışavurumunun daha fazla olduğu, etkileşimlerinin genel olarak daha pozitif olup evlilik sorunlarının daha hafif olduğu bildirilmektedir (Gottman ve Levenson, 1992). Araştırmacılar, özellikle olumlu duyguların dışavurumunun az olmasının evlilik uyumu konusunda kötü bir gidişin en önemli işaretçisi olduğunu bildirmektedir (Johnson ve ark., 2005; Yelsman, 1984). Bu anlamda evlilik ilişkisi içerisinde bireylerin kendilerini tanımaları (Ghorbani, Watson, Fayyaz ve Chen, 2015), kendilerini açmaları (Hendrick, 1981), iletişim kurmaları (Snyder, 1979), duygularını tanımaları ve duygusal iletişim kurmaları (Cordova, Gee ve Warren, 2005) hem kendilerinin hem de eşlerinin evlilik uyumu ile pozitif yönde ilişkilidir. Ek olarak; duygusal zeka özellikle kadınların evlilik uyumu üzerinde önemli bir etkenken (Parameswari, 2016), sözel olmayan duygu ifadeleri bireyin kendinin değil ancak eşin evlilik doyumu üzerinde etkili olmaktadır (Koerner ve Fitzpatrick, 2010). Genel olarak eşler arasındaki duygu ve düşüncelerin paylaşımı, değerlerin ve amaçların benzer

olması, önemli konulardaki kararlara ve evle ilgili faaliyetlere birlikte katılım gibi konulardaki memnuniyet düzeyi arttıkça evlilik uyumu da artmaktadır (Şener ve Terzioğlu, 2002).

Eşlerin evliliklerinde yaşadıkları sorunlar karşısında sürekli karşı tarafı suçlamaları ve olumsuz atıflarda bulunmaları ilişkiden alınan doyumun azalmasıyla sonuçlanabilmektedir (Fincham ve Bradbury, 1993; Madden ve Janoff-Bulman, 2016). Bu durum ayrıca çatışmaları çözümsüz kılmakta, sonuç olarak da; çözülmeyen çatışmalar ve çatışmalar üzerindeki kontrol duygusunun kaybedilmesi de evlilik uyumunu olumsuz etkilemektedir (Madden ve Janoff-Bulman, 2016; Zara ve Yücel, 2017).

Evliliklerinde sorun yaşayan kişilere bakıldığında; öfke, düşmanlık ve saldırganlık duygularının yüksek olduğu görülmektedir (Jackman-Cram, Dobson ve Martin, 2006; Roth ve ark., 2004). Evlilik ilişkilerindeki yüksek olumsuz karşılıklılık (düşmanlık döngüsü), düşük yakınlık ve bağlılık evlilik doyumunun git gide azalmasını ve sonuç olarak da boşanmayı tetikleyebilmektedir. Olumlu etkileşimler, adil ödüllendirmeler ve başarılı bir uyum ise boşanmanın önünde önemli bir bariyerdir. Bu doğrultuda çiftlerde gerçekçi ve paylaşılan beklentilerin, iletişim becerilerinin, problem çözme ve çatışma çözme becerilerinin geliştirilmesi üzerine kurulu psikoeğitimlerin verilmesi önemlidir (Silliman ve ark., 2003). Çatışma çözümü; problem çözme ve karar verme süreçlerini, iletişim ve karşılıklı etkileşimi içerir ve öğrenilmiş bir beceri olduğundan eğitim, pratik ve davranışa dökme ile geliştirilebilir (Zimmerman, 2009).

1.2.2. Dikkat Eksikliği Hiperativite Bozukluğu ve Evlilik İlişkileri

Bu bölüme kadar dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile ilişkili birçok faktörün varlığından söz edilmiş ve aralarındaki ilişkilere dair bilgi veren çalışmalara değinilmiştir. DEHB'nin ilişkiler üzerinde, birbiriyle etkileşim içinde olan pek çok

durumla bağlantılı olarak etki gösterebileceği göz önüne alındığında bu bilgilerin aktarılması ve anlaşılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

DEHB'nin karakteristik özellikleri olan yürütücü işlevler, kişisel kontrol ve dikkat süreçlerindeki bozulmalar; evlilik gibi yakın ilişkileri büyük ölçüde etkiler. DEHB'li eşler unutkan, dezorganize (dağınık) ve dikkatsiz olabilmekte ve bu durum eşlerine karşı sorumluluklarını yerine getirmekte başarısız olmalarıyla sonuçlanmaktadır. Bu bireyler eşleriyle etkin bir iletişime girememe, duygusal olarak aşırı tepki verme ve öfke kontrolünü kaybederek zarar verici konuşma ve davranışlar sergilemeyoluyla ilişkilerine zarar verebilmektedir. Zaman içerisinde ilişkide yaşanan sorunları çözme girişimi DEHB'li eşin 'aynı hatayı yapmayı sürdürmesi' sebebiyle başarısız olur ve evlilikler sonlanabilir (Robin ve Payson, 2002). Çoğu DEHB'li birey yaşadığı eksik uyarım hissini diğerlerini provoke ederek çatışma arayışı ile gidermeye çalışabilir. Tartışmalar esnasında daima son sözü söyleme ihtiyacı duymaları ve tartışma bir kez başladığında kendilerini geri çekememeleri sebebiyle sorunlar büyüyebilir. Ayrıca karşılıklı iletişim sırasında dikkat sorunları sebebiyle konuşmanın yalnızca bir bölümünü anlayıp dürtüselliklerinin etkisiyle de karşı tarafın sözünü kesme girişimleri iletişimlerin başarısız olmasına neden olur. Duygusal açıdan bakıldığında çoğunlukla kararsız görünen bu kişiler huysuz davranışlar sergileyebilir, çabuk sinirlenebilir ve olaylara aşırı tepkiler verebilirler. Sonuçta tüm bunlar eşler arasında yaşanan ilişki sorunları üzerinde etkili olmaktadır (Robbins, 2005).

DEHB'li bireylerin aile ilişkileri uyumsuzluk ve olumsuz etkileşimlerle karakterizedir (APA, 2013). Aile sorumluluklarını yerine getirmekte güçlükler yaşayan bu kişilerin aile ve evlilik işlevselliklerinin azaldığı (Minde ve ark., 2003; Vegt ve ark., 2007) ve evliliklerinde daha fazla sorun yaşadıkları görülmektedir (Faraone ve ark., 2000; Murphy ve Barkley, 1996; Özkorumak ve ark., 2013). DEHB tanılı kişilerin

eşlerinin de psikolojik uyumsuzluklarının daha fazla ve evlilik doyumlarının daha az olduğu belirtilmektedir (Minde ve ark., 2003).

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan bireylerde birden fazla evlilik ve boşanma öyküsüne sık rastlanmaktadır (Biederman ve ark., 1993; Murphy ve Barkley, 1996). Çalışmalar, DEHB tanısı alan bireylerin sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha fazla boşanma yaşadıklarını, sosyal ve profesyonel yaşamlarının yanı sıra aile hayatlarından da daha az memnuniyet duyduklarını göstermektedir (Biederman ve ark., 2006; Eakin ve ark., 2004). DEHB tanısı almış evli bireylerle yapılan bir çalışmada bu kişilerin evlilik uyumlarının sağlıklı kontrol grubuna göre daha düşük olduğu ve aile işlevselliklerinin daha fazla bozulduğu, ancak eşlerinin sağlıklı kontrol grubuna göre evlilik uyumu ve aile işlevselliği açısından farklılaşmadığı belirtilmiştir. Ayrıca; DEHB tanısı alan bireylerin aile ve evliliğe ilişkin algılarının eşlerine göre daha olumsuz olduğu bildirilmiştir (Eakin ve ark., 2004). Benzer şekilde bir başka çalışmada DEHB'li bireylerin hem kendilerinin hem de eşlerinin, evliliklerindeki yakınlık ve memnuniyet düzeylerinin daha az olduğu gösterilmiş ve DEHB'li bir eşle yaşamın zorlayıcı olabileceğine değinilmiştir (Ben-Naim, Marom, Krashin, Gifter ve Arad, 2017).

Canu, Tabor, Michael, Bazzini ve Elmore (2014) yaptıkları çalışmada, özellikle bileşik tip DEHBtanısı alan evli bireylerin sağlıklı bireylere göre ilişkilerinde daha çok olumsuz çatışma davranışı ve daha az olumlu davranış sergilediğini belirtmişlerdir. Yanı sıra savunmacı, eleştirel/aşağılayıcı, şikayetçi ve reddedici olarak belirlenen davranış örüntülerinin DEHB tanısı almış bireyler tarafından kontrollere göre daha fazla sergilendiğini aktarmışlardır. Bu bağlamda ilişkiden memnuniyet düzeylerinin de DEHB tanısı alan bireylerde sağlıklı kontrol grubundan daha az olduğu bulunmuştur (Canu ve Carlson, 2007; Canu ve ark., 2014). Alt tipler açısından bakıldığında dikkatsizliğin önde olduğu DEHB belirtileri gösteren erişkinlerin ilişki içerisindeki çatışma çözme davranışlarının sağlıklı bireylere daha fazla benzediği; ancak bileşip tip

DEHB olan bireylerin daha yıkıcı ve rekabetçi davranışlar sergilediği, iletişime olumsuz katılım ve negatif sözel olmayan iletişimin daha fazla olduğu görülmüştür (Canu ve ark., 2014). Bu bireylerin olumsuz davranışlarının kendini izleme konusundaki güçlükler, abartılmış bir kendine güven ve yeterlilik duygusuyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür. (Canu ve Carlson, 2007; Canu ve ark., 2014; Evangelista, Owens, Golden ve Pelham, 2008; Knouse ve ark., 2005).

DEHB'li bireylerin yaşadıkları sorunlar yalnızca romantik ilişkilerinde, evliliklerinde ya da birlikte yaşadıkları ilişkilerinde değil, ebeveynliklerinde ve çocuklarının psikolojik uyumları üzerinde de etkilidir (Barkley ve ark., 2008). Farklı psikopatolojilerde olduğu gibi ebeveynlerdeki dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtileri ve belirtilerin şiddeti tüm aile üyelerini etkilemektedir (Williamson ve Johnston, 2016). DEHB'li ebeveyne sahip olan çocuklar sağlıklı ebeveynlere sahip çocuklarla kıyaslandığında daha fazla psikopatoloji, daha düşük sosyal işlevsellik göstermekte ve DEHB açısından daha fazla risk altında kalmaktadır (Minde ve ark., 2003). DEHB olan çocukların algıladıkları ebeveyn tutumu ve ebeveynlerinin evlilik uyumlarının çocuklardaki DEHB açısından bir risk faktörü olduğu düşünülmektedir (Ertuğrul ve Toros, 2010).

1.2.3. Evli Erişkinlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Tedavi

DEHB tedavisinde kullanılabilen etkili yöntemler mevcut olmasına rağmen yetişkinlerde bu durumun tanınmaması ve çoğu yetişkinin tanıdan habersiz olması gereksiz endişe ve zararların ortaya çıkmasına yol açmaktadır (Ben-Naim ve ark., 2017; Biederman ve ark., 1993; Biederman ve ark., 2006). Bu bireyler yaşadıkları sorunlar sebebiyle bir uzmana başvurduklarında DEHB'nin tanınması her zaman mümkün olmamakta ve tedaviden mahrum kalmaktadırlar. Dahası yanlış tedavi ve çözüm arayışları içerisinde zaman kaybederek hem umutsuzlukları artmakta hem de mevcut

sorunlar daha da büyümektedir (Pera, çev. 2013). Bu sebeple DEHB'nin çocukluk döneminde olduğu kadar erişkinlikte de aldığı biçim ve yaratabileceği sorunlar bakımından ruh sağlığı uzmanlarınca tanınması önemli bir gerekliliktir (Tuğlu ve Öztürk Şahin, 2010).

Hastalığın tedavisinde stimulan ilaçların kullanımı başta olmak üzere medikal tedavi seçeneklerinin yanı sıra psikososyal müdahalelerin etkililiğine de değinen araştırmalar; ilaç tedavisi ile psikosoyal tedavilerin kombine olarak kullanılmasının en etkili yöntem olduğunu vurgulamaktadır (Kolar ve ark., 2008; Murphy, 2005; Ramsay, 2010).

Aile uyumu ve aile işlevselliğinde sağlıklı bireylere göre daha az başarılı olan erişkin DEHB'li bireylerin daha fazla ayrılma ve boşanma öyküleri vardır. Bu nedenle de evlilikle ilgili sorunlar bu kişilerin tedavi arayışlarında yaygın olarak ortaya çıkan şikayetlerini oluşturmaktadır (Eakin ve ark., 2004). DEHB olan bireylerin eşleri sıklıkla eşlerinin güvenilmez, dağınık, düzensiz, unutkan ve kötü bir dinleyici olduğundan yakınır. Ayrıca bu eşler ailede her şeyle kendileri ilgilenmek zorunda kaldığından aşırı sorumluluk almış ve aşırı yüklenmiş kişilerdir (Murphy, 2005). Bu nedenle çiftlerde tedavi edilmemiş DEHB belirtileri ciddi sorunlara yol açarak evliliklerin boşanma ile sonuçlanmasına neden olabilmektedir (Pera, çev. 2013).

Uzmanların, çevreleriyle iletişimde önemli zorlukları olsa da bu bireylerle iyi bir iletişim sağlayarak ilişkilerini güçlendirmelerine yardım etmek için kullanabilecekleri stratejiler olduğu belirtilmektedir (Robbins, 2005). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan bireyler çoğu zaman kırgın, küskün ve hayal kırıklığına uğrama beklentisi içindedir. Bu yıkıcı düşünme biçimi durumun tedavi edilebilir olduğu fikriyle değiştirildiğinde ve uygun biçimde yönlendirildiğinde kişilerin işlevsellikleri önemli ölçüde değişmektedir. DEHB ile ilgili sorunlar yaşayan kişilerin tanı alması ile birlikte yaşamları boyunca devam eden güçlükleri hakkında açıklama yapılması ve tedavi

planında hastalık üzerinde kontrol sağlanması da bu işlevselliğin kazanılmasına katkı sağlamaktadır (Murphy, 2005). Tanı alan bireylerin bu süreçte DEHB'yi yönetmek üzere; gerektiğinde ilaç tedavisini sürdürerek kendi sorumluluğunu alması ve DEHB ile barışık bir yaşam sürmesi, sevdikleri insanlar üzerindeki olası etkileri azaltmakta önemli bir rol oynamaktadır. Ayrıca; tanı alan eşin davranışlarına yanlış anlamlar yükleyerek DEHB ile barışık olmayan bir çevre yaratmalarının önüne geçmek için eşlerin de bu sürece dahil edilerek hastalık hakkında eğitilmesi; ilişkilerin geliştirilmesi ve yeni iletişim becerilerinin kazandırılması gereklidir (Robbins, 2005). Bu noktada; aile içindeki her birey ve her eşin ilişkiyi yeniden inşa etme konusunda önemli bir role sahip olduğu göz önüne alınırsa; ruh sağlığı uzmanlarının hangi aile içi etkileşim yollarının evlilik sorunlarının sürmesine katkı sağladığına odaklanması ve odak noktasını hastalığı tanılama, tanımlamaya değil eşlerle ve diğer aile üyeleriyle aralarındaki etkileşime taşıması faydalı olacaktır (Kolar ve ark., 2008; Robbins, 2005; Sadock ve Sadock, çev. 2007).

Araştırmanın bu bölümüne kadar incelenen çalışmalar değerlendirildiğinde DEHB'nin bireylerin yaşamını pek çok açıdan olumsuz yönde etkileyebileceği ve bu durumun kişilerarası ilişkilere de yansıyabileceği görülmektedir. Konuyla ilgili yapılan araştırmalar sınırlı olmakla birlikte bu tanıyı alan bireylerin evlilik ve aile ilişkilerinde daha fazla güçlük yaşadığı (Minde ve ark., 2003; Murphy ve Barkley, 1996) göz önüne alındığında eşlerden birinin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı aldığı çiftler arasında çatışmaların artması ve evlilikteki uyumlarının azalması yönünde etkilerinin görülebileceği düşünülmektedir. Yanı sıra DEHB ile ilişkili güçlüklerin evlilik uyumu ve evlilik ilişkilerindeki çatışma düzeyi üzerine değerlendirmelerini etkilemesi beklenen bu bireylerin olumsuz çatışma çözüm stillerine daha fazla başvurabileceği düşünülmektedir.

1.3. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Alanyazın incelendiğinde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu üzerine ağırlıklı olarak çocukluk dönemini ele alan çalışmaların varlığı göze çarpmakta, erişkinlikte dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu üzerine yapılan çalışmaların ise kişilerarası ilişkilerdeki etkilerinin anlaşılması açısından kısıtlı olduğu görülmektedir. Özellikle evlilik ilişkisi ile DEHB arasındaki ilişkilere değinen bir çalışmaya ülkemizde rastlanmamış; yurtdışındaki çalışmaların ise sınırlı olduğu görülmüştür.

DEHB'li çiftler ilişkilerindeki sorunları birbirinin karakterine atfederek çözülemez olduğunu düşünebilmekte yanı sıra yaşanan sorunlar farklı nedenlerle (evlilik içi iletişim sorunları, depresyon, anksiyete gibi farklı psikolojik sorunlar vb.) ortaya çıkabilecek benzer durumlarla karıştırılmakta ve çözümsüz kalabilmektedir (Pera, çev. 2013). Bu nedenle DEHB'nin kişilerarası ilişkileri özellikle de evlilik ilişkilerini nasıl etkilediğinin anlaşılmasının, yaşanan sorunların anlaşılması, çözülebilmesi ve bu bireylerin evliliklerinin korunabilmesi açısından önem arz ettiği düşünülmektedir. Bu bilgiler ışığında araştırmanın temel amacı dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı alan evli bireylerin, sağlıklı kontrol grubuna göre evlilik uyumu, evlilik çatışmaları ve çatışma çözüm stilleri açısından farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesi ve DEHB tanısı alan bireylerin eşleriyle karşılıklı olarak birbirlerini nasıl değerlendirdiklerinin anlaşılmasıdır.

Araştırmanın amacı doğrultusunda cevap aranacak sorular şu şekilde belirlenmiştir:

1) DEHB tanısı alan bireyler, eşleri ve kontrol grubundaki bireylerin evlilik uyumu, evlilik çatışmaları, çatışma çözüm stilleri ve eşlerine ilişkin değerlendirmeleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık var mıdır?

2) DEHB tanısı alan bireylerin dikkat eksikliği hiperaktivite belirtilerinin şiddeti ile evlilik uyumu ve evlilik çatışmaları arasında ilişki var mıdır?
3) Araştırmada elde edilen sosyodemografik değişkenler, çatışma sıklığı, çatışma çözüm stilleri ve eş değerlendirmelerinden elde edilen veriler tanı alan ve almayan grupta evlilik uyumunu ne düzeyde yordamaktadır?

BÖLÜM II

YÖNTEM

Bu bölüm; araştırmaya dahil edilen örneklem, bu örneklemden araştırmanın amacına uygun olarak bilgi edinmek için kullanılan veri toplama araçları ve araştırma prosedürüne ilişkin bilgiler içermektedir.

2.1. ÖRNEKLEM

Bu çalışmaya, hasta grubunda 34 DEHB tanısı alan birey ve 6 hastanın eşinin çalışmaya katılım konusunda gönüllü olmaması sebebiyle 28 eş; sağlıklı grupta ise psikiyatrik ve/veya nörolojik hastalık öyküsü olmayan 47 çift (94 kişi) katılmıştır. Ancak; örneklemin uç değerlerden arındırılması ile birlikte DEHB tanısı alanlar (N:33), DEHB tanısı alanların eşleri (28) ve sağlıklı kontrol grubu (N:86) olarak toplamda 147 kişiden oluşmuştur. Katılımcıların çiftler halinde iki grup olarak karşılaştırılması planlanmış ancak DEHB grubunda tüm eşlerin çalışmaya katılmaması ve tanı alan bireylerle eşleri arasındaki farklılıkların da incelenecek olması sebebiyle bu gruptaki çiftler bağımsız olarak ele alınmıştır. Yanı sıra, süre kısıtlılığı sebebiyle tanı alan grupta beklenen katılımcı sayısına ulaşılması güçleşmiştir. Bu sebeplerle; sağlıklı gruptaki katılımcı sayısı ile tanı alan gruptaki katılımcı sayısı arasındaki fark yükselmiştir. Alanyazına bakıldığında ise klinik örneklemle çalışılan ve sağlıklı gruptaki katılımcı sayısının çalışmamıza benzer biçimde klinik örneklemden fazla olduğu çalışmalar mevcuttur (Akün, 2017; Glenn ve ark., 2017; Weibel ve ark., 2017).

Amaçlı örnekleme yapılması ve katılımı sınırlandıran birden fazla faktörün (DEHB tanısı almak, evli olmak, eştanılı olmamak vb.) mevcut olması sebebiyle sınırlı sayıda katılımcıya ulaşılabilmiştir.

Çalışmaya katılacak bireyler için dahil olma ve dışlama kriterleri aşağıdaki gibi belirlenmiştir:

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Hastalar için:

- DSM-5 tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı almak
- Ölçekleri doldurmada güçlük yaratabilecek fiziksel bir engelin bulunmaması
- 18 yaş üzeri ve evli olmak
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

Eşleri için:

- Çalışmaya katılma konusunda gönüllü olması ve araştırmaya katılımı engelleyecek fiziksel, psikiyatrik ya da nörolojik bir bozukluğun olmaması

Sağlıklı çiftler için:

- Herhangi bir psikiyatrik tanı almamış olmak
- Çalışmaya katılımı zorlaştıracak fiziksel bir engelin olmaması
- Çalışmaya katılmak üzere gönüllü olmak
- 18 yaş üzeri ve evli olmak

Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

Hastalar için:

- Majör bir psikiyatrik eş tanının ya da herhangi bir nörolojik bozukluğun olması
- Eğitim düzeyi ve zihinsel yeterlilik açısından ölçekleri anlayıp doldurma konusunda güçlüklerin olması

Eşleri için:

- Eşin çalışmaya katılma konusunda gönüllü olmaması ve çalışmaya katılımını engelleyecek fiziksel, psikiyatrik ya da nörolojik bir bozukluğun olması

Sağlıklı çiftler için:

- Çalışmaya katılmak ve/veya devam etmek için gönüllü olmamak

DEHB tanısı alan bireylerin yaşları 26-57 arasında ($\bar{x}$= 36, ss=7,4), eşlerinin yaşları 25-61 arasında ($\bar{x}$=34, ss=7,3) ve sağlıklı grubun yaşları 22-59 arasında ($\bar{x}$= 35, ss=8) değişmektedir.

Tablo 2.1. Katılımcıların Temel Demografik Özellikleri

	Katılımcı Sayısı	Yüzdelik	Yaş Ortalaması	Standart Sapma
DEHB tanısı alan katılımcılar (DEHB)	Kadın=17	%51	37	9,4
	Erkek=16	%49	34,9	4,6
	Toplam=33	%22	36	7,4
DEHB tanısı alan katılımcıların eşleri (DEHB-EŞ)	Kadın=14	%50	32	3,5
	Erkek=14	%50	38	8,8
	Toplam=28	%19	34	7,3
Sağlıklı çiftler (Kontrol grubu-KG)	Kadın=43	%50	34	7,7
	Erkek=43	%50	37	8,1
	Toplam=86	%59	35	8
Toplam	Kadın= 74	%51	34	7,6
	Erkek= 73	%49	36,5	7,6
	Toplam= 147	%100	35,3	7,7

2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

2.2.1.Bilgilendirilmiş Onam Formu ve Sosyodemografik Veri Formu

Katılımcıların çeşitli sosyodemografik özelliklerive tanılarıyla ilişkili bazı temel konular hakkında bilgi edinmek amacıyla (yaş, cinsiyet, eğitim, iş durumu, evlilik süresi, ilaç kullanım durumu vb.) içeren form hasta ve sağlıklı grup için farklı olacak şekilde araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

Bilgilendirilmiş Onam Formu EK-1'de, Sosyodemografik Veri Formu ise EK-2'de verilmiştir.

2.2.2. Wender Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ)

Wender Utah Derecelendirme Ölçeği (Wender Utah Rating Scale-WURS) çocukluktaki dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtilerini geriye dönük olarak sorgulamak ve erişkinlerde tanı koymaya yardımcı olmak amacıyla Ward, Wender ve Reimherr (1993) tarafından geliştirilmiştir. DEHB olan erişkinleri sağlıklı kontrol grubundan ve depresyonu olan hastalardan ayırt edebildiği gösterilmiştir. 25 maddede çocukluk çağındaki dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtilerini ve okul sorunlarını araştıran ve 'hayır ya da çok hafif' ile 'çok fazla' arasında derecelenen 5'li likert tipinde puanlanan ölçek; kişinin kendisi tarafından doldurulmaktadır. Ölçek toplam puanı maddelerden alınan puanların toplanması ile elde edilir. Testin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Öncü ve arkadaşları (2005) tarafından yapılmış olup iç tutarlık katsayı değeri .93 ve kesme puanı 36 olarak hesaplanmıştır. WUDÖ'nün Türkçe formunun erişkinlerde DEHB tanısı koyarken klinisyene yardımcı olabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmanın örneklemi için ölçeğin iç tutarlık katsayısı .91 olarak belirlenmiştir.

Wender Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ) EK-3'te verilmiştir.

2.2.3. Erişkin Dikkat Eskikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1.1)

Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) erişkinlerdeki DEHB belirtilerinin taranması amacıyla DSM-IV DEHB tanı ölçütlerini temel alarak Kessler ve arkadaşları tarafından (2005) geliştirilmiştir. Beşli Likert tipinde olan ölçekte toplam 18 madde bulunur ve her belirtinin son altı ay içinde hangi sıklıkta ortaya çıktığının 0 (asla) ile 4 (çok sık) arasında puanlanması istenir. Ölçeğin dokuz maddesi dikkatsizlik, diğer dokuz maddesi ise hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerini değerlendirir. Bu alt ölçeklerden herhangi birinden 24 puan ve üzerinde

alanların “yüksek olasılıkla DEHB”, 17-23 puan alanların “olasılıkla DEHB” olduğu, 0-16 puan alanların ise DEHB olmadıkları kabul edilir. Testin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Doğan ve arkadaşları (2009) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin güvenirlik analizleri sonucunda; dikkat eksikliği alt boyutu için .82, hiperaktivite/dürtüsellik alt boyutu için .78 olarak hesaplanan Cronbach Alfa değeri ölçeğin tamamı için .88 olarak bulunmuştur. Test-tekrar test güvenirliği ise toplam puanlar için r=.85 ve alt boyutlar için .73-.89 olarak hesaplanmıştır. Sonuç olarak; araştırmacılar tarafından ölçeğin Türkçe formunun erişkinlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu taramasında kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir araç olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmanın örnekleminde; dikkat eksikliği alt boyutu için Crınbach Alfa iç tutarlık katsayısı .75, hiperaktivite/dürtüsellik alt boyutu için .85 ve ölçeğin tamamı için .82 olarak hesaplanmıştır.

Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) EK-4’te verilmiştir.

2.2.4.Evlilik Yaşamı Anketi (EYA)

Hatipoğlu (1993) tarafından geliştirilen ölçekte evli çiftler arasındaki çatışma konularını içeren 70 madde üzerinden; çatışma yaygınlığı ve çatışma sıklığı puanları elde edilmekte ve evlilik çatışmalarını değerlendirmektedir. Her madde 0-5 arasında puanlanmaktadır. Çatışma yaygınlığı puanları hesaplanırken ‘böyle bir durum yok’ maddesi 0 puan, işaretlenen diğer seçenekler ise 1 puan alır ve çatışma yaygınlık puanı 0-70 arasında değişir. Çatışma sıklık puanı hesaplanırken ise maddeler 0-5 arasında puan alır ve çatışma sıklık puanları 0-350 arasında değişir. Ölçeğin Cronbach Alfa ile hesaplanan güvenirlik katsayısı .91 olarak belirlenmiştir. Yapı geçerliğini test etmek üzere evli ve boşanmış çiftlerin ölçekten elde ettikleri puanlar arasındaki fark t-testi ile incelenmiştir. Elde edilen sonuçlar boşanmış çiftlerin çatışma yaygınlıklarının ve

çatışma sıklıklarının evli çiftlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu göstermiştir (Hatipoğlu, 1993). Mevcut araştırmada ölçeğin Cronbach Alfa değeri DEHB grubunda .93, sağlıklı grupta .83 ve tüm örneklemde .94 olarak belirlenmiştir.

Evlilik Yaşamı Anketi (EYA) EK-5'te verilmiştir.

2.2.5.Evlilikte Uyum Ölçeği (EUÖ)

Locke ve Wallace (1959) tarafından evlilik uyumunu değerlendirilmek üzere geliştirilmiş olan 15 maddelik ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışması Tutarel-Kışlak (1999) tarafından yapılmıştır. On beş maddelik ölçekten alınan puanlar uyumsuzluktan uyumluluğa doğru artmaktadır. Ölçeğin bütünü için iç tutarlık katsayısı.84, iki yarım test güvenirlik katsayısı .84 ve test-tekrar test güvenirlik korelasyon katsayısı ise .57 olarak bulunmuştur. Evlilikte uyum toplam puanı üzerinden hesaplanan Cronbach alfa değeri ise .85'tir. Ölçekte çiftlerin genel mutluluk düzeyini değerlendiren ilk madde 0-6 arasında, 2-9. maddeler 0-5 arasında, diğer maddeler ise içerdiği seçeneklere göre 0-2 ya da 0-3 arasında puan almaktadır. İki faktörlü ölçekten alınabilecek toplam puanlar 0-58 arasında değişmektedir. Ölçekten elde edilen ayırt edici puan değerinin 43 olduğu bildirilmiştir (Tutarel-Kışlak, 1999). Bu araştırmanın örnekleminin tamamı için belirlenen iç tutarlık katsayısı .89 iken DEHB grubu için .85 ve sağlıklı grup için .86 olarak belirenmiştir.

Evlilikte Uyum Ölçeği (EUÖ) EK-6'da verilmiştir.

2.2.6.Romantik İlişkilerde Çatışma Çözüm Stilleri Ölçeği (ÇÇSÖ)

Çiftlerin çatışma çözüm stillerinin belirlenmesi amacıyla Özen ve arkadaşları tarafından (2016) geliştirilen ölçek 'olumlu çatışma çözüm stilleri', 'olumsuz çatışma çözüm stilleri', 'boyun eğme' ve 'geri çekilme' olarak tanımlanan dört boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin geliştirilmesi sürecinde öncelikle 87 maddeyi içeren bir madde

havuzu oluşturulmuş ve maddeler, 6 dereceli ölçek üzerinden (1 = hiç katılmıyorum, 6 = çok katılıyorum) katılımcılara sorulmuştur. Ölçek puanlaması sadece alt boyutlar üzerinde yapılmış ve ölçeğin toplam puanı alınmamıştır. Herhangi bir alt boyuttan yüksek puan almak o çatışma çözüm stilinin sık kullanıldığına, düşük puan almak ise az kullanıldığına işaret etmektedir. Elde edilen 87 maddeden faktör yükü .40'tan az olan maddeler çıkartılarak 25 maddelik bir form oluşturulmuştur. Bu formdaki maddelerin faktör yüklerinin .54 ile .78 arasında değiştiği bildirilmiştir. Ölçeğin iç tutarlılığını test etmek amacıyla Cronbach Alfa katsayılarına bakılmış ve Cronbach Alfa katsayıları 'olumlu çatışma çözme stilleri' için .80, 'olumsuz çatışma çözme stilleri' için .82, 'geri çekilme' alt boyutu için .74, 'boyun eğme' alt boyutu için ise .73 olarak hesaplanmıştır. Evli çiftlerle yapılan ikinci çalışmada ise Cronbach Alfa katsayıları 'olumlu çatışma çözme stilleri' için .77, 'olumsuz çatışma çözme stilleri' için .81, 'geri çekilme' alt boyutu için .75, 'boyun eğme' alt boyutu için ise .80 olarak bulunmuştur. Araştırmacılar yapılan analizler sonucunda ÇÇSÖ'nün romantik ilişkilerde çatışma çözüm stillerini ölçmede geçerli ve güvenilir bir araç olduğunu ve evli bireylerde de kullanılabileceğini bildirmiştir (Özen, Salman-Engin ve Sakallı-Uğurlu, 2016).

Bu araştırmada olumsuz çatışma çözme stilleri, olumlu çatışma çözme stilleri, geri çekilme çatışma çözüm stilleri ve boyun eğme çatışma çözüm stilleri için Cronbach Alfa katsayısı sırasıyla DEHB grubu için .82, .75, .87, .90 ; sağlıklı grup için .81, .84, .90, .77 olarak belirlenirken örneklemin tamamı için .84, .82, .89, .83 olarak belirlenmiştir.

Çatışma Çözüm Stilleri Ölçeği (ÇÇSÖ) EK-7'de verilmiştir.

2.2.7.Birtchnell Eş Değerlendirme Ölçeği (BEDÖ)

Birtchnell (1988) tarafından geliştirilen ve Türkçe'ye uyarlaması Kabakçı ve arkadaşları (1993) tarafından yapılan ölçek eşlerin birbirlerine ilişkin

değerlendirmelerini içeren kadın ve erkek olmak üzere farklı iki formdan oluşmaktadır. Ölçeğe verilen 'Evet', 'Kararsızım' ve 'Hayır' şeklindeki yanıtlardan bağımlılık, kopukluk, kontrolcülük ve güvenilebilirlik şeklinde dört alt boyuta ilişkin puanlar elde edilmektedir. Alt ölçeklerin birbirleriyle korelasyonuna bakıldığında bağımlılık, kopukluk ve kontrolcülük alt boyutları arasında pozitif ve bu alt boyutlarla güvenilebilirlik alt boyutu arasında negatif korelasyonlar olduğu görülmüştür. Bu sebeple; 'olumsuz' özellikleri içeren kopukluk, kontrolcülük ve bağımlılık alt boyutlarından elde edilen puanlar toplam olarak da kullanılabilmektedir. Madde-toplam korelasyon katsayıları kadın formu için -.06 ile .72 arasında, erkek formu için ise -.01 ile .74 arasında yer almaktadır. Alt boyutlar için elde edilen Cronbach Alfa katsayısı kadın formunda .83-.90, erkek formunda ise .72-.90 arasında değişmektedir. Ölçeğin orijinalinde her iki formda 90 maddeden oluşmakta ancak uyarlama çalışmalarında madde-toplam korelasyonu .25'in altında ve faktör yükü .30'un altında olan maddeler atılarak kadın formu 79, erkek formu ise 72 madde olarak düzenlenmiştir. Ardından hesaplanan Cronbach Alfa katsayıları kadın formunda .80-.90, erkek formunda ise .74-.91 arasında değişmektedir. Alt boyutların evliliğinden memnun olan ve olmayan grubu birbirinden ayırt edebildiği ifade edilmektedir (Kabakçı, Tuğrul ve Öztan, 1993).

Bu araştırmada, Birtchnell Eş Değerlerndirme Ölçeği'nin kadın formunda güvenilebilirlik, kontrolcülük, kopukluk ve bağımlılık alt ölçekleri için güvenirlik katsayısı sırasıyla DEHB grubu için .87, .90, .75, .76 ; sağlıklı grup için .78, .74, .76, .67 olarak belirlenirken örneklemin tamamı için .84, .88, .77, .75 olarak belirlenmiştir. Erkek formunda ise DEHB grubu için .85, .88, .60, .76 ; sağlıklı grup için .72, .71, .62, .62 olarak belirlenirken örneklemin tamamı için .78, .88, .59, .56 olarak belirlenmiştir.

Birtchnell Eş Değerlendirme Ölçeği EK-8'de verilmiştir.

2.3. İŞLEM

Çalışmaya amaçlı örnekleme yoluyla 2015-2017 yılları arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Erişkin Polikliniği'ne ayaktan başvuran, DSM-5 tanı ölçütlerine göre Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı alan ve majör bir psikiyatrik ya da nörolojik eştanısı olmayan 34 erişkin (18 yaş ve üstü) hasta ve eşleri gönüllülük esasına göre dahil edilmiştir. Hastaların çalışma hakkında bilgilendirilmesinin ardından gönüllü olmaları halinde onam formu, sosyodemografik veri formu, Wender Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ), Erişkin DEHB Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS), Evlilik Yaşamı Anketi, Evlilikte Uyum Ölçeği, Romantik İlişkilerde Çatışma Çözüm Stilleri Ölçeği ve Birtchnell Eş Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır. Tanı alan bireylerin eşleri çalışmaya dahil edilirken majör bir psikiyatrik ya da nörolojik tanı almamış olmaları göz önünde bulundurulmuş ve bu kriteri karşılayan eşler gönüllülük esasına göre çalışmaya alınmıştır. Bu bağlamda DEHB tanısı alan 34 hastadan çalışmaya katılmak üzere gönüllü olan 28 eşe ulaşılmıştır. Altı hastanın eşi çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir. Çalışmaya katılan eşlere ise onam formu, sosyodemografik veri formu, Evlilik Yaşamı Anketi, Evlilikte Uyum Ölçeği, Romantik İlişkilerde Çatışma Çözüm Stilleri Ölçeği ve Birtchnell Eş Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır.

Kontrol grubu olarak kartopu örnekleme yoluyla ulaşılan herhangi bir nörolojik ya da psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmayan gönüllü 47 çift çalışmaya dahil edilmiştir. Sağlıklı gönüllülere de tanı almış grubun eşleri ile aynı formlar verilmiş olup onam formu, sosyodemografik veri formu, Evlilik Yaşamı Anketi, Evlilikte Uyum Ölçeği, Romantik İlişkilerde Çatışma Çözüm Stilleri Ölçeği ve Birtchnell Eş Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır

Katılımcılara sözel olarak yönergeler aktarılmış ancak belirtilen ölçekler kendini bildirim ölçekleri olduğundan temel olarak bireyler formlarda yazılı yönergeleri esas

alarak uygulamaları tamamlamıştır. Katılımcılar soruları nasıl yanıtlayacakları konusunda tereddüt yaşadıklarında araştırmacıya ulaşarak ayrıntılı bilgi almıştır. Bu çalışmada Erişkin DEHB Kendini Bildirim Ölçeği (ASRS), Wender Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ) DEHB'nin klinik belirti düzeyinin saptanması ve belirtilerin şiddeti ile evlilik çatışmaları ve evlilik uyumu arasındaki ilişkilerin anlaşılması amacıyla yalnızca tanı alan bireylere uygulanmıştır.

BÖLÜM III

BULGULAR

Bu bölüm araştırmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizleri sonucunda elde edilen bulguları içermektedir. Analizler için SPSS 23.0 paket programı kullanılmıştır. Bu kapsamda öncelikle örnekleme ilişkin sosyodemografik bilgilere yer verildikten sonra, gruplar arası farklılıklar incelenecek ve ardından eşlerden birinin DEHB tanısı aldığı gruptaki çiftlerle sağlıklı gruptaki çiftler için ayrı ayrı evlilik uyumunu yordayan faktörler ele alınacaktır.

3.1. VERİ SETİNİN DAĞILIM ÖZELLİKLERİ, KAYIP VE UÇ DEĞERLER

Katılımcılardan elde edilen veriler öncelikle uç değerler ve dağılım özellikleri bakımından incelenmiştir. Bu bağlamda; özellikle araştırmanın temel değişkenleri olan evlilik uyum puanı ve evlilik çatışma sıklığı puanları açısından, saplı kutu grafikleri aracılığıyla gözlenen uç değerlerin veri setinin dağılımını önemli ölçüde etkilediği görülmüştür. Grafiklerden elde edilen bilgiler göz önüne alınarak DEHB tanısı alan ve eşi çalışmaya katılmayı kabul etmeyen bir katılımcıya ait puanlar, sağlıklı grupta ise diğer katılımcılara göre belirgin biçimde uç değerler alan 4 çifte ait puanlar veri setinden çıkartılmıştır. Bu işlemden sonra ortalamalar arası farklılıkları incelemek üzere yapılacak analizlere karar vermek amacıyla veri setinin karşılaştırılacak değişkenler bakımından normal dağılım gösterip göstermediği incelenmiştir. Normal dağılım özellikleri incelenirken istatistiksel değerler ve grafikler ele alınmıştır. Bu amaçla, saplı kutu grafikleri, normal dağılım eğrisi ile belirlenmiş histogramlar ve Q-Q grafiklerinin yanı sıra basıklık ve çarpıklık katsayıları göz önünde bulundurulmuştur. Pek çok kaynakta önerildiği üzere değişkenlerin grafiksel olarak normal dağılım özelliği

göstermesi, basıklık ve çarpıklık katsayılarının -1 +1 aralığında yer alması ve bu katsayıların standart hatalarına bölünmesiyle elde edilen standart puanların -1,96 +1,96 arasında yer alması dağılımın normal dağılımdan sapma göstermediği yönünde değerlendirilmiştir (Baloğlu, çev. 2015; Baykul, çev. 2017; Büyüköztürk, 2010; Kalaycı, 2014). Uç değerlerin çıkarılması ile birlikte tanı alan grupta 33 DEHB tanılı birey ve 28 eş, sağlıklı grupta ise 43 çift (86 kişi) araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Veri setinde kayıp değer bulunmamaktadır.

3.2. ÖRNEKLEMİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE BETİMSEL İSTATİSTİKLER

Elde edilen veriler incelendiğinde DEHB grubundaki çiftlerin ortalama evlilik süresi 97.2 ay (ss=89,1) kontrol grubundaki çiftlerin ortalama evlilik süresi ise 97.6 ay (ss=91,4) olarak hesaplanmış (yaklaşık olarak 8 yıl) ve her iki gruptaki katılımcıların ortalama evlilik sürelerinin birbirine oldukça yakın olduğu görülmüştür. Tanı alan gruptaki çiftlerin evlilik süresi 6 ay–36 yıl arasında değişirken sağlıklı gruptaki çiftlerin evlilik süresi 10 ay-30 yıl arasında değişmektedir.

Grupların çocuk sahibi olma durumları incelendiğinde; DEHB grubunun %64'ünün (21 çift) en az bir çocuk sahibi olduğu, %38'inin (12 çift) çocuk sahibi olmadığı; kontrol grubunun ise %79'unun (34 çift) en az bir çocuk sahibi olduğu ve %21'inin (9 çift) çocuk sahibi olmadığı belirlenmiştir. Her iki grubun da sahip olduğu çocuk sayısı 1-3 arasında değişmektedir. Grupların toplam gelir dağılımına bakıldığında; her iki grup için de çiftlerin aylık toplam gelirleri 2001-10000+ arasındadır. DEHB tanısı alan eşin bulunduğu gruptaki çiftler ile sağlıklı gruptaki çiftlerin sahip oldukları çocuk sayısı ve aylık toplam gelirlerine ilişkin bilgiler Tablo 3.1.'de verilmiştir.

Tablo 3.1.Çiftlerin Gelir ve Çocuk Sayılarına İlişkin Bilgiler

		Gelir				**Çocuk Sayısı**			
		2001-3000	3001-5000	5001-10000	10000üzeri	0	1	2	3
DEHB Grubu	N (çift)	3	10	8	12	12	13	7	1
	%	%9	%30	%24	%37	%36	%40	%21	%3
Kontrol Grubu	N (çift)	2	16	19	6	9	14	17	3
	%	%5	%37	%44	%14	%21	%33	%39	%7

DEHB tanısı alan bireyler (DEHB), tanı alan bireylerin eşleri (DEHB-EŞ) ve kontrol grubunun (KG) eğitim bilgileri incelendiğinde; üç grupta daüniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip kişilerin çoğunlukta olduğu görülmektedir (Tablo 3.2). Bireylerin büyük yüzdesinin çalışmakta olduğu; mühendis, doktor, araştırma görevlisi, memur, psikolog, avukat, hemşire ve öğretmen gibi meslek gruplarının fazla olduğu; iş değiştirme sayıları açısından bakıldığında DEHB tanısı alan grubun ($\bar{x}$=3,6 ss=4 ranj=1-18),eşlerinden ($\bar{x}$=2,1 ss=1,3 ranj=1-4) ve sağlıklı gruptaki bireylerden ($\bar{x}$=2,2 ss=1,3 ranj=1-7) daha sık iş değiştirdiği izlenmektedir. DEHB tanısı alan bireylerde iş değiştirme sebebi olarak çalışma şartlarından ve maaştan memnun olmama, daha iyi iş imkanlarına ulaşmak isteme gibi kişisel sebepler ve tatmin olmama durumu öne çıkarken; kontrol grubunda özel sektörden kamuya geçme, tayin, atama ve işverene bağlı diğer faktörler öne çıkmıştır.

Tablo 3.2. Katılımcıların Eğitim Durumu

		ortaokul	lise	yüksekokul	üniversite	lisansüstü
DEHB	N	1	3	2	18	9
	%	%3	%9	%6	%55	%27
DEHB-EŞ	N		3	2	15	8
	%		%11	%7	%53	%29
Kontrol Grubu	N	2	10	7	45	22
	%	%2	%12	%8	%52	%26

Katılımcılardan elde edilen bilgiler değerlendirildiğinde DEHB tanısı alan bireylerin; eşlerine ve kontrol grubundaki bireylere göre daha büyük bir yüzdesinin sigara (%54,5), alkol (%73) ve madde kullanımı (%12) olduğu dikkat çekmektedir. Benzer biçimde DEHB tanısı alan katılımcıların eşleri ve kontrol grubundaki katılımcılara göre daha yüksek oranda; trafik cezası aldıkları (%58), intihar düşünce ya da girişimlerinin olduğu (%33), fiziksel hastalık (%18) ve ailede psikiyatrik tanı (%33) bildirdikleri görülmektedir (Tablo 3.3). Grupların trafik cezası alma sayıları arasındaki ortalamalara bakıldığında ise DEHB tanısı alan grubun ($\bar{x}$=4 ss=3,2 ranj=1-15) eşlerinden ($\bar{x}$=2 ss=1,1 ranj=1-4) ve sağlıklı gruptaki bireylerden ($\bar{x}$=2,5 ss=1,6 ranj=1-7) daha fazla sayıda trafik cezası aldığı izlenmektedir. Katılımcıların en sık bildirdiği trafik cezası alma sebepleri aşırı hız, kırmızı ışık ihlali ve hatalı park olmuştur. Ailesinde psikiyatrik tanı almış üye bulunan katılımcıların en sık bildirdiği tanılar depresyon ve anksiyete bozukluğudur.

Tablo 3.3. Gruplararası Çeşitli Sosyodemografik Veriler

		DEHB		**DEHB-EŞ**		**Kontrol Grubu**	
		N=33	%	N=28	%	N=86	%
Çalışma durumu	Evet	31	%94	27	%96	74	%86
	Hayır	2	%6	1	%4	12	%14
Sigara kullanımı	Evet	18	%54,5	11	%39	23	%27
	Hayır	15	%45,5	17	%61	63	%73
Alkol kullanımı	Evet	24	%73	17	%61	23	%38
	Hayır	9	%27	11	%39	53	%62
Madde kullanımı	Evet	4	%12	0	0	2	%2
	Hayır	29	%88	28	%100	84	%98
Polisle başının derde girmesi	Evet	4	%12	0	0	2	%2
	Hayır	29	%88	28	%100	84	%98
Trafik cezası alma durumu	Evet	19	%58	5	%18	27	%31
	Hayır	13	%40	23	%82	59	%69
İntihar düşünce ya da girişimi	Evet	11	%33	3	%11	5	%6
	Hayır	22	%67	25	%89	81	%94
Fiziksel hastalık	Evet	6	%18	1	%4	5	%6
	Hayır	27	%82	27	%97	81	%94
Ailede psikiyatrik tanı	Evet	11	%33	5	%18	7	%8
	Hayır	22	%67	23	%82	79	%92

3.3. DEHBTANISI ALAN BİREYLERİN TANI VE TEDAVİ DURUMLARINA İLİŞKİN BETİMSEL İSTATİSTİKLER

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı alan katılımcıların tanı ve tedavi süreçleri ile ilgili elde edilen bilgilere bakıldığında; bireylerin %55'i çalışmaya katıldıkları sırada medikal tedavi aldığını, %33'ü çalışmaya katıldığı sırada tedavi almadığını ancak geçmişte tedavi gördüğünü, %9'u ise hiç medikal tedavi almadığını bildirmiştir. Geçmişte ya da şimdi tedavi almış olan katılımcıların %55'i medikal tedavilerini düzenli yürütmüş ancak %45'i verilen ilaçları düzensiz kullanmıştır. Bireylerin büyük çoğunluğunun tedavi amacıyla birincil olarak metilfenidat içeren ilaçlar kullandıkları görülmüş; düzenli ya da düzensiz ilaç alma durumu fark etmeksizin tedaviye devam etme süresi ortalama 30 ay olarak belirlenmiştir. Birinci derece yakınlarında DEHB tanısı olduğunu belirten katılımcılar bu örneklemin %36'sını oluştururken, çocuklarında DEHB tanısı olduğunu bildirenler örneklemin %21'ini oluşturmuştur.

Tablo 3.4.DEHB Tanısı Alan Bireylerin Tanı Ve Tedavilerine İlişkin Bilgiler

	N	**Yüzde**
Şu anda tedavi alanlar	18	%55
Geçmişte tedavi alanlar	11	%33
Tedavi almayanlar	3	%9
Tedavi alan katılımcılardan düzenli ilaç kullananlar	16	%55
Ailede DEHB	12	%36
Çocukta DEHB	7	%21

Araştırmada kullanılan ölçeklerden elde edilen puanlara ait ortalama, standart sapma ve minimum/maximum değerlerin tamamı Tablo 3.5'te sunulmuştur.

Tablo 3.5. Gruplara Göre Ölçek Puanlarının Ortalama, Standart Sapma veRanjları

	DEHB (N:34)			**DEHB-EŞ (N:28)**			**KG(N:86)**		
	$\bar{X}$	*SS*	*Ranj*	$\bar{X}$	*SS*	*Ranj*	$\bar{X}$	*SS*	*Ranj*
Çatışma yaygınlığı	23,45	9,8	5-45	23,60	8,6	9-41	10,45	6,7	0-27
Çatışma sıklığı	54,42	32,6	6-143	51,03	30,2	9-111	17,24	12,4	0-50
Evlilik uyumu	38,15	7,9	18-51	41,25	8,5	19-57	49,09	7,3	31-58
Olumsuz ÇÇS	17,97	6,9	9-36	15	6,2	7-37	11,85	5,1	7-38
Olumlu ÇÇS	22,03	5,6	13-33	27	4,7	20-35	27,43	7,4	6-36
Boyun Eğme ÇÇS	17,15	8	6-33	19,53	5,8	6-33	21,73	6,5	6-36
Geri çekilme ÇÇS	20,57	7,7	6-35	19,46	6,7	6-32	21,29	8,7	6-36
Güvenilebilirlik	57,42	8,2	36-67	58,96	6,1	40-69	61,33	5,8	40-69
Kontrolcülük (BEDÖ)	43,66	13,7	22-73	39,32	9,3	23-63	32,05	6,8	22-49
Kopukluk (BEDÖ)	20,03	7,5	10-38	20,71	6,1	11-35	17,77	5,2	10-37
Bağımlılık (BEDÖ)	26,60	3,9	18-34	28,46	5,4	19-40	24,83	4,8	14-37
Olumsuz Özellikler Toplamı (BEDÖ)	89,69	15,7	58-117	87,78	16	62-134	74,58	10,9	56-110
WUDÖ	41,67	18,1	7-85						
ASRS Dikkat Eksikliği	22,54	5,4	8-31						
ASRS Hiperaktivite/Dürtüsellik	16,21	7,6	5-34						
ASRS Toplam Puanı	38,75	10,1	21-65						

3.4.GRUPLARARASI FARKLILIKLARIN İNCELENMESİ

Araştırmaya katılan bireyler DEHB tanısı alanlar (DEHB); DEHB tanısı alan katılımcıların eşleri (DEHB-EŞ) ve sağlıklı grup/kontrol grubu (KG) olarak üç ana grupta toplanmış ve veri toplama araçları ile elde edilen puan ortalamaları arasındaki farklılıklar bu gruplar temelinde incelenmiştir.

Evlilik üzerine yapılan araştırmalarda çiftlerin evliliğe ilişkin görüşlerinin birbirinden bağımsız olamayacağı, eşlerin alacakları puanlar açısından birbirine çok yakın olacağı ve ilişkili örneklem sayılabilecekleri bildirilmektedir (Baykul, çev. 2017; Gonzalez ve Griffin, 2012). Dolayısıyla; evli çiftlerin toplam puan ortalamaları ya da puanlar arası farkların ortalaması olarak bir bütün şeklinde analize dahil edilmesinin

anlamlılık değerlerinde yanlılığa yol açmayacağı aktarılmaktadır (Kenny, 1995). Bu nedenle sağlıklı gruptaki çiftler birlikte tek bir grup olarak ele alınmıştır. Ancak; DEHB grubundaki bireylerin tamamının çift olmaması yani eş sayılarının eşit olmaması sebebiyle (Dehb tanısı alanlar:33, çalışmaya kayılan eşleri:28), bu kısımdaki analizler için tek grup olarak ele alınamamış ve eşleriyle bağımsız gruplar olarak değerlendirilmiştir (Eakin ve ark., 2004).

Varyans analizine başlanmadan önce ölçeklerden elde edilen puanların dağılım özellikleri değerlendirilmiş ve gruplara göre normal dağılım gösteren evlilik çatışma yaygınlığı, evlilik çatışma sıklığı, evlilik uyumu, boyun eğme çatışma çözüm stili, geri çekilme çatışma çözüm stili, Birtchnell Eş Değerlendirme Ölçeği kontrolcülük, bağımlılık ve olumsuz özellikler toplam puanları için tek yönlü varyans analizi (one-way ANOVA) uygulanmıştır. Gruplararası farklılıkların kaynağını incelemek üzere, varyans homojenliğinin sağlandığı durumlarda (evlilik uyumu, boyun eğme çatışma çözüm stili ve bağımlılık puanları), ikili karşılaştırmalar için sık kullanılan testlerden olan ve gruplardaki örneklem sayılarının eşit olması varsayımını gerektirmeden güvenilir sonuçlar sunabilen Bonferroni yaklaşımı (Kalaycı, 2014; Miller,1981); varyans homojenliğinin sağlanmadığı durumlarda (evlilik çatışma yaygınlığı, evlilik çatışma sıklığı, kontrolcülük ve olumsuz özellikler puanı) ise alanyazında kullanıldığı örneklere rastlanan Games-Howell testi kullanılmıştır (Akün, 2017). Grupların normal dağılım göstermediği ölçek puanları için ise Kruskal Wallis H-Testi uygulanmış olup ortalamalar arası farkların kaynağı Mann Whitney U Testi ile bonferroni düzeltmesi kullanılarak araştırılmıştır.

3.4.1. Tek Yönlü Varyans Analizi Bulguları

DEHB tanısı alan bireyler, eşleri ve sağlıklı gruptaki katılımcıların çatışma yaygınlık puanları açısından farklılaşıp farklılaşmadığını araştırmak üzere uygulanan

varyans analizi sonuçları gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğunu göstermektedir ($F_{(2,144)=}$49,51, p<.001, η2=.41). Gruplar arasındaki farklılığın kaynağını araştırmak amacıyla uygulanan Games-Howell çoklu karşılaştırma testi sonuçlarına göre DEHB tanısı alan bireyler ($\bar{x}$=23,45, ss=9,8) ve eşlerinin ($\bar{x}$=23,60, ss=8,6) evlilik çatışmalarının kontrol grubundaki çiftlere ($\bar{x}$= 10,45, ss= 6,7) göre daha yaygın olduğu görülmüştür (p<.001). Benzer şekilde gruplar arasında çatışma sıklık puanları açısından da anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmektedir ($F_{(2,144)}$=45,53, p<.001, η2=.39). Games-Howell testine göre DEHB tanısı alan bireyler ($\bar{x}$=54,42, ss=32,6) ve eşleri ($\bar{x}$=51,03, ss=30,2) evliliklerindeki çatışma sıklığı bakımından kontrol grubundan ($\bar{x}$=17,24, ss=12,4) anlamlı düzeyde daha yüksek puan almışlardır (p<.001). DEHB tanısı alan bireyler ve eşleri arasında evliliklerindeki çatışmaların yaygınlığını ve sıklığını değerlendirmeleri açısından fark bulunamamıştır (p>.05).

Katılımcıların evlilik uyum düzeyleri karşılaştırıldığında elde edilen sonuçlar gruplar arasında anlamlı farklılık olduğunu göstermektedir ($F_{(2,144)}$=28,55 p<.001, η2=.28). Bonferroni yaklaşımı kullanılarak yapılan çoklu karşılaştırma testi sonuçlarına göre DEHB tanısı alan bireylerin ($\bar{x}$=38,15, ss=7,9) ve eşlerinin ($\bar{x}$=41,25, ss=8,5) kontrol grubundan ($\bar{x}$=49,09 ss=7,3) anlamlı düzeyde düşük puan aldığı (p<.001); ancak eşlerarasında evlilikteki uyum düzeylerini değerlendirmeleri açısından anlamlı farklılık olmadığı gözlenmiştir (p>.05).

Gruplar arası farklılıklar Birtchnell Eş Değerlendirme Ölçeği'ne ait kontrolcülük puanları açısından incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu görülmüştür ($F_{(2,144)}$=21,19 p<.001, η2=.21). Games-Howell testine göre DEHB tanısı alan bireyler ($\bar{x}$=43,66; ss=13,7) ve eşleri ($\bar{x}$=39,32, ss=9,3) birbirlerini sağlıklı gruptaki çiftlerden ($\bar{x}$=32,05, ss=6,8) daha kontrolcü olarak değerlendirmiştir (p<.001). Aynı ölçeğe ait bağımlılık puanları açısından da gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür ($F_{(2,144)}$=6,57 p<.001, η2=.08). Bonferroni yaklaşımı ile uygulanan çoklu

karşılaştırma testine göre ise; DEHB-EŞ grubundaki katılımcılar (x̄=28,46, ss=5,4) kendi eşlerini (DEHB tanılı bireyleri) (x̄=26,60; ss=3,9) kontrol grubundaki (x̄=24,83, ss=4,8) çiftlerle kıyaslandığında daha bağımlı olarak değerlendirmiştir (p<.01). BEDÖ'nün kontrolcülük, kopukluk ve bağımlılık alt ölçeklerinin toplamını içeren olumsuz özellikler puanı açısından değerlendirildiğinde gruplar arasında gözlenen farklılık ($F_{(2,144)}$=20,89 p<.01, η2=.22) için yapılan Games-Howell testine göre DEHB tanısı alan bireyler (x̄=89,69; ss=15,7)ve eşleri (x̄=87,78, ss=16) birbirlerini sağlıklı gruptaki çiftlerden (x̄=74,58, ss=10,9) daha olumsuz değerlendirmiştir (p<.001).

Çatışma Çözüm Stilleri Ölçeği'nin boyun eğme alt ölçeğine ait puanlar açısında bakıldığında gruplar arası anlamlı farklılığın olduğu ($F_{(2,144)}$=5,71 p<.01, η2=.07) ve bu farklılığın kaynağı bonferroni yaklaşımıyla test edildiğinde DEHB tanısı alan katılımcıların (x̄=17,15, ss=8), sağlıklı gruptan (x̄=21,73, ss=6,5) daha az boyun eğici davranış sergilediği (p<.01); ancak eşleriyle aralarında anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Grupların, çatışma çözüm stilleri ölçeğinin geri çekilme boyutu açısından farklılık göstermediği belirlenmiştir.

Tablo 3.6. Varyans Analizi Sonuçları

	DEHB (N:34)		**DEHB-EŞ (N:28)**		**KG(N:86)**			
	X̄	*SS*	*X̄*	*SS*	*X̄*	*SS*	*F*	*Sig.*
Çatışma yaygınlığı	23,45	9,8	23,60	8,6	10,45	6,7	49,517	,000
Çatışma sıklığı	54,42	32,6	51,03	30,2	17,24	12,4	45,535	,000
Evlilik uyumu	38,15	7,9	41,25	8,5	49,09	7,3	28,548	,000
Boyun Eğme(ÇÇSÖ)	17,15	8	19,46	5,8	21,73	6,5	5,708	,004
Geri çekilme(ÇÇSÖ)	20,57	7,7	19,46	6,7	21,29	8,7	0,541	,583
Kontrolcülük BEDÖ)	43,66	13,7	39,32	9,3	32,05	6,8	21,189	,000
Bağımlılık (BEDÖ)	26,60	3,9	28,46	5,4	24,83	4,8	6,568	,002
Olumsuz Özellikler Toplamı (BEDÖ)	89,69	15,7	87,78	16	74,58	10,9	20,895	,000

3.4.2. Kruskal Wallis H-Testi Bulguları

Normal dağılım varsayımını karşılamayan alt ölçek puanları için tek yönlü varyans analizinin parametrik olmayan alternatifi olan Kruskal Wallis H-Testi uygulanmıştır. Yapılan analiz sonucunda olumsuz çatışma çözme stili ($\chi2_{(2,147)}$ = 27,51, p<.001) ve olumlu çatışma çözme stili ($\chi2_{(2,147)}$= 19,61, p<.001) ile Birtchnell Eş Değerlendirme Ölçeği'nin güvenilebilirlik alt boyutu puanları ($\chi2_{(2,147)}$= 8,11, p<.05), açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmiştir. Ancak aynı ölçeğe ait kopukluk puanları açısından gruplar arasındaki farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır ($\chi2_{(2,147)}$= 5,44 p>.05).

Tablo 3.7. Kruskal Wallis H-Testi Sonuçları

	DEHB (N:34) *Sıra Ort.*	**DEHB-EŞ (N:28)** *Sıra Ort.*	**KG (N:86)** *Sıra Ort.*	χ^2	*Sig.*
Olumsuz ÇÇS	102,62	85,63	59,23	27,51	,000
Olumlu ÇÇS	45,68	76,21	84,15	19,61	,000
Güvenilebilirlik(BEDÖ)	61,26	63,25	82,39	8,11	,017
Kopukluk (BEDÖ)	78,39	88,30	67,66	5,44	,066

Gruplar arasındaki farklılığın kaynağını araştırmak üzere Mann Whithney U Testi uygulanmış ve sonuçlar değerlendirilirken ikili karşılaştırmalar için hata payı artacağından anlamlılık değerleri üzerinde bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır. Bonferroni düzeltmesi istatistiksel açıdan anlamlılığın kabul edilmesinde maximum değer olan 0.05'in, grup sayısının ikili kombinasyonu alınarak elde edilen karşılaştırma sayısına bölünmesiyle elde edilir. Bu çalışmada yapılacak kıyaslama sayısı 3 olduğundan; anlamlılık değeri 0.167 olarak belirlenmiştir (Eral ve Vehid, 2013; Miller, 1981; Polat,2014).

Yapılan analizler doğrultusunda DEHB tanısı alan bireyler (U=600,5, p<.000) ve eşlerinin (U=752,5, p<.01) sağlıklı gruba göre olumsuz çatışma çözüm stilini daha fazla

kullandığı görülmüştür. Olumlu çatışma çözüm stili açısında bakıldığında ise DEHB tanısı alan katılımcıların eşlerinden (U=233,5, p=.001) ve sağlıklı gruptan (U=600,5, p<.000) anlamlı düzeyde daha az olumlu çatışma çözüm stiline başvurduğu belirlenmiştir. Tanı alan bireylerin eşleri ile sağlıklı grup arasında farklılık saptanmamıştır. Birtchnell Eş Değerlendirme Ölçeği'nin güvenilebilirlik alt boyutu puanları değerlendirildiğinde; yalnızca DEHB tanısı alan bireylerin eşlerini, eşlerinin kendilerini değerlendiğinden ve sağlıklı gruptaki çiftlerin değerlendirdiğinden daha az güvenilebilir olarak değerlendirdiği izlenmiştir (U=1080,5, p<.0167). Anlamlı farklılık bulunan gruplar ve ilgili değerler Tablo3.8'de sunulmuştur.

Tablo 3.8. Mann Whitney U Testi ile Yapılan İkili Karşılaştırma Sonuçları

			Sıra Ortalaması	**Sıra Toplamı**	**U**	**Sig.**
GRUP1	Olumlu ÇÇS	DEHB	24,08	794,50	233,5	,001
		DEHB-EŞ	39,16	1096,50		
GRUP2	Olumsuz ÇÇS	DEHB	84,80	2798,50	600,5	,000
		KG	50,48	4341,50		
	Olumlu ÇÇS	DEHB	38,61	1274,00	713,0	,000
		KG	68,21	5866,00		
	Güvenilebilirlik (BEDÖ)	DEHB	47,56	1596,50	1008,5	,015
		KG	64,77	5570,50		
GRUP3	Olumsuz ÇÇS	DEHB-EŞ	73,63	2061,50	752,5	,003
		KG	52,25	4493,50		

Katılımcıların ölçek puanlarından elde edilen ortalamaların, bulundukları grup ve cinsiyet açısından farklılaşıp farklılaşmadığı araştırılmak istenmiş ancak bağımsız değişkenlerin her bir düzeyine düşecek olan kişi sayısının az olması, bu düzeylerin büyük çoğunluğunda normallik varsayımının karşılanmaması ve faktöriyel varyans analizi için gerekli bir diğer varsayım olan varyans ve kovaryans matrislerinin homojenliğinin sağlanamaması sebebiyle çok faktörlü varyans analizi ile test edilmesi mümkün olmamıştır. Bu durumda veri seti katılımcıların gruplarına göre bölündükten

sonra her grup içinde araştırmanın değişkenleri için cinsiyet açısından farklılık olup olmadığı Mann Whitney U Testi kullanılarak analiz edilmiştir. Analiz sonucunda; hem DEHB grubundaki ($U=78,50$, $p<.05$) hem de DEHB-EŞ grubundaki ($U=34,50$, $p<.01$) kadınların olumlu çatışma çözme stilini erkeklerden daha fazla kullandığı görülmüştür. Olumlu çatışma çözme stili açısından sağlıklı grupta kadınlar ve erkekler arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($U=740,50$, $p>.05$). Cinsiyet açısından bir diğer anlamlı farklılık ise yalnızca DEHB-EŞ grubunun boyun eğme çatışma çözüm stili puanları arasındaki farklılıktır. DEHB-EŞ grubundaki erkekler kadınlara göre daha fazla boyun eğici çatışma çözme davranışı sergilemiştir ($U= 43,50$, $p<.05$). Bunun dışındaki hiçbir ölçek puanı için grupların kendi içinde kadınlar ve erkekler arasında anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir. DEHB tanısı alan bireylerin WUDÖ ve ASRS puanlarının cinsiyet açısından farklılaşıp farklılaşmadığına bakıldığında ise anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür.

3.4.3. İlişkili Örneklem T- Testi Bulguları

Alanyazında çiftlerin evliliğine ilişkin değişkenler incelenirken birbirlerinden etkileneceği ve bağımsız düşünülemeyeceği belirtilmekte olup, çiftlerin bağımlı örneklemler olarak ele alındığı ve karşılaştırmalar yapılırken ilişkili örneklem t-testinin kullanıldığı araştırma örneklerine rastlanmıştır (Bouchard, Lussier ve Sabourin, 1999; Eakin ve ark., 2004; Gottman ve Driver, 2005; Hout, Duncan ve Sobel, 1987). Bu araştırmalarda karşılaştırılan eş sayılarının eşit olduğu dikkat çekmiş ve ilişkili örneklem analizi yapılabilmesi için katılımcıların çift olması, yani ilişkili iki örneklemdeki katılımcı sayısının eşit olması gerektiği belirtilmiştir (Grawitch ve Munz, 2004). DEHB grubunda tanı alan kişilerin eşlerinden çalışmaya katılmayı kabul etmeyen kişilerin olması örneklem sayıları arasında farklılık oluşturduğundan bağımsız gruplar olarak analiz yapılmıştır. Bu bölümde ise DEHB grubunda eşi araştırmaya

katılmayan 5 DEHB tanısı almış birey dışlanarak 28 çift arasında bağımlı örneklemler t-testi uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde tanı alan bireylerle eşleri arasında yalnızca evlilik uyumu ($t_{(27)}$ = -2,26, p<.05), olumsuz çatışma çözüm stili ($t_{(27)}$ = 2,27, p<.05), ve olumlu çatışma çözüm stili puanları ($t_{(27)}$ = -3,61, p=.001) açısından anlamlı farklılıklar olduğu görülmüştür. Buna göre; tanı alan bireyler evlilik uyumlarının daha az olduğunu, daha fazla olumsuz çatışma çözüm stili ve daha az olumlu çatışma çözüm stili kullandıklarını bildirmişlerdir. Sonuçlar Tablo 3.9.'da verilmiştir.

Tablo 3.9. İlişkili Örneklem T-Testi Bulguları

	DEHB		DEHB-EŞ		Puan Farkları		t	df	Sig.
	X̄	ss	X̄	ss	X̄	ss			
Çatışma Yaygınlığı	22,9	10	23,6	8,6	-,68	8,5	-,421	27	,677
Çatışma Sıklığı	53,3	33,7	51,1	30,2	2,3	24,8	,487	27	,630
Evlilik Uyumu	38,7	8,1	41,2	8,5	-2,6	6	-2,26	27	,031
Olumsuz ÇÇS	18,9	6,8	15	6,2	3,9	9,1	2,27	27	,031
Olumlu ÇÇS	21,8	5,4	27	4,7	-5,2	7,6	-3,61	27	,001
Boyun Eğme ÇÇS	16,5	7,7	19,5	5,9	-3	10,6	-1,51	27	,142
Geri Çekilme ÇÇS	20	7,5	19,5	6,7	,53	11,2	,253	27	,802
Güvenilebilirlik (BEDÖ)	58,5	8	59	6,1	-,5	6,7	-,396	27	,695
Kontrolcülük (BEDÖ)	42,8	12,9	39,3	9,3	3,5	15,4	1,19	27	,244
Kopukluk (BEDÖ)	19,6	7,5	20,7	6,1	-1,1	12,1	-,469	27	,643
Bağımlılık (BEDÖ)	26,8	3,9	28,5	5,4	-1,6	5,7	-1,53	27	,138
Olumsuz Özellikler (BEDÖ)	87,5	14,3	87,8	16	,75	16,5	,241	27	,812

3.5. DEĞİŞKENLER ARASI İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ

Bu bölümde öncelikle DEHB tanısı alan bireylerin WUDÖ ve ASRS ölçek puanları ile evlilik uyumu, çatışma sıklık ve yaygınlık puanları arasındaki ilişkiler incelenecek; ardından eşi DEHB tanısı almış çiftlerle sağlıklı çiftlerin sosyodemografik verileri ve ölçek puanları arasındaki ilişkiler araştırılacaktır. Elde edilen bulgular bir

sonraki aşamada regresyon analizinde kullanılacak yordayıcı değişkenleri belirlemek üzere değerlendirilecektir.

3.5.1. DEHB Tanısı Alan Bireylerin Evlilik Uyumu ve Evlilik Çatışmaları ile DEHB Belirtilerinin Şiddeti Arasındaki İlişkiler

DEHB tanısı alan bireylerin çocukluktaki dikkat eksikliği hiperaktivite belirtileri Wender Utah Derecelendirme Ölçeği ile yetişkinlikteki dikkat eksikliği belirtileri ise Erişkin Dikkat Eskikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Tanı alan bireylerin bu ölçeklerden elde edilen puanlarla evliliklerindeki çatışma yaygınlığı ve sıklığının düzeyi ile evlilik uyum düzeyi başta olmak üzere Çatışma Çözüm Stilleri Ölçeği'ne ait alt ölçek puanları (olumlu, olumsuz, boyun eğme, geri çekilme) ve Birtchnell Eş Değerlendirme Ölçeği'ne ait alt ölçek puanlarıarasında ilişki olup olmadığı Pearson korelasyon katsayısı kullanılarak incelenmiştir. Ayrıca katılımcıların WUDÖ ve ASRS'den elde edilen puanlarıyla yaş, evlilik süresi, alkol kullanım sıklığı, trafik cezası alma sayısı, iş değiştirme sayısı arasındaki ilişkilere de bakılmıştır.

Yapılan analizler sonucunda, yalnızca aralarında anlamlı ilişki bulunan değişkenler belirtilecek olursa; ASRS/Dikkat eksikliği puanlarının evlilikteki çatışma yaygınlığı ($r=.61$, $p<.001$) ve sıklığı ($r=.60$, $p<.001$) arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki olduğu; evlilik uyum puanları ($r=.-44$, $p=.01$) ile orta düzeyde negatif bir ilişki olduğu görülmüştür. Diğer bir deyişle DEHB tanısı alan bireylerin dikkatsizlik belirtilerinin şiddeti arttıkça evlilikteki çatışmaların yaygınlığı ve sıklığı artmakta; evlilik uyumları ise azalmaktadır. ASRS/Dikkat eksikliği puanları ile Birtchnell Eş Değerlendirme Ölçeği'ne ait kontrolcülük puanları arasında da orta düzeyde pozitif anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır ($r=.41$, $p<.05$). Buna göre; DEHB tanısı alan bireylerin dikkatsizlik belirtileri arttıkça eşlerini kontrolcü olarak değerlendirme

eğilimleri de artmaktadır. Sosyodemografik değişkenlerden yaş (r=.-50, p<.01) ve evlilik süresi (r=.-56, p=.001) yalnızca ASRS/Dikkat eksikliği puanıyla negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Ayrıca katılımcıların dikkatsizlik belirtilerinin şiddeti ile alkol kullanım sıklığı arasında orta düzeyde pozitif ilişki bulunmuştur (r=.42, p<.05).

WUDÖ puanları ve ASRS/Hiperaktivite-dürtüsellik puanları ile alkol kullanım sıklığı, trafik cezası sayısı iş değiştirme sayısı, evlilik uyumu, evlilik çatışmalarının sıklığı veya yaygınlığı, çatışma çözüm stilleri ve eş değerlendirmeleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

3.5.2. Katılımcıların Sosyodemografik Verileri ve Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiler

Bu bölümde DEHB tanılı eşin bulunduğu gruptaki çiftler ve sağlıklı gruptaki çiftler için ayrı ayrı korelasyon analizi yapılmıştır. Analiz için sosyodemografik verileriden eğitim düzeyi, gelir düzeyi, evlilik süresi ve çocuk sayısı ele alınmış ve kullanılan ölçeklere ait puanlarla ilişkileri incelenmiştir. Yapılan analizlere ilişkin bulgular DEHB grubu için Tablo 3.10'da ve kontrol grubu için Tablo 3.11'de sunulmuştur.

Yapılan analizler doğrultusunda DEHB grubundaki çiftlerin evlilik uyumu ile en yüksek korelasyon gösteren değişken eşin güvenilebilir biri olarak değerlendirilmesi olmuştur (r=.73, p<.001). Eşlerin birbirini güvenilir biri olarak değerlendirmesi ile evlilik uyumu arasında yüksek düzeyde pozitif bir ilişki saptanmıştır. Çatışma sıklığı (r=-.72, p<.001) ve çatışma yaygınlığı (r=.-69, p<.001) ise evlilik uyumuyla yüksek düzeyde negatif ilişkili iki değişken olarak belirlenmiştir. Çiftlerin evliliklerinde çatışma yaşadıkları konular yaygınlaştıkça ve çatışmaların sıklığı arttıkça evlilik uyumu azalmaktadır. BEDÖ'ye ait kontrolcülük (r=-.-60, p<.001), kopukluk (r=-.-27, p<.05) ve bağımlılık (r=-.-48, p<.001) puanları da evlilik uyumuyla negatif yönde ilişkili olarak

bulunmuştur. Olumsuz özellikler olarak nitelendirilen bu üç puanın toplamı ise evlilik uyumuyla orta düzeyde negatif bir ilişki içindedir (r=-.65, p<.001). Buna göre eşlerin birbirini kontrolcü, kopuk ya da bağımlı olarak değerlendirmesi arttıkça evlilik uyumu azalmaktadır. Çiftlerin olumsuz çatışma çözüm stilini (r=-.37, p<.01) ve geri çekilme çatışma çözüm stilini (r=-.33, p<.01) kullanmasının evlilik uyumunun azalmasıyla ilişkili olduğu görülmektedir. BEDÖ güvenilebilirlik alt boyutu ise beklendiği gibi evlilik uyumu ile (r=.73, p<.001) yüksek düzeyde pozitif ilişkilidir.

DEHB grubundaki çiftler için gelir, eğitim düzeyi, çocuk sayısı ve evlilik süresi gibi sosyodemografik verilerin ve olumlu çatışma çözüm stili ile boyun eğme çatışma çözüm stilinin evlilik uyumuyla ilişkili olmadığı görülmüştür.

Evlilikteki çatışma yaygınlığı ile olumsuz çatışma çözüm stili (r=-.41, p<.01), çatışma sıklığı ile olumsuz çatışma çözüm stili (r=.50, p<.001) arasında; çatışma yaygınlığı ile kontrolcülük (r=.66, p<.001) ve bağımlılık (r=.38, p<.01) değerlendirmeleri, çatışma sıklığı ile kontrolcülük (r=.67, p<.001) ve bağımlılık (r=.33, p<.01) değerlendirmeleri arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki bulunurken çatışma yaygınlığı (r=-.54, p<.001) ve çatışma sıklığı (r=-.62, p<.001) ile eşin güvenilebilir olarak değerlendirilmesi arasında orta düzeyde negatif bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

DEHB grubunda sosyodemografik değişkenlerden eğitim düzeyi; boyun eğme çatışma çözüm stilinin daha az ya da daha fazla kullanılmasıyla ilişkilidir. Buna göre; eğitim düzeyi arttıkça boyun eğme çatışma çözüm stilinin daha az kullanıldığı görülmektedir (r=-.35, p<.01).

Sağlıklı kontrol grubundaki çiftlerin evlilik uyumu ile ilişkili değişkenler incelendiğinde; evlilik uyumu ile en yüksek korelasyon gösteren değişkenler sırasıyla çatışma yaygınlığı (r=.-59, p<.001), çatışma sıklığı (r=.-53, p<.001) ve olumsuz çatışma çözüm stilinin kullanımı (r=.-50, p<.001) olmuştur. Olumsuz çatışma çözüm stilinin kullanımı ve evlilikteki çatışmanın düzeyi arttıkça evlilik uyumu azalmaktadır.

Sağlıklı kontrol grubundaki çiftlerin geri çekilme çatışma çözüm stilini (r=-.29, p<.01) kullanmasının evlilik uyumunun azalmasıyla düşük düzeyde ilişkili olduğu görülmektedir. DEHB grubundaki çiftlere benzer biçimde; bu grupta da eşlerin birbirini güvenilir biri olarak değerlendirmesi evlilik uyumu ile pozitif ilişkili olarak bulunmuş ancak bu ilişkinin oldukça zayıf olduğu görülmüştür (r=.27, p<.05). BEDÖ'ye ait kontrolcülük, kopukluk ve bağımlılık alt ölçekleri tek başlarına evlilik uyumu ile ilişkili değilken; olumsuz özellikler toplamı olarak evlilik uyumu ile çok düşük düzeyde negatif yönde ilişkilidir (r=.-24, p<.05).

Sağlıklı gruptaki çiftler için de gelir, eğitim düzeyi, çocuk sayısı ve evlilik süresi gibi sosyodemografik verilerin ve olumlu çatışma çözüm stili ile boyun eğme çatışma çözüm stilinin evlilik uyumuyla ilişkili olmadığı görülmüştür.

Evlilikteki çatışma yaygınlığı ile olumsuz çatışma çözüm stili (r=-.41, p<.001), çatışma sıklığı ile olumsuz çatışma çözüm stili (r=.32, p<.01) arasında ve çatışma yaygınlığı ile kontrolcülük (r=.26, p<.05) ve olumsuz özellikler toplamı (r=.23, p<.05) arasında çok düşük düzeyde pozitif bir ilişki bulunurken; çatışma yaygınlığı (r=-.32, p<.01) ve çatışma sıklığı (r=-.40, p<.001) ile eşin güvenilebilir olarak değerlendirilmesi arasında negatif bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Sosyodemografik değişkenlerden evlilik süresi çatışma sıklığıyla düşük düzeyde negatif ilişkilidir (r=.-25, p<.05). Çocuk sayısı ise boyun eğme (r=.27, p<.05) ve geri çekilme (r=.22, p<.05) çatışma çözüm stilinin kullanımıyla düşük düzeyde negatif yönde ilişkilidir. DEHB grubundaki çiftlerden farklı olarak sağlıklı grupta eğitim düzeyi ile boyun eğme çatışma çözüm stili arasında bir ilişki olmadığı görülmüştür.

Tablo 3.10. DEHB Grubundaki Çiftlerin Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyonlar

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1.Evlilik Uyumu	1	-.07	.10	-.06	-.14	-.69***	-.72***	-.37**	.18	.12	-.33**	.73***	-.60***	-.27*	-.48***	-.65***
2.Eğitim Düzeyi		1	.31*	-.63***	-.35**	.09	.09	-.12	-.07	-.35**	-.11	.17	.0	-.22	-.02	-.12
3.Gelir			1	-.19	-.32*	-.01	-.09	-.14	-.16	-.33**	-.13	.36**	-.00	-.05	.02	-.00
4.Evlilik Süresi				1	.54***	-.11	-.10	.08	.02	.19	.10	-.11	-.05	.18	-.01	.06
5.Çocuk Sayısı					1	.02	.03	.08	-.12	.20	.21	-.14	.12	.07	-.01	.13
6.Evlilik Çatışma Yaygınlığı						1	.94***	.41**	-.15	-.00	.26*	-.54***	.66***	.16	.38**	.64***
7.Evlilik Çatışma Sıklığı							1	.50***	-.12	.05	.21	-.62***	.67***	.13	.33**	.59***
8.Olumsuz ÇÇS								1	-.11	-.23	-.22	-.18	.18	.10	.18	.16
9.Olumlu ÇÇS									1	.16	-.07	-.03	-.36**	.29*	-.02	-.14
10.Boyun Eğme ÇÇS										1	.33**	-.27*	.12	.06	-.12	.08
11.Geri Çekilme ÇÇS											1	-.40**	.47***	.17	.29*	.53***
12.Güvenilebilirlik (BEDÖ)												1	-.56***	-.35**	-.36**	-.63***
13.Kontrolcülük (BEDÖ)													1	-.09	.33**	.80***
14.Kopukluk (BEDÖ)														1	.30*	.43**
15.Bağımlılık (BEDÖ)															1	.67***
16.Olumsuz Öz. (BEDÖ)																1

N=61; Sig. (2-tailed)=***p<.001, ** p<.01, * p<.01

Tablo 3.11. Kontrol Grubundaki Çiftlerin Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyonlar

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1.Evlilik Uyumu	1	.03	.11	.03	-.05	-.59***	-.53***	-.50***	.18	.00	-.29**	.27*	-.17	-.18	-.15	-.24*
2.Eğitim Düzeyi		1	.46***	-.16	-.20	-.05	-.00	.15	.10	.06	-.04	.13	-.00	-.03	-.10	-.04
3.Gelir			1	-.17	-.15	-.03	.01	.07	.02	-.06	.09	.05	-.01	.01	.04	.01
4.Evlilik Süresi				1	.63***	-.17	-.25*	-.12	.05	.07	.09	.04	-.06	.07	.09	.03
5.Çocuk Sayısı					1	-.07	-.08	-.03	-.04	.27*	.22*	-.13	-.02	.12	.06	.07
6.Evlilik Çatışma Yaygınlığı						1	.92***	.41***	-.14	-.13	.04	-.32**	.26*	.15	.08	.23*
7.Evlilik Çatışma Sıklığı							1	.32**	-.04	-.02	.10	-.40***	.21	.16	.08	.21
8.Olumsuz ÇÇS								1	-.29**	-.31**	-.04	-.07	.07	.12	.06	.13
9.Olumlu ÇÇS									1	.18	.01	.15	-.28**	-.04	-.14	-.28*
10.Boyun Eğme ÇÇS										1	.42***	-.02	-.00	-.04	-.00	-.02
11.Geri Çekilme ÇÇS											1	-.03	.05	.06	.19	.15
12.Güvenilebilirlik (BEDÖ)												1	-.29**	-.22*	-.06	-.32**
13.Kontrolcülük (BEDÖ)													1	-.07	.18	.66***
14.Kopukluk (BEDÖ)														1	.22*	.56***
15.Bağımlılık (BEDÖ)															1	.65***
16.Olumsuz Öz. (BEDÖ)																1

N=86; Sig. (2-tailed)=***p<.001, ** p<.01, * p<.05

3.6. EVLİLİK UYUMUNU YORDAYAN FAKTÖRLER

Bu bölümde DEHB grubundaki çiftlerin ve sağlıklı gruptaki çiftlerin evlilik uyumunu yordayan faktörler her grup için ayrı ayrı incelenmiştir. Bu doğrultuda gruplar için yapılan korelasyon analizi sonucunda evlilik uyumuyla yüksek ilişkili olduğu belirlenen değişkenler ele alınarak örneklem sayıları küçük olduğu için bootsrap (özyükleme/yeniden örnekleme) yöntemi (1000 kişilik örneklem) ile çoklu hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır (Enter method). Özyükleme işlemi temelde var olan örneklemi belirlenen sayıda çoğaltarak bir örneklem elde etme işlemidir ve sonsuz bir evrenden örnekleme ile benzer etkiye sahiptir. Yanı sıra regresyon analizi için gerekli çoklu normallik varsayımı gibi parametrik testlere özgü temel varsayımların karşılanmasını gerektirmemektedir (Baykul, çev. 2017). Bu işlem için SPSS üzerinde çalıştırılan Preacher ve Hayes (2008) tarafından önerilen bir makro eklentisi kullanılmıştır.

Her iki grup için de eğitim, gelir, evlilik süresi ve çocuk sayısı gibi sosyodemografik değişkenler evlilik uyumu ile ilişkili bulunamadığından regresyon analizine dahil edilmemiştir. DEHB grubundaki çiftler için ilk adımda çatışma sıklık puanı; ikinci adımda ise BEDÖ'ye ait güvenilebilirlik puanı ve olumsuz özellikler toplam puanı regresyon denklemine dahil edilmiştir. Sağlıklı gruptaki çiftler için ise ilk adımda çatışma sıklık puanı ikinci adımda ise olumsuz ve geri çekilme çatışma çözüm stili puanı eklenmiştir.

Regresyon analizine ait bulgular Tablo 3.12'de verilmiştir.

Analizler sonucunda evlilikteki çatışma sıklığı DEHB grubunda (B= −.10 [−16, −.05], p =.003) ve kontrol grubunda (B=.-22 [−32, −.13], p =.001) evlilik uyumuyla ilişkili bulunmuştur. Çatışma sıklığı DEHB grubunda varyansın %52'sini açıklamıştır ($F_{(1,59)}$ = 63,14 p <.001). İkinci adımda ise DEHB grubunda BEDÖ güvenilebilirlik puanı (B=.44 [.20,.67], p=.001) ve olumsuz özellikler puanı (B= -.10 [-.21,.01], p=.085)

birlikte varyansın %15'ini açıklamış ($F_{(3,57)}$ = 38,57 p <.001) böylelikle açıklanan toplam varyans %67'ye yükselmiştir. Ancak burada olumsuz özellikler puanının varyansı açıklama oranının anlamlı olmadığı görülmektedir. DEHB grubu için uygulanan regresyon modeli olumsuz özellikler puanı denklemden çıkarılarak test edildiğinde çatışma sıklığı puanının evlilik uyumunu yordama düzeyi değişmemiş (B= −.11 [−17, −.07], p =.001) ve varyansın %52'sini açıklamıştır (F(1,59) = 63,14 p <.001).BEDÖ güvenilebilirlik puanı ikinci blokta tek başına regresyon denklemine eklendiğinde varyansın %13'ünü açıklamış (B=.53 [.31, .73], p=.001) ve evlilik uyumu değişkeni için açıklanan toplam varyans %65'e düşmüştür ($F_{(2,58)}$ = 54,14 p <.001).

Kontrol grubunda çatışma sıklığı varyansın %28'ini açıklarken ($F_{(1,85)}$ = 32,36 p <.001); ikinci adımda olumsuz çatışma çözüm stili (B=.-56 [-.99, .-35], p=.001) ve geri çekilme çatışma çözüm stili (B=.-22 [-.36, .-09] p=.001) birlikte varyansın % 19'unu açıklamıştır ($F_{(3,82)}$ = 23,97 p <.001). Toplam varyans %47'ye ulaşmıştır.

Özetle regresyon analizi sonucunda, eşlerden birinin DEHB tanısı aldığı çiftlerde evlilik uyumunu; evlilikte çatışma sıklığı %52 oranında, eşin güvenilebilir olarak veya bağımlı, kontrolcü ve kopuk olarak nitelendirilen olumsuz özelliklere sahip biri olarak değerlendirmesi ise %15 oranında yordarken, modele dahil edilen değişkenlerin tamamı evlilik uyumunu %67 oranında açıklamaktadır. Çatışma sıklığının artması, eşin güvenilebilirlik düzeyinin düşük, olumsuz özelliklerinin yüksek olması evlilik uyumunu azaltan faktörlerdir. Kontrol grubundaki çiftlerde ise evlilikteki çatışma sıklığı %28 oranında, olumsuz çatışma çözüm stili ve geri çekilme çatışma çözüm stilinin kullanımı ise %19 oranında bu çiftlerin evlilik uyumunu yordamaktadır. Regresyon denkleminde yer alan değişkenlerin tamamı evlilik uyumuna ait varyansı %47 oranında açıklamaktadır. Diğer bir deyişle sağlıklı kontrol grubundaki çiftlerin çatışma sıklığında, olumsuz ve geri çekilme çatışma çözüm stillerinin kullanımında artış olması evlilik uyumunu azaltan faktörler olarak belirlenmiştir.

Tablo 3.12. Çiftlerin Evlilik Uyumunu Yordayan Değişkenlere İlişkin Çoklu Hiyerarşik Regresyon Analizi Bulguları

Yordayıcılar	**DEHB Grubu (N:61)**			**Kontrol Grubu (N:86)**		
	ΔR^2	Bias (SS)	B[95%CI]	ΔR^2	Bias(SS)	B [95%CI]
Toplam	.67					
1	.52					
Çatışma Sıklığı		.-00 (.03)	.-10**[.-16,.-05]			
2	.15					
Güvenilebilirlik (BEDÖ)		.-00 (.12)	.44**[.20, .67]			
Olumsuz Özellikler (BEDÖ)		.00 (.06)	-.10 [-.21,.01]			
Toplam	.65					
1						
Çatışma Sıklığı	.52	.-00 (.03)	−.11 [−17,−.07]			
2						
Güvenilebilirlik (BEDÖ)	.13	.-00 (.11)	.53** [.31, .73]			
Toplam				.47		
1				.28		
Çatışma Sıklığı					.-00 (.05)	.-22** [.-32,.-13]
2				.19		
Olumsuz ÇÇS					.-04 (.16)	.-56** [-.99,.-35]
Geri Çekilme ÇÇS					.-00 (.07)	.-22** [-.36,.-09]

1000 kişilik bootstrap örneklemine göre; B = standardize olmayan beta.
** p≤.01.

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

Bu araştırmanın temel amacı DEHB tanısı alan evli çiftler ile sağlıklı çiftler arasında evlilik uyumu, evlilikteki çatışma düzeyi, çatışma çözme biçimleri ve eşlerin birbirine ilişkin değerlendirmeleri açısından farklılık olup olmadığının araştırılmasıdır. Yanı sıra elde edilen sosyodemografik verilere ilişkin bilgilerin değerlendirilmesi de amaçlanmıştır. Bu bağlamda araştırmaya katılan bireylerden elde edilen verilerin analizi sonucunda ulaşılan bulgular bu bölümde temel sorular ve alanyazın bilgileri ışığında tartışılacaktır.

4.1.BETİMSEL İSTATİSTİKLERE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

DEHB olan bireylerle yapılan çalışmalarda DEHB tanısının kadınlardan daha çok erkeklerde görüldüğü bildirilmektedir (APA, 2013; Biederman ve ark., 1993; Özkorumak, Özten ve Tiryaki, 2013; Özmen ve Özmen, 2012). Mevcut çalışmada ise tanı alan bireylerin cinsiyet açısından birbirine yakın sayılarda olduğu görülmüştür. Örneklem sayısının düşük olması, bir tarama çalışması olmayıp yalnızca gönüllü katılımcıları içermesi sebebiyle kadın/erkek oranının diğer çalışmalarla tutarlılık göstermemiş olabileceği düşünülmektedir. Nitekim DEHB tanısının kadın ve erkekler arasında dağılımına ilişkin bir bilgi sağlamak bu araştırmanın amaçları arasında yer almamaktadır.

DEHB üzerine yapılan bazı araştırmalar tanı alan kişilerin sağlıklı bireylere göre iş ve eğitim alanında daha fazla sorun yaşadığı (Biederman ve ark., 2006; Tuğlu ve Öztürk Şahin, 2010), daha kısa süre eğitim aldığı ve bir üniversiteden mezun olma oranlarının daha düşük olduğu (Murphy, Barkley ve Bush, 2002) yönünde bulgulara

işaret etmektedir. Bu çalışmada ise tanı alan gruptaki katılımcılarının eğitim düzeyinin yüksek olduğu ve çoğunluğunun üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Bu bireylerin eğitimsiz bireylere göre yaşadıkları güçlükleri ve ipuçlarını değerlendirip çözüm arayışı ile daha fazla psikiyatri servisine başvuruyor olabileceği düşünülmekte ve alanyazında da psikiyatri polikliniklerine başvuran bireylerin eğitim düzeyinin çoğunlukla yüksek olduğunu bildiren çalışmaların mevcut olduğu görülmektedir (Aras, Ünlü ve Taş, 2007; Yaşan ve Gürgen, 2004). Ayrıca eğitim düzeyi yüksek bireylerin bilimsel araştırma süreçlerine aşina olmaları sebebiyle çalışmaya katılma konusunda daha fazla gönüllü oldukları düşünülmektedir. Benzer sebeplerle DEHB grubundaki bireylerin sosyoekonomik düzey bakımından iyi olduğu ve bu bulgunun DEHB'li bireylerin sosyoekonomik düzeyinin daha düşük olduğu yönündeki araştırma bulgularıyla uyumlu olmadığı düşünülmektedir (Biederman ve ark.,1993).

Katılımcıların iş değiştirme sayıları ve iş değiştirme sebepleri değerlendirildiğinde; DEHB tanısı alan bireylerin daha fazla iş değiştirdiği ve iş değiştirme sebeplerine dair verilen açık uçlu yanıtlarda genellikle çalışma şartlarından memnuniyetsizlik, tatminsizlik ve daha iyi şartlarda çalışma arayışı gibi bireysel nedenlerin öne çıktığı görülmüştür. Elde edilen bulgu; DEHB tanısı alan bireylerde iş bırakma ve iş değiştirme oranlarının daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalarla uyumludur (Biederman ve ark., 2006; Murphy ve Barkley, 1996). Bu bireylerin sık iş değiştirme ve mevcut çalışma şartlarından memnun olmayarak sıklıkla daha iyi iş arayışı, uyarım etkisini sürdürmek istemeleriyle ilişkili olabilir (Pera, çev. 2013; Robbins, 2005). Sağlıklı grupta ise iş değiştirme sayısının daha az olduğu iş değiştirme sebeplerinin ise genellikle kamuya geçiş, tayin, atama ve işverene bağlı diğer faktörlerle ilişkili olduğu görülmüştür.

Çalışmaya katılan çiftlerin ortalama evlilik süresi yaklaşık 8 yıl olarak belirlenmiş ve bu sürenin 6 ay ile 36 yıl arasında değiştiği görülmüştür. Alanyazında

evlilik üzerine yapılan araştırmalarda, genel olarak katılımcıların en az bir yıl süreyle evli olmalarına dikkat edildiği görülmektedir (Haj-Yahia, 2002; Katz ve Low, 2004; O'Leary ve Williams, 2006, South, Turkheimer ve Oltmanns, 2008; Tutarel-Kışlak ve Çabukça, 2002). Ancak bu çalışmada klinik grupla çalışılması başlı başına ulaşılması planlanan örneklemi sınırlayıcı bir faktörken; evli olmak, eş tanılı olmamak, eşin majör bir tanı almamış olması gibi katılımcı sayısını daha da azaltacak kısıtlayıcı faktörler belirlenmiştir. Dolayısıyla çalışmaya katılacak kişilerin evlilik süresi açısından da sınırlandırılması yeterli örnekleme ulaşılmasını güçleştireceğinden ve çalışmanın tamamlanabilmesi için sahip olunan süre kısıtlı olduğundan böyle bir sınırlama yapılması mümkün olmamıştır. Bu durum araştırmamızın sınırlılıklarından biri olarak gösterilebilir ancak alanyazında 1 yıldan daha az süreyle evli bulunan kişilerin dahil edildiği ya da evlilik süresi için belli bir kriterin gözetilmediği çalışmalar da mevcuttur (Baron, Smith, Butner, Nealey-Moore, Hawkins ve Uchino, 2007; Cordova ve ark., 2014; Şener ve Terzioğlu, 2002; Whisman, Rhee, Hink, Boeldt ve Johnson, 2014). 'Yeni evli' bireyler olarak nitelendirilen kişilerle yapılan boylamsal çalışmalarda evlilik süresinin 6 aydan az olmasına dikkat eden çok sayıda araştırmanın varlığı (Frye ve Karney, 2006; Gottman ve Driver, 2005; Hellmuth ve McNulty, 2008; Lawrence ve Bradbury, 2007; Rogge ve Bradbury, 1999), en az 6 aydır evli bireylerin yeni evli sayılmayabileceğini ve evlilik uyumunun değerlendirilmesinde minimum sürenin 6 ay olabileceğini düşündürmektedir. Bu çalışmaya katılan çiftlerin de en az 6 aydır evli olduğu ve yapılan analizlerde evlilik süresinin; evlilik uyumu başta olmak üzere hiçbir ölçek puanıyla istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkisinin olmadığı görülmektedir. Dolayısıyla evlilik süresinin örnekleme dahil edilmeyi belirleyici bir faktör olarak ele alınmamasının çalışmanın sonuçlarını etkilemediği düşünülmektedir. Nitekim alanyazında bu çalışmadan elde edilen bulguyu destekler nitelikte; evlilik süresinin

evlilik uyumu için yordayıcı olmadığı bulgusuna ulaşan çalışmalar da mevcuttur (Fışıloğlu, 1992; Tutarel-Kışlak ve Çabukça, 2002).

Araştırmacılar dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğundan muzdarip olan kişilerin tanı almadıklarında hastalığın yaşamlarındaki etkilerinden dolayısıyla da tedaviden habersiz kaldıklarını belirtmektedir (Cordova, Gee ve Warren, 2005). Bu kişilerin uygun tedaviye erişememesi de evlilikleri üzerinde yıkıcı etkiler yaratabilmektedir (Pedro, Ribeiro ve Shelton, 2015). Bununla ilişkili olarak bazı araştırmalarda DEHB'si olan bireylerde boşanma ve birden fazla evlilik öyküsünün sık karşılaşılan bir durum olduğu bildirilmiştir (Biederman ve ark., 2006; Eakin ve ark., 2004; Murphy ve Barkley, 1996). Bu çalışmada ise katılımcılara birden fazla evlilik öyküsü olup olmadığı sorulmuş ancak yalnızca DEHB grubunda 1 katılımcının birden fazla evlilik öyküsü olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte; veri toplama sürecinde ulaşılan tanı almış evli bireyler içerisinde yakın zamanda boşandığını ya da boşanma sürecinde olduğunu belirterek araştırmaya katılmayı reddeden kişilerin olduğu izlenmiştir. İstatistiksel açıdan test edilebilir düzeyde bilgi elde edilmemiş olmasına karşın bu durum alanyazından elde edilen bulgularla uyumlu görünmektedir.

DEHB tanısı ile ilişkili risk faktörleri açısından bakıldığında bu bireylerde sigara, alkol ve madde kullanımının daha fazla olduğu, polisle başlarının derde girdiği, şiddet içermeyen yasal sorunlarla sık karşılaştıkları ve trafik suçu işledikleri görülmektedir (Barkley, Murphy ve Fischer, 2008; Barkley, Murphy ve Kwasnik, 1996; Biederman ve ark., 1993; Biederman ve ark., 2006; Kollins, McClernon ve Van Voorhees, 2010; Kollins ve ark., 2013; Morrison, 1979; Murphy ve Barkley, 1996; O'Malley, McHugh, Mac Guollabhui ve Bramham, 2016; Tuğlu ve Öztürk Şahin, 2010; Weiss, Hechtman, Milroy ve Perlman, 1985). Alanyazından elde edilen bilgilerle tutarlı olarak bu çalışmada da DEHB tanısı alan bireylerin sigara, alkol ve madde kullanım oranlarının yanı sıra polisle başlarının derde girmesi ve trafik cezası alma oranlarının

kontrol grubuna göre daha fazla olduğu görülmüştür. Bir diğer risk faktörü olarak bu kişilerde intihar düşünce ve girişimlerinin daha yüksek oranda görüldüğü bilgisine ulaşılmıştır. Yapılan çalışmalar DEHB tanısı alan ergenlerin ve yetişkinlerin intihar riskinin fazla olduğunu, eş tanı olması durumunda bu riskin arttığını ancak eş tanı bulunmasa bile DEHB tanısının intihar riskini arttırdığını göstermektedir. Ayrıca bu riskin DEHB semptomlarının şiddetiyle ilişkili olduğu ve belirti düzeyi arttıkça intihar riskinin de arttığı bildirilmektedir (APA, 2013; Berkol, Yargıç, Özyıldırım ve Yazıcı, 2014; Furczyk ve Thome, 2014; Huemer ve ark., 2016; Lan ve ark., 2015; Manor ve ark., 2010; Meza, Owens ve Hinshaw, 2016; Reinhardt ve Reinhardt, 2013; Stickley, Koyanagi, Ruchkin ve Kamio, 2016; Taylor, Boden ve Rucklidge, 2014; Tuğlu ve Öztürk Şahin, 2010).

Araştırmada DEHB tanısı alan bireylerin medikal tedavileri hakkında bazı bilgiler edinilmiştir. Buna göre katılımcıların büyük çoğunluğu DEHB tanısı için geçmişte medikal tedavi görmüş veya görmeye devam etmekte ancak yine de DEHB ile ilişkili sorunlar yaşamaktadır. Ailedeki DEHB oranlarına bakıldığında DEHB tanısı alan bireylerin %21'i çocuklarında DEHB tanısı olduğunu bildirmiştir. Ancak çocuk sahibi olanlar içerisinde bakıldığında %33'ünün çocuklarında DEHB tanısı bildirdiği görülmüştür. Yapılan başka bir araştırmada ise DEHB tanısı alan yetişkinlerin çocuklarının %63'ünde DEHB tanısına rastlandığı belirtilmektedir (Minde ve ark., 2003).

4.2. ORTALAMALAR ARASI FARKLILIKLARA AİT BULGULARIN TARTIŞILMASI

DEHB tanısı alan bireyler, eşleri ve sağlıklı gruptaki çiftler arasında araştırmanın değişkenlerini oluşturan evlilik çatışmaları, evlilik uyumu, çatışma çözüm stili ve eşlerin birbirleri hakkındaki değerlendirmeleri açısından farklılıklar olduğu

belirlenmiştir. Elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde; DEHB tanısı alan bireyler ve eşleri sağlıklı gruptaki katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha fazla çatışma yaşadıklarını ve evliliklerinde daha az uyumlu olduklarını bildirmiştir. Eşler arasında t-testi ile yapılan analizlere göre DEHB'li bireyler eşlerine göre evlilik uyumlarını anlamlı düzeyde düşük olarak değerlendirmiştir. Yanı sıra hem DEHB tanısı alanlar hem de eş grubundaki katılımcılar sağlıklı çiftlere kıyasla daha fazla olumsuz çatışma çözümüne başvurmakta; t-testi ile yapılan çiftler arası karşılaştırma sonuçlarına göre DEHB'li bireyler eşlerinden daha fazla olumsuz çatışma çözüm stili göstermektedir. Olumlu çatışma çözüm stili açısından ise DEHB grubundaki katılımcıların eşlerinden ve sağlıklı gruptan anlamlı düzeyde düşük puan aldığı saptanmıştır. Boyun eğme çatışma çözüm stili açısından yalnızca DEHB grubundaki bireylerin sağlıklı gruptan daha az boyun eğme çatışma çözüm stili sergilediği belirlenirken geri çekilme çatışma çözüm stili açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır. DEHB tanısı alan bireyler ve eşleri; birbirlerini hem daha kontrolcü hem de olumsuz özelliklerin tamamı (kopukluk, kontrolcülük, bağımlılık) bakımından daha olumsuz değerlendirmektedir. DEHB grubundaki katılımcılar eşlerini sağlıklı gruba göre daha az güvenilir olarak değerlendirmiş ancak eşlerinin kendilerini güvenilir bulma dereceleri ile farklılık göstermemişlerdir. DEHB-EŞ grubundaki katılımcılar ise eşlerini (DEHB tanısı alan bireyleri) sağlıklı gruptaki çiftlere göre daha bağımlı olarak değerlendirmiş; kopukluk puanları açısından gruplar arasında farklılık izlenmemiştir.

Araştırma sonuçlarının genel olarak alanyazınla uyumlu biçimde; DEHB tanısı alan bireylerin evlilik ilişkilerinde olumsuz örüntülerin hakim olduğu yönündeki bulguları destekler nitelikte olduğu görülmektedir (APA, 2013; Faraone ve ark., 2000; Minde ve ark., 2003; Murphy ve Barkley, 1996; Özkorumak ve ark., 2013; Vegt ve ark.,2007). Ancak istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamış olmasına karşın ortalama puanlar açısından bakıldığında DEHB tanısı alan bireyler eşlerine göre

evlilikteki çatışma düzeyini daha fazla; evlilik uyumlarını ise anlamlı düzeyde daha az algılamaktadır. Bu bilgi Eakin ve arkadaşları (2004) tarafından belirtilen DEHB'li bireylerin evlilik yaşantılarına ilişkin algılarının eşlerinden daha olumsuz olduğu yönündeki bulguyla tutarlılık göstermektedir. Aynı ilişki içerisinde DEHB'li bireylerin evliliklerini eşlerinden daha olumsuz algılaması bu kişilerde olumsuz duygulanımın hakim olması ve bu duyguları diğer bireylere göre olduğundan daha şiddetli deneyimlemeleriyle ilişkilendirilebilir (APA, 2013; Fleming ve Snell, 2008; Knouse ve ark., 2008).

DEHB tanısı alan katılımcılar evliliklerinde olumlu ve boyun eğici çatışma çözüm stilini daha az; olumsuz çatışma çözüm stilini ise daha fazla kullanmaktadır. Bu kişilerin daha öfkeli, sabırsız, engellenme eşiği düşük, empati becerileri bakımından daha zayıf ve duruma uygun tepkiler verme konusunda zorluk yaşayan kişiler olması; neden ilişkideki uyumu olumsuz etkileyecek çatışma çözme davranışları sergilediklerini açıklamaktadır. Araştırmacılar, DEHB tanısı alan bireylerin olumsuz davranışlarının kendini izleme konusundaki güçlüklerinin yanı sıra abartılmış bir kendine güven ve yeterlilik duygusuyla ilişkili olabileceğini bildirmektedir (Canu ve Carlson, 2007; Canu ve ark., 2014; Evangelista, Owens, Golden ve Pelham, 2008; Knouse ve ark., 2005). Kullanılan bu çatışma çözüm yolları DEHB'li bireylerin evlilik ilişkilerinde uyumun azalması ve çatışmaların artmasıyla da ilişkili gibi görünmektedir. Nitekim araştırmacılar olumlu ve boyun eğici çatışma çözüm stillerinin evlilik uyumuyla pozitif, olumsuz çatışma çözüm stillerinin ise negatif ilişkili olduğunu bildirmektedir (Gottman ve Levenson, 2000; Öner, 2013; Soylu ve Kağnıcı, 2015). Evlilik içerisinde bireylerin kendi fikirlerini savunmama ve eşin isteklerine uyum sağlama şeklindeki boyun eğme davranışlarının evlilik uyumu ile pozitif ilişkili olması Soylu ve Kağnıcı (2015) tarafından kültürel özelliklerimizle ilişkilendirilmektedir. Boyun eğme ve karşı tarafın isteklerini kabullenme davranışlarının eşler arasında çatışmayı azaltan bir unsur

olabileceği göz önüne alınırsa; çatışmaların azalması da doğrudan evlilik uyumunun artmasıyla ilişkilendirilebilir. Dolayısıyla bu bireylerin evlilik uyumunun daha az olmasında boyun eğici davranışların nispeten daha az sergilenmesinin payı olduğu sonucu çıkarılabilir. DEHB tanısı alan bireylerin inatlaşma, uyarım sağlamak için çatışma yaratma ya da çatışmayı sürdürme gibi eğilimleri sebebiyle de boyun eğici davranışlara daha az yönelmelerinin beklenen bir sonuç olabileceği düşünülmektedir.

Geri çekilme çatışma çözüm stili açısından gruplar arasında farklılık saptanmamıştır. Araştırmacılar bu alt boyutun evlilik uyumuyla ilişkili bulunamadığını ve olasılıkla bireysel boyuttaki farklı değişkenlerle ilişkili olabileceğini belirtmektedir (Özen, Salman-Engin ve Sakallı-Uğurlu, 2016). Bu bilgi çiftlerin ve evlilik ilişkilerinin değerlendirildiği bu çalışmada geri çekilme puanları arasında farklılık bulunamamasını açıklamaktadır. Ayrıca; ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışmaları sırasında bu boyutun iç tutarlılık, ölçüt bağlantılı geçerlik ve faktör analizindeki varyans açıklama oranı bakımından diğer boyutlar arasında en düşük değerlere sahip alt boyut olduğu dikkat çekmiş ve söz konusu boyuttaki maddelerin bu örneklem grupları için geri çekilme davranışlarını yeterince iyi değerlendirmemiş olabileceğini düşündürmüştür.

Araştırmanın bir diğer önemli bulgusu eşlerin karşılıklı olarak birbirlerine ait değerlendirmelerini içeren güvenilebilirlik, kontrolcülük ve bağımlılık alt boyutlarına ilişin bulgulardır.

Güvenilebilirlik alt boyutu açısından yalnızca DEHB'li katılımcılar eşlerini sağlıklı gruptakilere göre daha az güvenilebilir değerlendirmekte ve bu durumun yine olumsuz duygulanımın abartılı şekilde deneyimlenmesiyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. DEHB-EŞ grubundaki katılımcılar sağlıklı gruptan anlamlı farklılık göstermemekte ancak ortalama puanlar açısından bakıldığında onlar da eşlerini daha az güvenilebilir olarak nitelendirmektedir. Bu durum ise DEHB'li bireylerin sık sık

sorumluluklarını unutmaları, sorumluluk almaktan kaçmaları, tutarsız davranışlar sergilemeleri ve yetersiz sorun çözme becerileri ile ilişkili gibi görünmektedir.

Kontrolcülük alt boyutu açısından bakıldığında DEHB ve eşleri grubunun sağlıklı gruptan anlamlı düzeyde daha fazla birbirlerini kontrolcü olarak nitelendirdikleri görülmekte ve anlamlı bir farklılık içermemesine rağmen DEHB tanısı alan bireylerin eşlerinden daha yüksek puan aldıkları ve eşlerini daha kontrolcü olarak gördükleri izlenmektedir. Bu durum DEHB tanısı alan eşin ilişkideki sorumluluklarını aksatması, sık sık hata yapması ve evlilik ilişkisini tehlikeye sokabilecek düzeyde maddi manevi kayıplara yol açabilmesi sebebiyle eşleri tarafından daha fazla denetlenmekte olduklarını akla getirmektedir. Benzer şekilde bağımlılık alt boyutu açısından bakıldığında da DEHB-EŞ grubundaki bireylerin eşlerini sağlıklı çiftlerle kıyaslandığında daha bağımlı olarak değerlendirdikleri görülmektedir. Bu noktada DEHB'li bireylerin eşleri tarafından fazlaca kontrol ediliyor olmaları bu kişilerin eşlerine daha fazla bağımlı olmalarıyla da açıklanabilir. Sıklıkla denetlenen ve dikkatsizce hataları ve/veya ilişkide yerine getirmediği sorumlulukları sebebiyle zarar verici sonuçlara yol açan DEHB'li birey bir süre sonra hata yapma korkusuyla pek çok sorunun çözümü için eşine bağımlı özellikler sergileyebilir. DEHB-EŞ grubundaki bireylerin eşlerini kontrolcü olarak değerlendirmeleri ise bu kişilerin özellikle dürtüsel davranışlarla açıklanabilecek müdahaleci tutumlarıyla ilişkilendirilebilir (Pera, çev. 2013).

Kopukluk alt boyutu açısından bakıldığında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar saptanmamış ancak DEHB grubundaki çiftlerin sağlıklı gruba göre daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür. Bu DEHB tanısı alan bireyler ve eşlerinin birbirlerini sağlıklı gruba göre daha kopuk olarak değerlendirdiği anlamına gelmektedir. DEHB'li bireylerin duygusal ipuçlarını takip edememeleri, ilişki içerisinde gereken özeni ve özveriyi sağlamıyor gibi görünmeleri, evlilik sorunları ile birlikte doyumu

azalan eşin ise ilişkiye dair duygu ve düşüncelerinin bunlardan olumsuz etkilenmesi sonucunda her iki eşin de birbirini evlilikten kopuk olarak değerlendirmesi beklenen bir sonuç gibi görünmektedir.

DEHB, DEHB-EŞ ve kontrol grubu için ayrı ayrı yapılan cinsiyet karşılaştırmalarında sağlıklı grup açısından hiçbir alt ölçek için farklılık bulunamazken; DEHB ve DEHB-EŞ grubunda kadınların olumlu çatışma çözüm stilini erkeklerden daha fazla kullandığı ancak sağlıklı grupta böyle bir farklılığın olmadığı görülmüştür. Bu durumun mevcut araştırmanın içeriğinde yer almayan başka değişkenlerle ve kişisel faktörlerle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Nitekim araştırmacılar; kişilik özellikleri ile ilişkili değişkenlerin kullanılan çatışma çözüm stiliyle yakından ilişkili olduğunu bildirmektedir (Schneewind ve Gerhard, 2002; Taysi, 2010). Yalnızca DEHB-EŞ grubunda ise erkeklerin boyun eğme çatışma çözüm stilini kadınlardan fazla kullandığı gözlenmiştir. Öner (2013) tarafından yapılan çalışmada erkeklerde boyun eğici davranışların artmasının evlilik uyumunun artmasıyla ilişkili olduğu belirtilmiştir. Buna göre; eşleri DEHB tanısı alan erkekler evlilik içerisindeki dengelerin korunması ve uyumun sürdürülebilmesini sağlamak üzere daha fazla boyun eğici davranış sergiliyor olabilirler. Son olarak; DEHB belirtileri düzeyinin cinsiyet açısından anlamlı farklılık göstermediği bulgusuna ulaşılmış ve daha önce yapılan çalışmalarla tutarlı olduğu görülmüştür (Öncü, Ölmez ve Şentürk, 2005; Özmen ve Özmen, 2012).

Bu bölümde istatistiksel açıdan anlamlılık göstermemesine karşın DEHB ve DEHB'EŞ grubu arasında da farklılıklar olduğundan söz edilmiştir. Söz konusu farklılıkların örneklem sayısının küçük olmasıyla ilişkili olarak anlamlı çıkmamış olabileceği ancak yine de gruplar arasındaki farkların vurgulanması gerektiği düşünülmüştür. Eakin ve arkadaşlarının (2004) araştırmasında da bazı değişkenler bakımından eşler arasında anlamlı farklılıklar olmamasına karşın, ölçülen pek çok değişken bakımından DEHB tanısı alan bireyler lehine puan farklılıkları olduğu göze

çarpmakta ve benzer şekilde örneklemin küçük olmasının sonuçları etkilemiş olabileceğine değinilmektedir. Puanlar arasında anlamlı farklılık olmamasının gruplar arasındaki farkın yok sayılması anlamına gelmeyeceği de ayrıca vurgulanmaktadır.

4.3. ÇALIŞMANIN DEĞİŞKENLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİLERE AİT BULGULARIN TARTIŞILMASI

Araştırmadan elde edilen ölçek puanları ve bazı sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkiler incelenirken DEHB grubu ve kontrol grubu çiftler olarak ele alınmıştır. Ancak bu ilişkilerin incelenmesinden önce DEHB tanısı alan bireylerin yaş ve evlilik süresi gibi sosyodemografik değişkenleri, alkol kullanım sıklığı, iş değiştirme sayısı, trafik cezası alma sayısı gibi DEHB ile ilişkili bazı özellikler ve diğer ölçek puanları ile WUDÖ ve ASRS ölçek puanları arasındaki ilişkiler ele alınmıştır. Bulgular; ASRS/Dikkat eksikliği puanı ile alkol kullanımı, çatışma yaygınlığı, çatışma sıklığı ve BEDÖ kontrolcülük alt boyutu puanları arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki olduğunu; ASRS/Dikkat eksikliği puanı ile yaş, evlilik süresi ve evlilik uyumu arasında ise orta düzeyde negatif bir ilişki olduğunu göstermektedir. DEHB tanısı alan bireylerde dikkat eksikliği belirtileri arttıkça alkol kullanımı ve evlilikteki çatışmalar artmakta; evlilik uyumu ise azalmaktadır.

Dikkatsizlik belirtileri yoğun olan kişilerin sosyal olarak daha utangaç göründüğü ve sosyal fobi geliştirmeye yatkın olduğu; kişilerarası ilişkileri başlatmak ve sürdürmekle ilgili güçlük yaşadığı bildirilmektedir (Koyuncu, 2016; Rapport, Friedman, Tzelepis ve Voorhis, 2002). Değişkenler arasında belirlenen ilişkilere bakıldığında; bireylerde dikkat eksikliği belirtileri arttıkça alkol kullanım sıklığının artması bu kişilerin sosyal alanlardaki zorluklarıyla ilgili olabilir. Dikkat eksikliği fazla olan kişilerin sosyal alandaki zorluklarını aşmak; kişilerarası ilişkilere girmek, bu ilişkileri

sürdürmek ve sosyal ortamlarda daha rahat hissetmek amacıyla alkol kullanımına yönelebilecekleri söylenebilir.

DEHB şiddeti ile ilişki kalitesi arasında negatif bir ilişki olduğunu gösteren araştırmalarda DEHB'nin romantik ilişkilerde zarar verici bir rolü olduğu üzerinde durulmaktadır (Bruner, Kuryluk ve Whitton, 2015). Bu anlamda dikkat eksikliği belirtileri arttıkça çatışmaların artması ve evlilik uyumunun azalması ise araştırmanın beklenen sonuçlarından biridir. Dikkatini odaklamak ve sürdürmekte zorluk yaşayan birey, ilişkideki maddi, sosyal ve duygusal sorumluluklarını sürdürmekte sorunlar yaşayacak bu da çatışmaları beraberinde getirecektir.

Korelasyon analizleri sonucunda yaş ve evlilik süresi arttıkça dikkat eksikliği belirtilerinin azaldığı görülmektedir. Bu bulguyla tutarlı olarak araştırmacılar DEHB belirtilerinin yaşla birlikte genel bir azalma gösterdiğini bildirmektedir (Biederman, Nick ve Faraone, 2000; Ercan, 2007; Öner ve ark., 2012; Tuğlu ve Öztürk Şahin,2010). Ayrıca; yaş arttıkça dikkat eksikliği belirtilerinin azalması bu süreçte sorunlarıyla baş etmeyi daha iyi öğrenmiş olmalarıyla da ilişkilendirilmektedir. Evlilik süresi ile dikkat eksikliği belirtilerinin negatif ilişkili olması ise birkaç şekilde açıklanabilir. Yaş arttıkça bireylerin evlilik süreleri de artacağından söz konusu ilişkinin kaynağı evlilik süresinden ziyade yine yaşla ilgili olabilir. Dikkat eksikliğinin evlilik ilişkilerindeki bozucu etkileri göz önüne alınırsa; belirtilerin şiddeti arttıkça yaşanan sorunların daha büyük olacağı ve bu gibi durumlarda evliliklerin daha kısa ömürlü olabileceği düşünülebilir. Son olarak evlilik ilişkilerinin gerek fiziksel sağlık gerekse psikolojik iyi oluş üzerinde etkili olduğunu bildiren araştırmalar dikkate alındığında bu kişilerin evliliğin olumlu etkileriyle birlikte dikkat eksikliği belirtilerinde bir azalma yaşayabilecekleri düşünülmektedir (Coombs, 1991; Gallo, Troxel, Matthews ve Kuller, 2003; Gova,1973; Yüksel ve Dağ, 2015; Warheit, Holzer, Bell ve Arey, 1976). Bu araştırmada örneklem sayısının kısıtlılığı sebebiyle DEHB tanısı alan bireyler alt tiplere

göre sınıflandırılmamıştır ancak yalnızca ASRS/Dikkat eksikliği puanlarıyla bazı değişkenler arasında ilişkilerin gözlenmesi, yetişkinlikte hiperaktivite belirtilerinin büyük çoğunlukla kaybolması; ancak dikkat eksikliği belirtilerinin daha kalıcı bir gidiş sergilemesi dolayısıyla da katılımcıların çoğunlukla dikkat eksikliği alt tipinde olmasıyla ilişkilendirilebilir.

Bir önceki bölümde DEHB tanısı alan bireylerin eşlerini daha kontrolcü olarak değerlendirdikleri ve bu durumun sıkça hata yapmaları sebebiyle eşleri tarafından denetlenmeleriyle ilişkili olabileceği belirtilmişti. Burada da destekleyici bir bulgu olarak dikkatsizlik belirtileri arttıkça bu kişilerin eşlerini daha fazla kontrolcü olarak değerlendirdiği bulunmuştur. Dikkat eksikliği belirtilerinin artması ilişkide problemlere yol açacak hataların da artması anlamına gelebileceğinden bu kişilerin eşlerinin de daha fazla kontrolcü davranma eğilimi gösterebileceği düşünülmektedir.

DEHB grubundaki çiftler ve sağlıklı gruptaki çiftler için yapılan korelasyon analizlerinde tüm ölçek puanlarının yanı sıra sosyodemografik değişkenlerden eğitim düzeyi, gelir düzeyi, evlilik süresi ve çocuk sayısı ele alınmıştır. Ancak bunlardan hiçbirinin ölçek puanlarıyla ilişkili olmadığı görülmüştür.

Her iki grupta da evlilik çatışmaları ve olumsuz çatışma çözüm stilleri ile evlilik uyumu arasında beklenen biçimde negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır.Bu bulgu geçmiş bölümlerde belirtildiği üzere alanyazındaki evlilik uyumu çalışmalarından elde edilen bilgilerle tutarlılık göstermektedir (Johnson ve ark., 2005; Soylu ve Kağnıcı, 2015; Özen, Salman-Engin ve Sakallı-Uğurlu, 2016).

Bazı değişkenler arasındaki ilişkiler açısından DEHB grubuyla sağlıklı grup arasında farklılıklar olduğu gözlenmiştir. Bu değişkenlerden biri BEDÖ'ye ait güvenilebilirlik puanıdır. DEHB grubunda eşlerin birbirini güvenilebilir olarak değerlendirmesi evlilik uyumuyla yüksek düzeyde pozitif ilişki gösterirken, sağlıklı grupta bu ilişkinin düzeyi oldukça zayıftır. Güvenilebilirlik alt boyutundaki maddelerin

‘Beni yatıştırabilir’, ‘Düşüncelidir’, ‘Eşim benimle gurur duyar’ vb. gibi eşlerin birbirlerine güven veren davranışlarını değerlendirdiği düşünülürse; DEHB grubundaki çiftlerin yaşadıkları olumsuzluklar sebebiyle birbirlerine olan güven duygularının sarsıldığı ve söz konusu güven verici davranışların sergilenmesinin evlilik uyumları açısından büyük bir önem arz ettiği düşünülebilir. Nitekim yapılan çalışmalar eşin dürtü kontrol sorunlarının, zayıf sorumluluk duygusunun ve eşlerin birbirini güvenilmez olarak görmelerinin evlilik uyumunu olumsuz etkilediğini göstermektedir. (Bentler ve Newcomb, 1978; Shackelford, Besser ve Goetz, 2008). Sağlıklı grupta ise eşlerin birbirlerini güvenilebilir olarak değerlendirmelerinin evlilik uyumuyla çok zayıf bir ilişki gösterdiği izlenmiştir. Bu durum sağlıklı gruptaki çiftlerin birbirlerini güvenilebilir olarak değerlendirme düzeylerinin çok fazla varyasyon göstermemesi ve yaşanan çatışmalara rağmen birbirlerini güvenilir bulmaya devam etmeleriyle ilişkilendirilebilir.

Sağlıklı grupta ise olumsuz çatışma çözüm stili evlilik uyumuyla orta düzeyde negatif ilişki gösterirken DEHB grubunda bu ilişkinin düzeyinin daha düşük olduğu görülmektedir. Bu durum, olumsuz çatışma çözme davranışı olarak görülen; sinirlendiğinde kırıcı konuşmak, sesini yükselterek kendisini dinletmeye çalışmak gibi davranışların DEHB tanısı alan bireylerde sık karşılaşılan dürtüsel davranışlar olarak görülmesi ve bu gruptaki eşlerin söz konusu davranışları sağlık sorununa atfederek durumla nispeten daha iyi başa çıkmasıyla ilişkilendirilebilir.

Gruplar arasında farklı ilişkiler saptanan başka değişkenlerin de olduğu gözlenmiş ve bunlar araştırmanın bulgular bölümünde açıklanmıştır. Ancak; bu korelasyonların anlamlı olmasına karşın çok düşük düzeyde olduğu belirlendiğinden söz konusu ilişkilerin doğrudan değişkenlerle ilişkili olmayabileceği ve bu ilişkilere karışan farklı faktörlerin görülebileceği düşünülmektedir. Bu nedenle korelasyon analizine ait yalnızca göze çarpan bulgular tartışılmıştır.

4.4. EVLİLİK UYUMUNUN YORDANMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu çalışmada DEHB grubu ve kontrol grubundaki çiftler için ayrı ayrı evlilik uyumunu yordayan faktörlere de bakılmıştır. Regresyon analizinden önce değişkenlerin resgresyon denklemine eklenme sırasına karar vermek üzere yapılan korelasyon analizi doğrultusunda sosyodemografik değişkenlerden hiçbirinin evlilik uyumu ile ilişkili olmadığı görülmüş ve bu değişkenler analize alınmamıştır.

DEHB grubunda evlilik uyumu ile yüksek ilişkili değişkenler denkleme dahil olma sırasına göre çatışma sıklığı, BEDÖ güvenilebilirlik ve olumsuz özellikler puanı olarak belirlenmiştir. Bulgulara göre; bu üç değişkenin evlilik uyumu için açıkladığı toplam varyans %67 olarak belirlenmiştir. Sağlıklı grupta ise evlilik uyumuyla yüksek ilişkili değişkenler regresyon denklemine eklenme sırasına göre çatışma sıklığı, olumsuz ve geri çekilme çatışma çözüm stili olarak belirlenmiştir. Bu üç değişkenin toplam varyans açıklama oranı ise %47 olarak bulunmuştur. Alanyazın incelendiğinde bu çalışmanın bulgularına benzer biçimde evlilikteki çatışma düzeyinin evlilik uyumunun önemli bir yordayıcısı olduğunu belirten araştırmaların olduğu görülmektedir (Hatipoğlu, 1993; Öner, 2013; Şendil ve Korkut, 2012). DEHB grubunda güvenilebilirlik düzeyinin evlilik uyumu için önemli bir yordayıcı olması daha önce de belirtildiği gibi DEHB belirtileri ile ilişkili olarak bu çiftlerin ilişkilerinde güvenilebilirliği düşüren davranış örüntülerine sık rastlanmasıyla açıklanabilir. DEHB belirtilerinin yol açtığı; sorumlulukların unutulması, ilişkide karşı tarafın duygu ve düşüncelerine duyarsız gibi görünme, suçlayıcı ve eleştirel davranma, ipuçlarını takip etmedeki güçlükler sebebiyle diğerinin duygularını anlama ve uygun biçimde destek verme ve eşleri tarafından gösterilen olumlu davranışları görmekte zorluk çekme gibi yaşantılar süreğen bir hal aldığında çiftlerin birbirlerini güvenilemez olarak değerlendirmeleri kaçınılmaz gibi görünmektedir (Pera, çev. 2013). Bu kişilerin

hastalıkla ilişkili sorunlarının sıklıkla kişisel özelliklere atfedilmesi, yaşanan sorunlar için tarafların birbirini suçlaması ve olumsuz atıfların artması çatışmaları çözümsüz bırakmaktadır (Fincham ve Bradbury, 1993; Madden ve Janoff-Bulman, 2016; Murphy, 2015). Böylelikle zaman içerisinde eşlerin birbiri hakkında güvenilebilir olmadıkları yönündeki düşünceleri pekişip yerleşmekte bu da evlilik uyumunu azaltan bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır.

DEHB grubunda evlilik uyumunu yordayan bir diğer faktör eşlerin birbirleri hakkında kopukluk, bağımlılık ve kontrolcülük gibi olumsuz özellikler bakımından yaptığı değerlendirmelerdir. Daha önce belirtildiği gibi bu değerlendirmeler DEHB belirtileriyle yakından ilişkilidir. Dikkat eksikliği sebebiyle unutkan ve sorumsuz bir izlenim veren bireyin yapması gereken işlerin pek çoğunun eşi tarafından takip edilmek durumunda olması ve sık sık kontrol edilmesi; DEHB olan eşin ise ilişkide sorun yaratan durumları tekrarlamamak ve hata yapmamak üzere eşinin yardımına sıklıkla ihtiyaç duyması ve sorun çözme becerilerindeki yetersizlik sebebiyle eşlerine bağımlı özellikler sergilemesi; DEHB'nin yarattığı olumsuzluklar özellikle de uygun bir tedavi ile çözümlenemediğinde her iki tarafın da birbirlerinden kopması mümkün görünmektedir (Pera, çev. 2013).

Sağlıklı gruba bakıldığında olumsuz çatışma çözüm stilinin çatışma sıklığından sonra evlilik uyumunu önemli ölçüde yordadığı görülmektedir. Sağlıklı çiftlerin evlilik uyumu üzerinde olumsuz çatışma çözüm stillerinin kullanılması DEHB grubuna göre daha fazla bozucu bir etki yaratmaktadır. McNulty ve Russell (2010) tarafından yapılan bir araştırmada olumsuz problem çözme davranışlarının özellikle yaşanan sorunlar küçük olduğunda evlilik uyumuyla negatif ilişki gösterdiği belirtilmiştir. Sağlıklı grubun çatışma yaygınlıklarının ve sıklıklarının daha düşük olduğu ve DEHB grubunda aile ilişkileri açısından maddi manevi daha yıkıcı sorunların yaşantılanabildiği düşünüldüğünde; bu çalışmada sağlıklı grubun evlilik uyumuyla olumsuz çatışma

çözme becerilerinin negatif ilişki göstermesi evliliklerinde yaşadıkları daha küçük sorunlar için benzer çatışma çözüm yöntemlerinin kullanımıyla ilişkili gibi görünmektedir. Bu grupta evlilik uyumunun açıklanmasına katkıda bulunan son değişken geri çekilme çatışma çözüm stilinin kullanılmasıdır. Özen, Salman-Engin ve Sakallı-Uğurlu (2016) tarafından yapılan çalışmada geri çekilme çatışma çözüm stili evlilik uyumuyla ilişkili bulunamamış ancak bu araştırmanın bulgusuyla paralel olarak Bélanger ve arkadaşlarının (2014) yaptığı araştırmada kaçınmacı başa çıkma stratejilerinin evlilik uyumuyla negatif ilişkili olduğu belirlenmiştir. Buna göre; sağlıklı çiftler için evlilikteki uyumun sürdürülmesi, çatışmalar karşısında eşlerin sorunlarla yüzleşmekten ve sorunlar hakkında konuşmaktan kaçınma şeklindeki geri çekilme davranışlarıyla yakından ilişkilidir.

4.5. SONUÇ, SINIRLILIKLAR VE ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen temel bulgular; sağlıklı çiftlerle kıyaslandığında DEHB tanısı alan bireylerin evliliklerinde çatışmaların daha yaygın ve sık görüldüğü ve evlilik uyumlarının daha düşük olduğunu göstermektedir. Bu kişiler evliliklerinde olumsuz çatışma çözüm stiline daha fazla başvururken; olumlu ve boyun eğici çatışma çözüm stillerine daha az başvurmaktadır. Ayrıca sağlıklı çiftlere kıyasla eşlerini daha az güvenilebilir, daha fazla kopuk ve kontrolcü olarak değerlendirmektedirler.

DEHB tanısı alan bireylerin eşleri ise benzer şekilde evlilikte çatışmaların daha yaygın ve sık olduğunu, evlilik uyumlarının daha düşük olduğunu belirtmiştir. Bu kişiler sağlıklı çiftlerle kıyaslandığında eşlerine benzer şekilde daha fazla olumsuz çatışma çözüm stili kullanmaktadır. Geri çekilme, boyun eğme ve olumlu çatışma çözüm stili ile güvenilebilirlik puanı bakımından sağlıklı gruptan farklılık göstermemektedirler. Sağlıklı gruba göre eşlerini daha kontrolcü, daha bağımlı ve daha kopuk olarak değerlendirmişlerdir.

Çalışmada DEHB tanısı alan bireylerin eşleri, olumlu çatışma çözüm stili ve BEDÖ bağımlılık puanları açısından DEHB'li bireylerden anlamlı düzeyde yüksek puan alırken olumsuz çatışma çözüm stili ve evlilik uyum puanı açısından ise DEHB tanısı alan katılımcılar eşlerinden anlamlı düzeyde yüksek puan almıştır. Araştırmanın diğer değişkenleri açısından anlamlı farklılık olmamasına karşın DEHB tanılı bireylerin genellikle eşlerinden daha olumsuz puanlar aldıkları görülmüştür. Diğer değişkenler arasında anlamlı farklılık saptanmamış olması örneklem sayısının az olmasıyla ilişkili görünmektedir. Bu bulgular Eakin ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan araştırma bulgularıyla tutarlık göstermekte ve DEHB tanısı alan bireylerin evliliklerine dair algılarının eşlerinden daha olumsuz olduğuna işaret etmektedir.

DEHB grubu ve sağlıklı grup için yapılan iki farklı regresyon analizi sonucunda ise DEHB grubunda çatışma sıklığı, güvenilebilirlik ve olumsuz özellikler evlilik uyumunu %67 oranında yordarken; sağlıklı grupta çatışma sıklığı, olumsuz ve geri çekilme çatışma çözüm stili evlilik uyumunu %47 oranında yordamaktadır.

İstatistiksel analizler sonucunda elde edilen bulguların yanı sıra klinik açıdan bu araştırmaya veri toplama aşamasında edinilen bazı gözlemler yapılacak araştırmalara yol göstermesi açısından önem arz edebilir. Veri toplama aşamasında tanı alan evli bireylerden bir kısmının yakın zaman içerisinde boşandığı veya ayrı yaşamaya başladığı bilgisi edinilmiştir. Bu durum DEHB tanısı alan bireylerde boşanma öyküsüne sık rastlandığı yönündeki alanyazını doğrulamaktadır (Biederman ve ark., 1993; Murphy ve Barkley, 1996). Ayrıca; araştırmaya katılım konusunda gönüllü olan bireylerden bazıları DEHB ile ilişkili sorunların çözümü için beklentilerini karşılayan bir psikolojik tedaviye erişmekte zorlandıklarını dile getirmişlerdir. Bu durum daha önce de değinildiği gibi DEHB tanısı alan bireylerin uygun tedaviye ulaşma konusundaki güçlükleri olduğu yönündeki bilgiyle tutarlı görünmektedir.

Bu araştırmadan elde edilen sonuçların, büyük çoğunlukla beklenen yönde olmasına karşın, bulguları etkilediği ve sonraki çalışmalarda dikkat edilmesinin gerekli olduğu düşünülen bir takım sınırlılıkları mevcuttur.

Klinik örneklemle çalışılması ve amaçlı örnekleme yapılması ulaşılan katılımcı sayısını, araştırma bulgularının genellenebilirliğini ve araştırmanın bulgularını etkilemiştir. Araştırma için sahip olunan sürenin kısıtlılığı ulaşılan katılımcı sayısını etkileyen bir diğer faktör olarak belirlenmiş ve gelecek çalışmalarda katılımcı sayısının arttırılmasının bulguları olumlu yönde etkileyebileceği düşünülmüştür.

Bu araştırmada katılımcı sayısının azlığı nedeniyle DEHB tanısı alan bireylerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik alt tiplerinden hangisinin öne çıktığına dair bir ayrım yapılmamıştır. Geçmiş çalışmalarda dikkat eksikliği alt tipindeki bireylerin özellikle çatışma çözme davranışları bakımından sağlıklı bireylere yakın özellikler sergilediği; ancak hiperaktivite/dürtüsellik ve dikkat eksikliği belirtilerinin birlikte baskın olduğu bileşik tip DEHB tanısı olan kişilerin sağlıklı gruptan önemli ölçüde farklılaştığı bildirilmiştir (Canu, Tabor, Michael, Bazzini ve Elmore, 2014). Bu bulgu dikkate alındığında yapılacak çalışmalarda tanı alan katılımcılar arasında böyle bir ayrım yapılarak değerlendirilmesinin daha ayrıntılı sonuçlar sağlayabileceği düşünülmektedir.

Araştırmanın sınırlılıkları arasında sayılabilecek bir diğer faktör kullanılan ölçek sayısının fazla olmasıdır. DEHB grubundaki katılımcılar odaklanma sorunları sebebiyle çalışmayı tamamlamakta güçlük yaşadığını belirtmiş; çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan bazı bireyler ise araştırmanın uzun ve yorucu olduğu gerekçesiyle katılmak istememiştir.

Psikiyatrik hastalıkların, evlilik uyumu ve başa çıkma becerileri üzerinde olumsuz etkileri olduğu pek çok çalışmada gösterilmiştir (Fincham, Beach, Harold ve Osborne, 1997; Fincham ve Bradbury, 1993; Marchand ve Hock, 2000; South,

Turkheimer ve Oltmanss,2008; Whisman, Uebelacker ve Weinstock, 2004; Yüksel ve Dağ, 2015). Bu bağlamda DEHB'nin de evlilik üzerinde olumsuz sonuçlarının olması beklenmedik bir durum değildir. Ancak DEHB tanısı alan bireylerin evliliklerinin bu araştırmaya konu olmasında önemli bazı sebepler vardır. Bunlardan ilki hastalığın yeterince tanınmaması ve doğru tanı konulmadığında çiftlerin uzun süre uygun tedavi arayışı ile yıpranmalarıdır. Özellikle belirtilerin şiddeti düşük olduğunda bu hastalığa özgü bir takım davranışların sıradan evlilik sorunları olarak görülmesi hastalığın tanınmasını güçleştirmektedir. Bu yönüyle mevcut araştırma kişilere yaşadıkları sorunların kaynağını keşfetme imkanı sağlamayı ve uzmanlara evlilik ilişkilerindeki sorunları değerlendirilirken dikkate alınabilecek farklı bir pencere açmayı da amaçlamıştır. Bir diğer sebep; DEHB'nin tanınmaması ve uzun süre çözümsüz kalması, eşlerin yaşanan sorunlar için kişisel atıflarda bulunmasını arttırmakta; sorunlar git gide büyümekte ve DEHB tanısı alan bireyler için eştanılar, eşleri için ise farklı psikiyatrik sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Bu durum evliliklerin daha da derinden sarsılmasına yol açmaktadır.

DEHB için en iyi tedavinin medikal ajanların yanı sıra çeşitli psikososyal müdahaleleri ve psikoterapileri de içermesi gerektiği pek çok kaynakta vurgulanmaktadır. (Kayaalp, 2008; Özcan, Oflaz ve Durukan, 2010; Ramsay, 2010). Bu araştırmada katılımcıların büyük çoğunluğu çalışmaya katıldığı sırada halihazırda medikal tedavi gördüklerini bildirmiş ancak buna rağmen evlilik ilişkilerinde sorunların devam ettiği görülmüştür. DEHB belirtilerinde ilaç tedavisi ile iyileşme sağlansa bile yaşamın diğer alanlarına yayılmış olan kazanılmış davranış örüntülerinin değiştirilmesi için psikoterapiye ihtiyaç olduğu düşünülmektedir. DEHB tanısı alan kişilerin eşleri de zaman içerisinde fazlaca yorulmakta ve yıpranmaktadır. DEHB'li bir eşle yaşamın zorlayıcı olabileceğine değinen araştırmalar (Ben-Naim, Marom, Krashin, Gifter ve Arad, 2017) göz önüne alınarak; bu kişilerin eşlerinde psikolojik belirtilerin taranması

ve yalnızca DEHB tanısı alan kişilerin değil eşlerinin de uygun psikososyal müdahalelere erişimi sağlanmalıdır. Mevcut çalışmada eşlerin herhangi bir psikiyatrik tanısı olmadığı belirlenmiş ve bu nedenle ilaç kullanım bilgileri ayrıca sorgulanmamıştır. Ancak gelecek çalışmalarda eşlerin psikolojik zorluklarının ve bunlarla ilişkili olarak reçetesiz ilaç kullanım durumlarının sorgulanmasının fayda sağlayabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada özellikle güvenilebilirlik alt boyutu açısından eşler arasındaki farklılıklar göz önüne alındığında; DEHB tanısı alan bireylerin eşlerini, onların kendilerini değerlendirdiğinden daha az güvenilebilir olarak değerlendirdiği görülmektedir. Bu farklılığın daha iyi anlaşılabilmesi açısından gelecek çalışmalarda eşlerin ilişkiden beklentileri ve memnuniyet düzeylerinin de incelenmesi daha kapsamlı bilgiye ulaşılmasını sağlayacaktır.

DEHB'nin kişilerarası ilişkiler ve evlilik üzerine etkilerinin incelendiği araştırmaların oldukça sınırlı olması bu konuda yeterli ve doğru bilgiye ulaşmanın güçlüğünü de beraberinde getirmektedir. Ülkemizdeki araştırmalara bakıldığında bu konuda yapılmış benzer bir çalışmaya rastlanmamakta; mevcut sınırlılıklarına karşın bu araştırmadan elde edilen bulguların alanyazına önemli katkılar sağlayacağı ve DEHB ile evlilik ilişkileri arasındaki ilişkiye ışık tutarak yol gösterici olabileceği düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

Adams, Z.W., Roberts, W.M., Milich, R., & Fillmore, M.T. (2011). Does response variability predict distractibility among adults with attention-deficit/hyperactivity disorder? *Psychological Assessment, 23*(2), 427-436.

Akün, E. (2017). Relations among adults' remembrances of parental acceptance–rejection in childhood, self-reported psychological adjustment, and adult psychopathology. *Comprehensive Psychiatry, 77*, 27-37.

Alderson, R.M., Hudec, K.L., Patros, C.H., & Kasper, L.J. (2013). Working memory deficits in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): An examination of central executive and storage/rehearsal processes. *Journal of Abnormal Psychology, 122*(2), 532-541.

American Psychiatric Association, (2005). *DSM-4-TR Tanı Ölçütleri*. (E. Köroğlu, Çev.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

American Psychiatric Association, (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th edition)* Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/dsm-v-manual-diagnc3b3stico-y-estadc3adstico-de-los-trastornos-mentales.pdf

American Psychiatric Association, (2013). *DSM-5 Tanı ölçütleri*. (E. Köroğlu, Çev.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

American Psychiatric Association. (2014). Highlights of changes from DSM-4-TR to DSM-5. *American Psychiatric Publication*.

Aras, Ş., Ünlü, G., ve Taş, F. V. (2007). Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda belirtiler, tanılar ve tanıya yönelik incelemeler. *Klinik Psikiyatri Dergisi, 10*(1), 28-37.

Ayaz, A.B., Ayaz, M. ve Yazgan, Y. (2013). Alterations in social reciprocity in attention-deficit hyperactivity disorder. *Turkish Journal of Psychiatry 24* (2). 101-110.

Aysev, A. ve Öner, P. (2002).Çocuklukta dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı almış olguların ergenlik dönemindeki psikiyatrik durumlarının incelenmesi. *Kriz Dergisi, 10* (2), 41-48.

Aysev, A.S (2000). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. H. Devrimci Özgüven, (Ed.), *Ruh sağlığı ve hastalıkları* içinde (653-666). Ankara: Ankara Üniversitesi Yayınevi.

Bahadırlı, N. B., Tutuğ, C., Ceviz, H. ve Çalıyurt, O. (2013). Zaman algısı ve psikiyatrik bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 5*(3), 355-377.

Baran Tatar, Z., Yargıç, İ, Oflaz, S. ve Büyükgök, D. (2015). Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda duygu tanımanın dikkat ve dürtüsellik belirtileri ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi, 26* (3), 172-180.

Barkley, R.A. (2012). Distinguishing sluggish cognitive tempo from attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *Journal of Abnormal Psychology, 121*(4), 978-990.

Barkley, R.A., Murphy, K., & Kwasnik, D. (1996). Psychological adjustment and adaptive impairments in young adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders, 1*(1), 41-54.

Barkley, R.A., Murphy, K.R., & Bush, T. (2001). Time perception and reproduction in young adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Neuropsychology*, *15*(3), 351-360.

Barkley, R.A., Murphy, K.R., & Fischer, M. (2010). *ADHD in adults: What the science says*. New York: Guilford Press.http://file.zums.ac.ir/ebook/050-ADHD%20in%20Adults%20-%20What%20the%20Science%20Says-Russell%20A.%20Barkley%20PhD%20%20ABPP%20%20ABCN,%20Kevin%20R.%20Murphy%20Ph.pdf

Baron, K. G., Smith, T. W., Butner, J., Nealey-Moore, J., Hawkins, M. W., & Uchino, B. N. (2007). Hostility, anger, and marital adjustment: Concurrent and prospective associations with psychosocial vulnerability. *Journal of Behavioral Medicine, 30*(1), 1-10.

Be, D., Whisman, M.A., & Uebelacker, L.A. (2013). Prospective associations between marital adjustment and life satisfaction. *Personal Relationships, 20,* 728–739.

Bekker, E.M., Overtoom, C.C., Kenemans, J.L., Kooij, J.J., De Noord, I., Buitelaar, J.K., & Verbaten, M.N. (2005). Stopping and changing in adults with ADHD. *Psychological Medicine, 35*(6), 807-816.

Bélanger, C.,Di Schiavi, M., Sabourin, S., Dugal, C., El Baalbaki, G., & Lussier, Y. (2014). Self-esteem, coping efforts and marital adjustment.*Europe's Journal of Psychology, 10*(4), 660–671.

Bélanger, C., Di Schiavi, M. F., Sabourin, S., Dugal, C., El Baalbaki, G., & Lussier, Y. (2014). Self-esteem, coping efforts and marital adjustment. *Europe's Journal of Psychology, 10*(4), 660-671.

Bentler, P.M.,& Newcomb, M.D. (1978). Longitudinal study of marital success and failure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *46*(5), 1053-1070.

Berkol, T.D., Yargıç, İ., Özyıldırım, İ. ve Yazıcı, O. (2014). Comorbidity of adult attention deficit and hyperactivity disorder in bipolar patients: Prevalence, sociodemographic and clinical correlates. *Nöropsikiyatri Arşivi, 51,* 97-102.

Biederman, J., Faraone, S.V., Spencer, T., Wilens, T., Norman D., Lapey, K.A., … Doyle, A. (1993). Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J psychiatry*, *150*, 1792-1798.

Biederman, J., Faraone, S.V., Spencer, T.J., Mick, E., Monuteaux, M.C., & Aleardi, M. (2006). Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD: A controlled study of 1001 adultsin the community *The Journal of Clinical Psychiatry*, *67*(4), 524-540.

Biederman, J., Mick, E., & Faraone, S.V. (2000). Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *American Journal of Psychiatry*, *157*(5), 816-818.

Biederman, J.,Petty, C.R., Evans, M., Small, J., & Faraone S. V. (2010). How persistent is ADHD? A controlled 10-year follow-up study of boys with ADHD. *Psychiatry Research, 177,* 299–304.

Biederman, J.,Petty, C.R., Monuteaux, M.C.,Fried, R., Byrne, D., Mirto, T., Spencer, T.,. Wilens, T. E.,& Faraone, S. V. (2010).Adult psychiatric outcomes of girls with attention deficit hyperactivity disorder: 11-year follow-up in a longitudinal case-control study. *Am J Psychiatry, 167,* 409–417.

Bouchard, G.,& Saint-Aubin, J. (2014). Attention deficits and divorce. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *59*(9), 480-486.

Bouchard, G., Lussier, Y., & Sabourin, S. (1999). Personality and marital adjustment: Utility of the five-factor model of personality. *Journal of Marriage and the Family, 61*, 651-660.

Bradbury, T.N., Fincham, F.D., & Beach, S.R. (2000). Research on the nature and determinants of marital satisfaction: A decade in review. *Journal of Marriage and Family*, *62*(4), 964-980.

Brown, F.C., Roth, R.M., & Katz, L.J. (2015). Allocentric but not egocentric visual memory difficulties in adults with ADHDmay represent cognitive inefficiency. *Psychiatry Research, 228,* 649–658.

Brown, T. E. (2015). ADHD from stereotype to science. *Educational Leadership, 73*, 52-56.

Bruner, M.R., Kuryluk, A.D., & Whitton, S.W. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder symptom levels and romantic relationship quality in college students. *Journal of American College Health*, *63*(2), 98-108.

Büyüköztürk, Ş. (2010). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı* (12.baskı). Ankara: Pegem Akademi

Canat, S. (2014). Ergenlik dönemi ve döneme özgü bozukluklar. H. Devrimci Özgüven, (Ed.), *Ruh sağlığı ve hastalıkları* içinde (343-359). Ankara: Ankara Üniversitesi Yayınevi.

Canu, W. H.,& Carlson, C. L. (2007). Rejection sensitivity and social outcomes of young men with ADHD. *Journal of AttentionDisorders*, *10*(3) 261–275.

Canu, W.H.,& Carlson, C.L. (2003). Differences in heterosocial behavior and outcomes of ADHD-symptomatic subtypes in a college sample. *Journal of Attention Disorders, 6*(3), 123-133.

Canu, W.H.,Tabor, L.S., Michael, K.D., Bazzini, D.G., & Elmore, A.L. (2014). Young adult romantic couples' conflict resolution and satisfaction varies with partner's attention–deficit/hyperactivity disorder type. *Journal of Marital and Family Therapy, 40*(4), 509–524.

Coombs, R. H. (1991). Marital status and personal well-being: A literature review. *Family Relations, 40* (1) 97-102.

Cordova, J. V., Fleming, C. J., Morrill, M. I., Hawrilenko, M., Sollenberger, J. W., Harp, A. G.,... & Wachs, K. (2014). The marriage checkup: A randomized controlled trial of annual relationship health checkups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*(4), 592-604.

Cordova, J.V., Gee, C.B., & Warren, L.Z. (2005). Emotional skillfulness in marriage: Intimacy as a mediator of the relationship between emotional skillfulness and marital satisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology*,*24*(2), 218-235

Cowan, N. (2000). The magical number 4 in short-term memory: A reconsideration of mental storage capacity. *Behavioral and Brain Sciences, 24,* 87-185.

Demirci, E. ve Erdoğan, A. (2016). Is emotion recognition the only problem in ADHD? effects of pharmacotherapy on face and emotion recognition in children with ADHD. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorder 8* (4) 197-204.

Dobson-Patterson, R., O'Gorman, J.G., Chan, R.J.K.Shum, D.H.K. (2016). ADHD subtypes and neuropsychological performance in anadult sample. *Research in Developmental Disabilities, 55,* 55-63.

Doğan, S., Öncü, B., Varol Saraçoğlu, G., ve Küçükgöncü, S. (2009). Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu kendi bildirim ölçeği (ASRS-v1.1): Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 10* (2), 77-87.

Eakin, L., Minde, K., Hechtman, L., Ochs, E., Krane, E., Bouffard, R., Greenfield, B.,& Looper, K. (2004). The marital and family functioning of adults with ADHD and their spouses. *Journal of Attention Disorders, 8* (1), 1–10.

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

Engelhardt, P.E., Ferreira, F., & Nigg, J.T. (2011). Language production strategies and disfluencies in multi-clause network descriptions: A study of adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychology, 25*(4), 442-453.

Eral, G. ve Vehid, H. (2013). Nicel verilerin yer aldığı bağımsız ve bağımlı gruplarda uygulanan istatistiksel yöntemler. *Çocuk Dergisi,13*(4), 138-140.

Erbek, E., Beştepe, E., Akar, H., Eradamlar, N. ve Alpkan, R.L. (2005). Evlilik uyumu. *Düşünen Adam, 18*(1), 39-47.

Ercan, E.S. (2012). *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu* (11.Baskı). İstanbul: Doğan Egmont Yayıncılık ve Yapımcılık Tic. A. Ş.

Ergin, B.E. ve Dağ, İ. (2013). Kişilerarası problem çözme davranışları, yetişkinlerdeki bağlanma yönelimleri ve psikolojik belirtiler arasındaki ilişkiler. *Anatolian Journal of Psychiatry, 14,* 36-45.

Evangelista, N.M., Owens, J.S., Golden, C.M., & Pelham, W.E. (2008). The positive illusory bias: Do inflated self-perceptions in children with ADHD generalize to perceptions of others?. *Journal of Abnormal Child Psychology*,*36*(5), 779-791.

Faraone, S. V., Biederman, J., Spencer, T.,Wilens, T., Seidman, L.J., Mick, E., & Doyle, A. E. (2000). Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults:An overview. *Biol Psychiatry*,*48* 9-20.

Faraone, S.V., Biederman, J., & Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine*, *36*(2), 159-165.

Fışıloğlu, H. (1992). Lisansüstü öğrencilerinin evlilik uyumu. *Psikoloji Dergisi, 7* (28), 16-23.

Fincham, F.D., & Bradbury, T.N. (1993). Marital satisfaction, depression, and attributions: A longitudinal analysis. *Journal of Personality And Social Psychology, 64*(3), 442.

Fincham, F.D., Beach, S.R., Harold, G.T., & Osborne, L.N. (1997). Marital satisfaction and depression: Different causal relationships for men and women?.*Psychological Science*, *8*(5), 351-356.

Finke, K., Schwarzkopf, W., Frodl, T., Schneider, W.X., Müler, U., Müler, H.J., … Möller, J. (2011). Disentangling the adult attention-deficit hyperactivity disorder endophenotype: Parametric measurement of attention. *Journal of Abnormal Psychology, 120* (4), 890-901.

Fleming, J.& Snell, W.E. (2008). Emotional ıntelligence in adults with ADHD. *Psi Chi Journal Of Undergraduate Research. 15* (2), 86-95.

Flory, K., Molina, B.S.G., Pelham, W.E., Gnagy, E., & Smith, B. (2006). Childhood ADHD predicts risky sexual behavior in young adulthood. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 35*(4), 571-577.

Forster, S., Robertson, D.J., Jennings, A., Asherson, P., & Lavie, N. (2014). Plugging the attention deficit: Perceptual load counters increased distraction in ADHD. *Neuropsychology, 28*(1), 91-97.

Friedman, S.R., Rapport, L.J., Lumley, M., Tzelepis, A., VanVoorhis, A., Stettner, L., & Kakaati, L. (2003). Aspects of social and emotional competence in adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychology, 17*(1), 50-58.

Frye, N. E.,& Karney, B. R. (2006). The context of aggressive behavior in marriage: A longitudinal study of newlyweds. *Journal of Family Psychology, 20*(1), 12-20.

Fuermaier, A., Tucha, L., Koerts, J., Aschenbrenner, S., Kaunzinger, I., Hauser, J.,... Tucha, O. (2015). Cognitive impairment in adult ADHD—perspective matters!. *Neuropsychology, 29*(1), 45-58.

Furczyk, K.,& Thome, J. (2014). Adult ADHD and suicide. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, *6*(3), 153-158.

Gallo, L.C., Troxel, W.M., Matthews, K.A., & Kuller, L.H. (2003). Marital status and quality in middle-aged women: Associations with levels and trajectories of cardiovascular risk factors. *Health Psychology, 22*(5), 453-463.

Gaub, M.,& Carlson, C.L. (1997). Behavioral characteristics of DSM-IV ADHD subtypes in a school-based population. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *25*(2), 103-111.

Ghorbani, N., Watson, P.J., Fayyaz, F., & Chen, Z. (2015). Integrative self-knowledge and marital satisfaction. *The Journal of Psychology, 149*(1), 1-18.

Glenn, A. L., Remmel, R. J., Ong, M. Y., Lim, N. S., Ang, R. P., Threadgill, A. H.,... & Ooi, Y. P. (2017). Neurocognitive characteristics of youth with noncomorbid and comorbid forms of conduct disorder and attention deficit hyperactivity disorder. *Comprehensive Psychiatry, 77,* 60-70.

Gonzalez, R.,& Griffin, D. (2012). Dyadic data analysis. *APA handbook of research methods in psychology* içinde, (*3,* 439-450). Washington, DC, US: American Psychological Association.

Gottman, J. M.,& Driver, J. L. (2005). Dysfunctional marital conflict and everyday marital interaction. *Journal of Divorce & Remarriage, 43*(3-4), 63-77.

Gottman, J.M.,& Levenson, R.W. (1992). Marital processes predictive of later dissolution: Behavior, physiology, and health. *Journal of Personality and Social Psychology, 63*(2), 221-233.

Gottman, J.M.,& Levenson, R.W. (2000). The timing of divorce: Predicting when a couple will divorce over a 14- year period. *Journal of Marriage and Family, 62*(3), 737-745.

Gove, W. R. (1973). Sex, marital status, and mortality. American Journal of Sociology, 79(1), 45-67.

Grawitch, M. J.,& Munz, D. C. (2004). Are your data nonindependent? A practical guide to evaluating nonindependence and within-group agreement. *Understanding Statistics, 3*(4), 231-257.

Greeff, A.P.,& De Bruyne, T. (2000). Conflict management style and marital satisfaction. *Journal of Sex &Marital Therapy, 26*(4), 321-334.

Guendelman, M.D., Ahmad, S., Meza, J.I., Owens, E.B., & Hinshaw, S.P. (2016). Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder predicts intimate partner victimization in young women. *Journal of Abnormal Child Psychology, 44*(1), 155-166.

Haj-Yahia, M. M. (2002). The impact of wife abuse on marital relations as revealed by the second Palestinian National Survey on Violence Against Women. *Journal of Family Psychology, 16*(3), 273-285.

Harvey, E.A.,Metcalfe, L.A., Herbert, S.D. ve Fanton, J.H. (2011). The role of family experiences and ADHD in the early development of oppositional defiant disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79* (6), 784–795.

Hatipoğlu, Z. (1993). *Bazı demografik değişkenlerin ve evlilik çatışmasının evli eşlerin evlilik doyumundaki rolü* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara.

Hellmuth, J. C.,& McNulty, J. K. (2008). Neuroticism, marital violence, and the moderating role of stress and behavioral skills. *Journal of Personality And Social Psychology*, *95*(1), 166-180.

Hellmuth, J.C.,& McNulty, J.K. (2008). Neuroticism, marital violence, and the moderating role of stress and behavioral skills. *Journal of Personality and Social Psychology, 95* (1), 166-180.

Hervey, A.S., Epstein, J.N., & Curry, J.F. (2004). Neuropsychology of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Neuropsychology*, *18* (3), 485–503.

Hinshaw, S.P.,& Melnick, S.M. (1995). Peer relationships in boys with attention-deficit hyperactivity disorder with and without comorbid aggression. *Development and Psychopathology*, *7*(4), 627-647.

Hout, M., Duncan, O. D., & Sobel, M. E. (1987). Association and heterogeneity: Structural models of similarities and differences. *Sociological Methodology*,17, 145-184.

Howell, D.C. (2017). *Psikoloji için istatistiksel metotlar* (Y. Baykul, Çev.). Ankara: Pegem Akademi

Hoza, B. (2007). Peer functioning in children with ADHD. *Journal of Pediatric Psychology*, *32*(6), 655-663.

Hoza, B., Mrug, S., Gerdes, A.C., Hinshaw, S.P., Bukowski, W.M., Gold, J.A.,...Arnold, L. E. (2005). What aspects of peer relationships are impaired in children with attention-deficit/hyperactivity disorder?. *Journal of Consulting andCclinical Psychology*, *73*(3), 411-423.

Huemer, J., Riegler, A., Völkl-Kernstock, S., Wascher, A., Lesch, O.M., Walter, H., & Skala, K. (2016). The influence of reported ADHD and substance abuse on suicidal ideation in a non-clinical sample of young men. *Neuropsychiatr*, *30*(3), 131-137.

Hünler, O.S. ve Gençöz, T. (2003). Boyun eğici davranışlar ve evlilik doyumu ilişkisi: Algılanan evlilik problemleri çözümünün rolü. *Türk Psikoloji Dergisi, 18*(51), 99-108.

İmren, S.G., Rodopman Arman, A., Gümüştaş, F., Yulaf, Y. ve Çakıcı, Ö. (2013). Karşıt olma karşıt gelme bozukluğu ve/veya davranım bozukluğu eş hastalanımı olan ve olmayan DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde aile işlevselliğinin değerlendirilmesi. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 38* (1), 22-30.

İnci Kenar, A.N. ve Herken, H. (2014).Erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunda silik nörolojik belirtiler ve nöropsikolojik işlev düzeyleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 15*, 318-327.

Jackman-Cram, S., Dobson, K.S., & Martin, R. (2006). Marital problem-solving behavior in depression and marital distress. *Journal of Abnormal Psychology, 115 (2)*, 380–384.

Johnson, J.H.,& Harris, W.G. (1980). Personality and behavioral characteristics related to divorce in a population of male applicants for psychiatric evaluation. *Journal of Abnormal Psychology*, *89*(3), 510-513.

Johnson, M.D., Cohan, C.L., Davila, J., Lawrence, E., Rogge, R.D., Karney, B.R.,... Bradbury, T.N. (2005). Problem-solving skills and affective expressions as predictors of change in marital satisfaction. *Journal of Consulting And Clinical Psychology, 73*(1), 15-27.

Kabakçı, E., Tuğrul, C. ve Öztan, N. (1993). Birtchnell eş değerlendirme ölçeği: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi, 8* (29), 31-37.

Kalaycı, Ş. (Ed.). (2014). *SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri* (6. Baskı). Ankara: Asil Yayın Dağıtım.

Kamradt, J.M., Ullsperger, J.M., & Nikolas, M.A. (2014). Executive function assessment and adult attention-deficit/hyperactivity disorder: Tasks versus ratings on the barkley deficits in executive functioning scale. *Psychological Assessment, 26* (4), 1095-1105.

Katz, L. F.,& Low, S. M. (2004). Marital violence, co-parenting, and family-level processes in relation to children's adjustment. *Journal of family Psychology, 18*(2), 372-382.

Kayaalp, L. (2008). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi, 62,* 147-152.

Kenny, D. A. (1995). The effect of nonindependence on significance testing in dyadic research. *Personal Relationships, 2*(1), 67-75.

Kessler, R., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C., Demler, O.,... Zaslavsky, A. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry, 163*(4), 716-723.

Kılınçaslan, A. (2010). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda yürütücü işlevler. *Türkiye Klinikleri Pediatrik Bilimler Dergisi, 6*(2), 15-21.

Kışlak, Ş.T. ve Çabukça, F. (2002). Empati ve demografik değişkenlerin evlilik uyumu ile ilişkisi. *Aile ve Toplum Dergisi 2*(5).

Knouse, L. E., Bagwell, C. L., Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (2005). Accuracy of self-evaluation in adults with ADHD: Evidence from a driving study.*Journal of Attention Disorders*, *8*(4), 221-234.

Knouse, L.E., Mitchell, J.T., Brown, L.H., Silvia, P.J., Kane, M.J., Myin-Germeys, I., & Kwapil, T.R. (2008). The expression of adult AD/HD symptoms in daily life: An application of experience sampling methodology. *Journal of Attention Disorders*, *11*, 652-663.

Koerner, A.,& Fitzpatrick, M.A. (2002). Nonverbal communication and marital adjustment and satisfaction: The role of decoding relationship relevant and relationship irrelevant affect. *Communication Monographs*, *69*(1), 33-51.

Kolar, D., Keller, A., Golfinopoulos, M., Cumyn, L., Syer, C., & Hechtman, L. (2008). Treatment of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *4*(2), 389-403.

Kollins, S.H., McClernon, F.J., & Van Voorhees, E. E. (2010). Monetary incentives promote smoking abstinence in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Experimental and Clinical Psychopharmacology*,*18*(3), 221-228.

Kollins, S.H., Schoenfelder, E., English, J.S., McClernon, F.J., Dew, R.E., & Lane, S.D. (2013). Methylphenidate does not influence smoking-reinforced responding or attentional performance in adult smokers with and without attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, *21*(5), 375-384.

Koyuncu, A. (2016). *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu zemininde gelişen ikincil sosyal fobi.* İstanbul: Roza Yayınevi.

Kristensen, H., Parker, J.D.A., Taylo, R.N., Keefer, K.V., Kloosterman, P,H., & Summerfeldt, L.J. (2014). The relationship between trait emotional intelligence and ADHD symptoms in adolescents and young adults. *Personality and Individual Differences, 65*, 36-41.

Lan, W.H., Bai, Y.M., Hsu, J.W., Huang, K.L., Su,T.P., Li, C.T., …Chen, M.H.(2015). Comorbidity of ADHD and suicide attempts among adolescents and young adults with bipolar disorder: A nationwide longitudinal study. *Journal of Affective Disorders, 176,* 171-175.

Langberg, J.M., Dvorsky, M.R., Becker, S.P., & Molitor, S.J. (2016). School maladjustment and external locus of control predict the daytime sleepiness of college students with ADHD. *Journal of Attention Disorders, 20* (9), 792-801.

Lawrence, E.,& Bradbury, T. N. (2007). Trajectories of change in physical aggression and marital satisfaction. *Journal of Family Psychology, 21*(2), 236-247.

Lee, S.S.,Humphreys, K.L., Flory, K., Liu, R., & Glass, K. (2011). Prospective association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse/dependence: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 31*, 328–341.

Lijffijt, M., Kenemans, J.L., Verbaten, M.N., & Engeland, H. (2005). A meta-analytic review of stopping performance in attention-deficit/hyperactivity disorder: deficient inhibitory motor control?.*Journal of Abnormal Psychology, 114* (2), 216-222.

Linn, R.T.,& Hodge, G.K. (1982). Locus of control childhood hyperactivity. Journal of *Consulting and Clinical Psychology, 50 (4),* 592-593.

Madden, M.E.,& Janoff-Bulman, R. (1981). Blame, control, and marital satisfaction: Wives' attributions for conflict in marriage. *Journal of Marriage and the Family, 43*(3), 663-674.

Mannuzza, S.,& Klein, R.G. (2000). Long-term prognosis in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 9* (3), 711-726.

Manor, I., Gutnik, I., Ben-Dor, D.H., Apter, A., Sever, J., Tyano, S.,...Zalsman, G. (2010). Possible association between attention deficit hyperactivity disorder and attempted suicide in adolescents–a pilot study. *European Psychiatry, 25*(3), 146-150.

Marchand, J.F.,& Hock, E. (2000). Avoidance and attacking conflict-resolution strategies among married couples: Relations to depressive symptoms and marital satisfaction. *Family Relations, 49* (2), 201-206.

Marchetta, N.D.J., Hurks, P.P.M., Krabbendam, L., & Jolles, J. (2008). Interference control, working memory, concept shifting, and verbal fluency in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Neuropsychology, 22* (1), 74-84.

McNulty, J. K.,& Russell, V. M. (2010). When "negative" behaviors are positive: A contextual analysis of the long-term effects of problem-solving behaviors on changes in relationship satisfaction. *Journal of Personality And Social Psychology, 98*(4), 587.

Meza, J.I., Owens, E.B., & Hinshaw, S.P. (2016). Response inhibition, peer preference and victimization, and self-harm: Longitudinal associations in young adult

women with and without ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*,*44*(2), 323-334.

Mikami, A.Y., Ahmad, S.I., Szwedo, D.E., Samuels, A.S., & Hinshaw, S.P. (2015). Online social communication patterns among emerging adult women with histories of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Psychology*,*124*(3), 576–588.

Mikami, A.Y., Szwedo, D.E., Allen, J.P., Evans, M.A., & Hare, A.L. (2010). Adolescent peer relationships and behavior problems predict young adults' communication on social networking websites. *Developmental Psychology*,*46*(1), 46-56.

Miller, M., Hanford, R.B., Fassbender, C., Duke, M., & Schweitzer, J. B. (2011). Affect Recognition in Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Attention Disorders*, *15*(6), 452–460.

Miller, R.G. Jr., (1981). *Simultaneous statistical inference.* https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=4C7VBwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=Simultaneous+statistical+inference.&ots=0sj30UbeUv&sig=19syqXBfhys4jdtLG9Iwas_DIXc&redir_esc=y#v=onepage&q=Simultaneous%20statistical%20inference.&f=false.

Minde, K., Eakin, L., Hechtman, L., Ochs, E., Bouffard, R., Greenfield, B., & Looper, K. (2003). The psychosocial functioning of children and spouses of adults with ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *44*(4), 637-646.

Mitchell, J.T., Benson, J.W., Knouse, L.E., Kimbrel, N.A., & Anastopoulos, A.D. (2013). Are negative automatic thoughts associated with ADHD in adulthood?. *Cognitive Therapy and Research*, *37*(4), 851-859.

Moffitt, P., Spence, N., &Goldney, R. (1986). Mental health in marriage: The roles of need for affiliation, sensitivity to rejection and other factors. *Journal of Clinical Psychology, 42* (1), 68-76.

Morris, C.G. (2002). *Psikolojiyi anlamak* (3.baskı).(H.B. Ayvaşık ve M. Sayıl, Çev.). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları. (Orijinal çalışma bası tarihi 1996).

Morrison, J.R. (1979). Diagnosis of adult psychiatric patients with childhood hyperactivity. *Am J Psychiatry, 136* (7), 955-958.

Mrug, S., Hoza, B., Gerdes, A.C., Hinshaw, S., Arnold, L.E., Hechtman, L., & Pelham, W.E. (2009). Discriminating between children with ADHD and classmates using peer variables. *Journal of Attention Disorders*, *12*(4), 372-380.

Murphy, K. (2005). Psychosocial treatments for ADHD in teens and adults: A practice- friendly review. *Journal of Clinical Psychology*, *61*(5), 607-619.

Murphy, K.,& Barkley, R.A., (1996). Attention Deficit Hyperactivity Disorder Adults: Comorbidities and Adaptive Impairments. *Comprehensive Psychiatry, 37* (6), 393-401.

Murphy, K.R., Barkley, R.A., & Bush, T. (2001). Executive functioning and olfactory identification in young adults with attention deficit-hyperactivity disorder. *Neuropsychology*, *15*(2), 211-220.

Murphy, K.R., Barkley, R.A., & Bush, T. (2002). Young adults with attention deficit hyperactivity disorder: Subtype differences in comorbidity, educational, and clinical history. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 190* (3), 147-157.

Neff, L.A.,& Broady, E.F. (2011). Stress resilience in early marriage: Can practice make perfect?. *Journal of Personality and Social Psychology*, *101*(5), 1050-1067.

Nemecheck, S.,& Olson, K.R. (1999). Five-factor personality similarity and marital adjustment. *Social Behavior And Personality,27*(3), 309-318.

Nigg, J.T., Blaskey, L.G., Huang-Pollock, C.L., Hinshaw, S.P., John, O.P., Willcutt, E.G., & Pennington, B. (2002). Big five dimensions and ADHD symptoms: Links between Personality traits and clinical symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology, 83* (2), 451-469.

Norvilitis, J.M., Sun, L., & Zhang, J. (2010). ADHD symptomatology and adjustment to college in China and the United States. *Journal of Learning Disabilities, 43*(1), 86-94.

O'malley, G. K., McHugh, L., Mac Giollabhui, N., & Bramham, J. (2016). Characterizing adult attention-deficit/hyperactivity-disorder and comorbid borderline personality disorder: ADHD symptoms, psychopathology, cognitive functioning and psychosocial factors. *European Psychiatry, 31,* 29-36.

O'leary, K. D.,& Williams, M. C. (2006). Agreement about acts of aggression in marriage. *Journal of Family Psychology*, *20*(4), 656-662.

Öncü, B., Ölmez, Ş. ve Şentürk, V. (2005). Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği Türkçe formunun erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nda geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi,16*(4), 252-259.

Öncü, B., ve Ölmez, Ş. (2004). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan erişkinlerde nöropsikolojik bulgular. *Türk Psikiyatri Dergisi*, *15*(1), 41-46.

Öner, D. Ş. (2013). *Evli bireylerin evlilik çatışması, çatışma çözüm stilleri ve evlilik uyumlarının incelenmesi* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.

Özcan, C.T., Oflaz, F. ve Durukan, İ. (2010). Psikostimulan ilaç tedavisi alan dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda kişilerarası sorun çözme eğitiminin katkıları. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 20* (2), 125-131.

Özdemir Demirci, E. ve Öztop, D.B. (2015). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan erkek çocuk ve ergenlerde agresyon, empati ve 2d:4d parmak oranlarının ilişkisi. *Yeni Symposium, 53* (3), 2-9.

Özen, A., Salman-Engin, S. ve Sakallı-Uğurlu, N. (2016). Romantik İlişkilerde Çatışma Çözüm Stilleri Ölçeği: Geçerlik güvenirlik çalışması, *Nesne Psikoloji Dergisi, 4* (7), 1-19.

Özkorumak, E., Özten, H.S. ve Tiryaki, A. (2013). Ayaktan başvuran psikiyatri hastalarında erişkin DEHB yaygınlığı, eş tanı oranı ve işlevsellik düzeyi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 14,* 347-353.

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

Öztürk, O. ve Uluşahin, A. (2008). Çocukluk ve ergenlik döneminde sık görülen ruhsal bozukluklar. *Ruh sağlığı ve bozuklukları* (11.baskı) içinde (744-810). Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.

Paramesvari, J. (2016). Influence of emotional intelligence on marital adjustment of working and non-working married women. *International Journal of Multidisciplinary Approach and Studies, 3* (1), 136-142.

Pedro, M.F., Ribeiro, T., & Shelton, K.H. (2015). Romantic attachment and family functioning: The mediating role of marital satisfaction. *Journal of Child and Family Studies*, *24*(11), 3482-3495.

Pera, G. (2013). *Sen mi ben mi erişkin DEHB mi?* (M.A. Ersoy, Çev.). İzmir: Psikoaktif Özel Sağlık Hizmetleri Bilişim ve Yayıncılık Sanayi ve Ticaret Limited Şirketi. (Orijinal çalışma basım tarihi 2008).

Perrone-McGovern, K.M.,Oliveira-Silva, P., Simon-Dack, S., Lefdahl-Davis, E., Adams, D., McConnell, J., … Gonçalves, F. (2013). Effects of empathy and conflict resolution strategies on psychophysiological arousal and satisfaction in romantic relationships. *Appl Psychophysiol Biofeedback, 39* (1), 19–25.

Polat, M. (2014). Eğitim fakültesi öğrencilerinin bilimsel araştırmaya yönelik tutumları. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* 18, 77-90.

Pollak, Y., Kroyzer, N., Yakir, A., & Friedler, M. (2009). Testing possible mechanisms of deficient supra-second time estimation in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychology, 23* (5), 679-686.

Preacher, K. J., ve Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods, 40* (3), 879-891.

Ramsay, J. R. (2010). CBT for adult ADHD: Adaptations and hypothesized mechanisms of change. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *24*(1), 37-45.

Rapport, L.J., Friedman, S.L., Tzelepis, A., & Van Voorhis, A. (2002). Experienced emotion and affect recognition in adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Neuropsychology, 16*(1), 102-110.

Reinhardt, M.C.,& Reinhardt, C.A.U. (2013).Attention deficit-hyperactivity disorder, comorbidities, and risk situations. *Journal de Pediatria, 89* (2), 124-130.

Richard-Lepouriel, H.,Etain, B., Hasler, R., Bellivier, F., Gard, S.,Kahn, J., … Henry, C., (2016). Similarities between emotional dysregulation in adults suffering from ADHD and bipolar patients. *Journal of Affective Disorders, 198,* 230-236.

Robbins, C.A. (2005). ADHD couple and family relationships: Enhancing communication and understanding through imago relationship therapy. *Journal of Clinical Psychology, 61*(5), 565-577.

Roberts, W., Fillmore, M,T., & Milich, R. (2011). Separating automatic and intentional inhibitory mechanisms of attention in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 120*(1), 223–233.

Robin, A. L.,& Payson, E. (2002). Theimpact of ADHD on marriage. *The ADHD Report, 10,* 9–11.

Rogge, R. D.,& Bradbury, T. N. (1999). Till violence does us part: The differing roles of communication and aggression in predicting adverse marital outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(3), 340-351.

Roth, R.M., Wishart, H.A., Flashman, L.A. Riordan, H.J., Huey, L., & Saykin, A.J. (2004). Contribution of organizational strategy to verbal learning and memory in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychology, 18*(1), 78-84.

Sadock, B.J.,& Sadock, V.A., (2007). *Comprehensive textbook of psychiatry* (8.baskı) (H.Aydın ve A. Bozkurt, Çev.). Ankara: Güneş Kitabevi.

Sadock, B.J.,& Sadock, V.A., (2012). *Ergen psikiyatrisi* (H.Aydın ve A. Bozkurt, Çev.). Ankara: Güneş Kitabevi. (Orijinal çalışma basım tarihi 2009).

Schneewind, K.A.,& Gerhard, A.K. (2002). Relationship personality, conflict resolution, and marital satisfaction in the first 5 years of marriage. *Family Relations, 51*(1), 63-71.

Segal, D., Mashal, N., & Shalev, L. (2015). Semantic conflicts are resolved differently by adults with and without ADHD. *Research in Developmental Disabilities, 47,* 416–429.

Shackelford, T.K., Besser, A., & Goetz, A.T. (2008). Personality, marital satisfaction, and probability of marital infidelity. *Individual Differences Research, 6*(1), 13-25.

Silliman, B., Schumm, W., Parker, R., & Simons, M. (2003). Marital satisfaction, adulthood. *Encyclopedia of primary prevention and health promotion* içinde (s.677-678). New York: Plenum Publishers.https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4615-0195-4_100

Snyder, D.K. (1979). Multidimensional assessment of marital satisfaction. *Journal of Marriage and Family, 41* (4), 813-823.

South, S. C., Turkheimer, E., & Oltmanns, T. F. (2008). Personality disorder symptoms and marital functioning. *Journal of Consulting And Clinical Psychology, 76*(5), 769-780.

South,S.C., Turkheimer, E., & Oltmanns, T.F. (2008). Personality disorder symptoms and marital functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76* (5), 769–780.

Soylu Y. ve Kağnıcı, Y. (2015). Evlilik uyumunun empatik eğilim, iletişim ve çatışma çözme stillerine göre yordanması. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal, 5* (43) 44-54.

Stickley, A., Koyanagi, A., Ruchkin, V., & Kamio, Y. (2016). Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and suicide ideation and attempts: Findings from the Adult Psychiatric Morbidity Survey 2007. *Journal of Affective Disorders, 189,* 321-328.

Şendil, G. ve Korkut, Y. (2008). Evli çiftlerdeki çift uyumu ve evlilik çatışmasının demografik özellikler açısından incelenmesi. *Psikoloji Çalışmaları, 28,* 15-34.

Şener, A. ve Terzioğlu, R.G. (2002). *Ailede eşler arası uyuma etki eden faktörlerin araştırılması* (Yayınlanmamış doktora tezi). Hacetepe Üniversitesi, Ankara.

Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S. (2015). *Çok değişkenli istatistiklerin kullanımı* (6. Baskı). (M. Baloğlu, Çev.).Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık. (2015).

Taylor, M.R., Boden, J.M., & Rucklidge, J.J. (2014). The relationship between ADHD symptomatology and self-harm, suicidal ideation, and suicidal behaviours in adults: A pilot study. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders, 6*(4), 303-312.

Taysi, E. (2010). Evlilikte bagislama: Evlilik uyumu ve yüklemelerin rolü. *Türk Psikoloji Dergisi, 25*(65), 40-52.

Tezer, E. (1996). Evlilik ilişkisinden sağlanan doyum: Evlilik Yaşamı Ölçeği. *Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 2* (7), 1-7.

Tuğlu, C. ve Öztürk Şahin, Ö. (2010). Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Nörobiyoloji, tanı sorunları ve klinik özellikler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2*(1), 75-116.

Tutarel-Kışlak, Ş. (1999).Evlilikte Uyum Ölçeği'nin (EUÖ) güvenirlik ve geçerlik çalışması, *3P Psikoloji, Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, 7(1), 50-57.

TürkPsikiyatri. (2012). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve özgül öğrenme güçlüğü [Broşür]. Öner, P., Aysev, A.S. ve Altınoğlu Dikmeer, İ: Yazar.

Üneri, Ö., Vatandaş, N. ve Atay, G. (2009).Ergenlik döneminde DEHB bozukluğu tanısı konan bir grubun özellikleri ve altı-on yaş grubunda tanı konan çocuklarla karşılaştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 10*, 48-54.

Vegt, M., Tulen, J.H.M., Van Tuijl, H.R., Twigt, C.M., & Hengeveld, M.W. (2007). Psychiatrische en neuropsychologische kenmerken van een groep volwassenen verwezen naar een academische polikliniek voor ADHD. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *49*(5), 289-299.

Villa, M.B.,& Del Prette, Z.A.P. (2013). Marital satisfaction: The role of social skills of husbands and wives. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, *23*(56), 379-388.

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,* 885-890.

Warheit, G. J., Arey, S. A., Holzer, C. E., & Bell, R. A. (1976). Sex, marital status, and mental health: A reappraisal. *Social Forces,55*(2), 459-470.

Weibel, S., Jermann, F., Weiner, L., Nicastro, R., Ardu,S., Pham,E., … &Perroud,N. (2017). Insomnia in adult attention-deficit/hyperactivity disorder: A comparison with borderline personality disorder population in a clinical setting and control participants. *Comprehensive Psychiatry, 76*, 119-128.

Weiss, G., Hechtman, L., Milroy, T., & Perlman, T. (1985). Psychiatric status of hyperactives as adults: a controlled prospective 15-year follow-up of 63 hyperactive children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, *24*(2), 211-220.

Whisman, M. A., Rhee, S. H., Hink, L., Boeldt, D. L., & Johnson, D. P. (2014). Genetic and environmental ınfluences on the association between subjective well-being and marital adjustment. *Couple & Family Psychology, 3*(1), 48–64.

Whisman, M.A., Uebelacker, L.A., & Weinstock, L.M. (2004). Psychopathology and marital satisfaction: The importance of evaluating both partners. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*(5), 830-838.

Widiger, T.A., Costa, P.T., Gore, W.L., & Crego,C. (2013). Five factor model personality disorder research. T. A. Widiger & P. T. Costa (Ed.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (3. baskı) içinde Washington, DC: American Psychological Association. 20 Haziran 2018,https://www.researchgate.net/ publication/317341242_Five-Factor_Model_and_Personality_Disorder

Williamson, D.,& Johnston, C. (2016). Marital and coparenting relationships: Associations with parent and child symptoms of ADHD. *Journal of Attention Disorders, 20*(8), 684-694.

Yaşan, A., veGürgen, F. (2004). Psikiyatri ve fizik tedavi polikliniklerine başvuran hastaların geleneksel yardım arama davranışının karşılaştırılması. *Dicle Tıp Dergisi, 31*(3), 20-28.

Yelsma, P. (1984). Functional conflict management in effective marital adjustment. *Communication Quarterly, 32*(1), 56-61.

Young, S., Morris, R., Toone, B., & Tyson, C. (2007). Planning ability in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychology, 21* (5), 581-589.

Young, S.,Heptinstall, E., Sonuga-Barke, E.J.S., Chadwick, O. ve Taylor, E. (2005). The adolescent outcome of hyperactive girls: Self-report of psychosocial status. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46* (3), 255–262.

Young,S.,& Bramham,J, (2007). *ADHD in adults: A psychological guide to practice.* England: John Wiley&Sons, Ltd. http://eds.b.ebscohost.com/ehost/ebookviewer/ebook/ZTAwMHh3d19fMTc5NTY1X19BTg2?sid=22d1e0a7-b7ed-4627-bfe2-8b8bf337dfa7@sessionmgr102&vid=21&format=EB&rid=3

Yüksel, Ö. ve Dağ, İ. (2015). The relationship between marital adjustment and psychological symptoms in women: The mediator roles of coping strategies and gender role attitudes. *Türk Psikiyatri Dergisi, 26* (3), 181-188.

Zara, A. ve Yucel, F.G. (2017). The effect of projective ıdentification, conflict resolution styles, and gender roles on marital satisfaction. *Turkish J Clinical Psychiatry 20,* 76-83.

Zimmerman, E.P. (2009). Conflict resolution strategies and improving relationships for ATs. *Human Kinetics - ATT, 14* (4), 36-39.

EKLER

Ek-1: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma, Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Psikoloji Bölümü öğretim üyesi Prof. Dr. Şennur TUTAREL KIŞLAK'ın danışmanlığında, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans programı çerçevesinde yürütülen yüksek lisans tez çalışmasıdır. Çalışmada Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı alan ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı almayan evli bireylerin evlilik uyumlarının karşılaştırılması amaçlanmaktadır. Bu bağlamda sizden, verilen anketleri doldurmanız istenmekte olup bunun dışında herhangi bir yükümlülüğünüz olmayacaktır. Araştırma sonucunda sağlıklı bilgilerin elde edilebilmesi için yönergeleri dikkatlice okumanız, yanıtlarınızda samimi ve gerçeği yansıtan ifadelere yer vermeniz ve boş soru bırakmamanız büyük önem taşımaktadır. Uygulama sırasında paylaştığınız bilgiler gizli tutulacak ve yalnızca araştırmacılar tarafından bilimsel amaçlara uygun olarak kullanılacaktır. Yanıtlarınız bireysel olarak değerlendirilmeyip diğer katılımcılardan elde edilen verilerle birlikte grup halinde değerlendirmeye alınacaktır. Soruları yanıtlamanız yaklaşık 25-30 dakika sürecektir.

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmakta olup herhangi bir nedenden ötürü kendinizi rahatsız hissederseniz formları doldurmayı bırakabilir ve katılımınızı sonlandırabilirsiniz. Veriler toplanıp araştırma tamamlandığında, arzu ederseniz sonuçlar konusunda size genel bilgi verilecektir. Araştırma ile ilgili herhangi bir sorunuz ya da sorununuz olduğunda Burcu KAHVECİ ÖNCÜ ile iletişime geçebilirsiniz.

(E-posta: bkahveci@ankara.edu.tr, Tel: 0312 595 72 18)

NOT: Soruları anlamakta ve/veya cevaplandırmada bir güçlükle karşılaşırsanız, tam olarak anlamadan işaretleme yapmayınız. Böyle bir durumda araştırmacıya çekinmeden başvurunuz.

Katkılarınız için teşekkür ederim.

ÇALIŞMAYA KATILMAYI KABUL EDİYORSANIZ LÜTFEN AŞAĞIDAKİ KUTUCUĞU İŞARETLEYİNİZ VE İMZANIZI ATINIZ.

☐ Yukarıda yer alan metni okudum, ayrıca araştırmacı tarafından sözlü olarak bilgilendirildim ve bu metnin bir kopyası tarafıma verildi. Araştırmaya katılımımın tamamen gönüllük esasına bağlı olduğunu, eğer istemezsem bu çalışmaya katılmayabileceğimi ve istediğim zaman çalışmadan çıkabileceğimi biliyorum ve verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayınlarda kullanılmasını onaylıyorum.

İmza:

EK-2: Sosyodemografik Veri Formu (DEHB Grubu)

Yaşınız: ……..

Cinsiyetiniz:() Kadın () Erkek

Eğitim durumunuz: () İlkokul mezunu () Ortaokul mezunu () Lise mezunu

() Yüksekokul mezunu () Üniversite mezunu () Lisansüstü

Çalışıyor musunuz? () Evet () Hayır

Cevabınız 'Evet' ise mesleğinizi belirtiniz:……

Şimdiye kadar kaç kere iş değiştirdiniz?

() Hiç (Halen ilk başladığım işime devam ediyorum)

() 1 kez () 2 kez () 3 kez () 4 kez

() İş değiştirme sayınız mevcut şıklardan fazla ise lütfen sayısını yazınız:

……..

İş değiştirdiyseniz nedeni:……

Aylık Toplam Geliriniz: () 1-1000 TL () 1001 - 2000 TL arası () 2001 -3000 TL arası

() 3001 – 5000 TL arası () 5001-10000 TL arası () 10000 TL'den fazla

Şu andaki evliliğiniz: () İlk evliliğim () 2. Evliliğim () 3. Evliliğim () 4 ve üzeri

Şu anki eşinizle kaç aydır/ yıldır evlisiniz, lütfen belirtiniz:……

Daha önce evliliğiniz olduysa kaç ay/yıl evli kaldığınızı belirtiniz: ……

Çocuklarınız var mı?:() Evet () Hayır

Cevabınız 'Evet' ise sahip olduğunuz çocuk sayısını belirtiniz: ……

Sigara kullanıyor musunuz?:() Evet () Hayır

Ne sıklıkla alkol kullanırsınız?:() Hiç() Yalnızca sosyal ortamlarda () Ayda bir kaç kez

() Haftada bir kaç kez () Düzenli olarak her gün

Daha önce uyuşturucu madde kullanımınız oldu mu?:() Evet () Hayır

Daha önce hiç trafik cezası aldınız mı?() Evet () Hayır

Cevabınız 'Evet' ise kaç kez: …….....

Ceza sebebi: ……..

Daha önce hiç polisle başınız derde girdi mi ?:() Evet () Hayır

Daha önce intihar düşünceniz/ girişiminiz oldu mu? () Evet () Hayır

Daha önce psikiyatri bölümüne başvurunuz oldu mu?:() Evet () Hayır

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tedavisi için şu anda bir ilaç kullanıyor musunuz?

() Evet () Hayır

Cevabınız 'Evet' ise ilacınızın ismini belirtiniz:……

Kullandığınız günlük dozu belirtiniz:……

İlacınızı ne kadar süredir kullandığınızı belirtiniz:……..

Kullandığınız ilacı belirli bir süre önerilen günlük dozunda düzenli olarak mı kullandınız?

() Evet () Hayır

Cevabınız 'Hayır' ise geçmişte Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tedavisi için herhangi bir ilaç kullanıp kullanmadığınızı belirtiniz:

() Evet () Hayır

Cevabınız 'Evet' ise ilacınızın ismini belirtiniz:……

İlacınızı ne kadar süredir kullandığınızı belirtiniz:……..

Kullandığınız ilacı belirli bir süre önerilen günlük dozunda düzenli olarak mı kullandınız?

() Evet () Hayır

Bilinen herhangi bir fiziksel hastalığınız var mı, belirtiniz:……..

Ailenizde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı almış biri var mı?

() Evet () Hayır

Cevabınız 'Evet' ise yakınlık derecesini belirtiniz:……

Ailenizde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu dışında psikiyatrik tanı almış biri var mı?:

() Evet () Hayır

Cevabınız 'Evet' ise yakınlık derecesini belirtiniz: ……...

Biliyorsanız tanısını belirtiniz: ……..

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU(Kontrol Grubu)

Yaşınız: ……..

Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek

Eğitim durumunuz: () İlkokul mezunu () Ortaokul mezunu () Lise mezunu

() Yüksekokul mezunu () Üniversite mezunu () Lisansüstü

Çalışıyor musunuz? () Evet () Hayır

Cevabınız 'Evet' ise mesleğinizi belirtiniz:……

Şimdiye kadar kaç kere iş değiştirdiniz?

() Hiç (Halen ilk başladığım işime devam ediyorum)

() 1 kez () 2 kez () 3 kez () 4 kez

() İş değiştirme sayınız mevcut şıklardan fazla ise lütfen sayısını yazınız: …….

İş değiştirdiyseniz nedeni:……

Aylık Toplam Geliriniz: () 1-1000 TL () 1001 - 2000 TL arası () 2001 -3000 TL arası

() 3000 – 5000 TL arası () 5000-10000 TL arası () 10000 TL'den fazla

Şu andaki evliliğiniz: () İlk evliliğim () 2. Evliliğim () 3. Evliliğim () 4 ve üzeri

Şu anki eşinizle kaç aydır/ yıldır evlisiniz, lütfen belirtiniz:……

Daha önce evliliğiniz olduysa kaç ay/yıl evli kaldığınızı belirtiniz: ……..

Çocuklarınız var mı?: () Evet () Hayır

Cevabınız 'Evet' ise sahip olduğunuz çocuk sayısını belirtiniz: ……

Sigara kullanıyor musunuz?:() Evet () Hayır

Ne sıklıkla alkol kullanırsınız?:() Hiç () Yalnızca sosyal ortamlarda () Ayda bir kaç kez

() Haftada bir kaç kez () Düzenli olarak her gün

Daha önce uyuşturucu madde kullanımınız oldu mu?:() Evet () Hayır

Daha önce hiç trafik cezası aldınız mı?() Evet () Hayır

Cevabınız 'Evet' ise kaç kez: …….....

Ceza sebebi: ……...

Daha önce hiç polisle başınız derde girdi mi ?:() Evet () Hayır

Daha önce intihar düşünceniz/ girişiminiz oldu mu? () Evet () Hayır

Daha önce psikiyatri bölümüne başvurunuz oldu mu?:() Evet () Hayır

Bilinen herhangi bir fiziksel hastalığınız var mı, belirtiniz: ……

Ailenizde psikiyatrik tanı almış biri var mı?:

() Evet () Hayır

Cevabınız 'Evet' ise yakınlık derecesini belirtiniz: ……...

Biliyorsanız tanısını belirtiniz: ……

EK-3: Wender Utah Derecelendirme Ölçeği

Aşağıda belirtilen ifadeleri dikkatlice okuyunuz ve bütün maddeleri çocuk yaşantılarınıza göre yanıtlayınız. Son 3 maddeye çocukken okuldaki yaşantılarınıza göre yanı veriniz.

ÇOCUKKEN	Hayır ya da çok hafif	Hafif	Orta derecede	Fazla	Çok fazla
1. Dikkatimi toplama sorunum vardı, dikkatim kolayca dağılırdı.					
2. Kaygılı, tasalı, sıkıntılıydım.					
3. Asabi ve kıpır kıpırdım.					
4. Dikkatsizdim, hayallere dalardım.					
5. Kolayca kızar, öfkelenirdim.					
6. Hemen tepem atardı, öfke nöbetlerim olurdu.					
7. Başladığım bir işi sürdürmekte, takip etmekte ya da bitirmekte zorlanırdım.					
8. Kararlı, sebatkâr ve inatçıydım, irademe güçlüydü.					
9. Mutsuz, çökkün, karamsardım.					
10. Anne babamın sözünü dinlemez, onlara karşı gelir, isyankâr davranırdım.					
11. Kendimi küçük görürdüm.					
12. Alıngandım, buluttan nem kapardım.					
13. Huysuzdum, duygusal dalgalanmalar yaşardım.					
14. Kızgındım, çabuk gücenirdim.					
15. Düşünmeden hareket ederdim.					
16. Çocuksu davranırdım.					
17. Suçluluk duyardım, yaptıklarıma pişman olurdum.					
18. Kontrolümü kaybederdim.					
19. Akılsızca ya da mantıksızca davranırdım.					
20. Popüler değildim, arkadaşlıklarım uzun sürmezdi, diğer çocuklarla anlaşamazdım.					
21. Olayları diğerlerinin bakış açısından görmekte zorlanırdım.					
22. Otoriteyle, okulla sorunlarım olurdu, müdür beni odasına çağırırdı.					
BEN ÇOCUKKEN OKULDA					
23. Genel olarak başarısızdım, yavaş öğrenirdim.					
24. Matematikle ve sayılarla aram iyi değildi.					
25.Potansiyelime ulaşamadım.					

EK-4: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)

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

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

B BÖLÜMÜ	Asla	Nadiren	Bazen	Sık	Çok Sık
10.Evde veya işte eşyaları bulmakta ya da nereye koyduğunuzuhatırlamakta ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?					
11.Etrafınızdaki hareketlilik ve gürültü ne sıklıkla dikkatinizi dağıtır?					
12.Orada oturmanız beklendiğinde, bir toplantı veya benzer durumda ne sıklıkla yerinizden kalkarsınız?					
13.Ne sıklıkla kendinizi huzursuz, kıpır kıpır hissedersiniz?					
14.Kendinize ait boş zamanınız olduğunda ne sıklıklagevşemekte ve rahatlamakta güçlük çekersiniz?					
15. Sosyal ortamlarda bulunduğunuzda, ne sıklıkla kendinizi çok konulurken yakalarsınız?					
16.Bir sohbet ya da görüşmede, ne sıklıkla karşınızdakikişi cümlesini bitirmeden onun cümlesini bitirdiğinizifark edersiniz?					
17.Sıraya girmek gerektiğinde, ne sıklıkla sıranızıngelmesini beklemekte güçlük çekersiniz?					
18.Başka bir işle meşgul olduklarında diğer insanlarıaraya girip engeller misiniz?					
B BÖLÜMÜ					

EK-5: Evlilik Yaşamı Anketi

Bu anket evli eşler arasındaki anlaşmazlık konularını saptamak amacıyla hazırlanmıştır. Sizden istenen, ankette yer alan konuların her biri için eşinizle aranızda bu konuda bir anlaşmazlık olup olmadığına karar vermeniz ve eşinizle aranızda böyle bir durum yok ise "Böyle bir durum yok" seçeneğini, var ama bu durum aranızda bir gerginlik yaratmıyor ise "Var ama hiç gerginlik yaratmıyor" seçeneğini, var ve bu durum eşinizle aranızda bir gerginlik yaratıyor ise, ne sıklıkta gerginlik yarattığını "Yılda 1-2 kez gerginlik yaratıyor", "Ayda 1-2 kez gerginlik yaratıyor", "Haftada 1-2 kez gerginlik yaratıyor" ve "Günde 1-2 kez gerginlik yaratıyor" seçeneklerinden sizin için en uygun olanına çarpı işareti (X) koyarak belirtmenizdir.

KONULAR	Böyle bir durum yok	Var ama hiç gerginlik yaratmıyor	Yılda 1-2 kez gerginlik yaratıyor	Ayda 1-2 kez gerginlik yaratıyor	Haftada 1-2 kez gerginlik yaratıyor	Günde 1-2 kez gerginlik yaratıyor
1-) Bir yere giderken geç hazırlanma						
2-) Buluşma saatlerine geç kalma						
3-) Özel günleri (doğum günü, evlilik yıldönümü vb.) unutma.						
4-) Giyim biçimine ve saç şekline karışma.						
5-) Verdiği sözü tutmama.						
6-) Yapılan bir işi veya davranışı beğendiğini söylememe.						
7-) İsteklere ve ihtiyaçlara karşı duyarsız olma ve aldırmama.						
8-) Sürekli olarak alaycı bir tonda konuşma/ alay etme.						
9-) Davranışları yönetmeye ve düzenlemeye çalışma.						
10-) Eşe hükmetmeye çalışma.						
11-) Kendi isteklerini hep ön plana çıkarma.						
12-) Tartışmalarda davranışlarını ve söylediklerinikontrol edememe						
13-) Dövme, tartaklama, küfretme vb.girişimlerde bulunma						
14-) Yakın ve sıcak davranmama						
15-) Zor anlarda duygusal destek sağlamama.						
16-) Sigara içme.						
17-) Alkol kullanma.						
18-) Uyuşturucu kullanma.						
19-) Kumar oynama.						
20-)Farklı politikgörüşübenimseme						
21-) Dinsel inanç konularında anlaşamama.						
22-) Sadakatinden şüphe etme.						

KONULAR	Böyle bir durum yok	Var ama hiç gerginlik yaratmıyor	Yılda 1-2 kez gerginlik yaratıyor	Ayda 1-2 kez gerginlik yaratıyor	Haftada 1-2 kez gerginlik yaratıyor	Günde 1-2 kez gerginlik yaratıyor
23-) Birlikte sinema, tiyatro veya arkadaş toplantısı gibi yerlere gitmeyi reddetme.						
24-) Temiz ve düzenli olmama.						
25-) Evde üstüne düşen görevleri yerine getirmeme.						
26-) Ufak tefek konuları bile abartarak sürekli olarak tartışma çıkarmaya çalışma.						
27-) Boş zamanları tek başına değerlendirmeyi isteme.						
28-) Evde başka bir şeylerle ilgilenmeyip sürekli kitap, gazete vb. okuma, televizyon seyretme veya uyuma.						
29-) Anlatılan konuya ilgisiz kalma ve dinlememe.						
30-) Evlilik ilişkisinin aksayan yönlerini konuşamama.						
31-) Evlilik ilişkisinde yeterince açık ve dürüst olmama.						
32-) Sürekli olarak eşini olumsuz yönde eleştirme.						
33-) Aile mahremiyetinde kalması gereken olayları başkalarına anlatma						
34-) Toplantılarda, davetlerde vb. yerlerde karsı cinsten kişilerle fazla ilgilenme, sohbet etme.						
35-) Diğer kişilere daha ilgili ve sıcak davranma.						
36-) Kayınvalide - kayınpeder vb. yakınlar ile sık görüşmeyi isteme.						
37-) Başka bir kişiyle eşi aldatma.						
38-) Çocuk sahibi olmayı istememe						
39-) Çocukların okul hayatı ile ilgilenmeme.						
40-) Çocukların ihtiyaçlarıyla ilgilenmeme.						
41-) Çok sayıda çocuk sahibi olmayı isteme.						
42-) Çocuklarla ilgili herhangi bir konuyu tartışamama.						
43-) Çocuklara sevgi ve şefkat göstermeme.						

KONULAR	Böyle bir durum yok	Var ama hiç gerginlik yaratmıyor	Yılda 1-2 kez gerginlik yaratıyor	Ayda 1-2 kez gerginlik yaratıyor	Haftada 1-2 kez gerginlik yaratıyor	Günde 1-2 kez gerginlik yaratıyor
44-) Çocukları şımartma.						
45-) Çocuklara gerçekleştirilemeyecek sözler verme.						
46-) Kız veya erkek çocuk isteme.						
47-) Çocuklardan birini kayırma.						
48-) Çocukları dövme, tartaklama vb. girişimlerde bulunma.						
49-) İş hayatında eşinin kazandığı başarıyı kıskanma.						
50-) Eşinin işinde terfi edememesi.						
51-) İşe daha çok zaman ayırma.						
52-) Çok sık iş seyahatlerine çıkma						
53-) İş problemlerini eve taşıma.						
54-) İş saatlerinin belirli olmaması.						
55-) Paranın kullanımını elde tutma ve eşe para vermeme.						
56-) Fazla ya da gereksiz harcama yapmayı isteme.						
57-) Aşırı cimri olma.						
58-) Sürekli parasal sorunları dile getirme.						
59-) Düzenli bir gelire sahip olmama.						
60-) Kayınvalide kayınpeder vb. akrabalardan maddi destek alma veya verme.						
61-) Cinsel bilgisizlik veya yanlış bilgi sahibi olma.						
62-) Cinsel soğukluk/ iktidarsızlık.						
63-) Cinsel ilişkiden zevk alamama						
64-) Çok sık cinsel ilişki isteği.						
65-) Çok az cinsel ilişki isteği.						
66-) Farklı cinsel isteklerde bulunma.						
67-) Doğum kontrolü yöntemi konusunda anlaşamama.						
68-) Doğum kontrolü yöntemine dikkat etmeme.						
69-) Kısırlık.						
70-) Cinsel konularda konuşmaktan kaçınma.						

EK-6: Evlilikte Uyum Ölçeği

1.Bu maddede yer alan ölçeği kullanarak, bütün yönleri ile evliliğinizdeki mutluluk düzeyini en iyi temsil ettiğine inandığınız noktayı **daire** içine alınız. Ortadaki 'mutlu' sözcüğü üzerindeki nokta, çoğu kişinin evlilikten duyduğu mutluluk derecesini temsil eder ve ölçek kademeli olarak sol ucunda evliliği çok mutsuz olan küçük bir azınlığı, sağ ucunda ise evliliği çok mutlu küçük bir azınlığı temsil etmektedir.

* * * * * * *

Çok Mutsuz Mutlu Çok Mutlu

*Aşağıdaki maddelerde verilen konulara ilişkin olarak, siz ve eşiniz arasındaki **anlaşma ya da anlaşmazlık** derecesini yaklaşık olarak **(X)** şeklinde belirtiniz. Lütfen her maddeyi değerlendiriniz.*

	Her zaman anlaşırız	Hemen her zaman anlaşırız	Ara sıra anlaşamadığımız olur	Sıklıkla anlaşamayız	Hemen her zaman anlaşamayız	**Her zaman anlaşamayız**
2. Aile bütçesini idare etme	0	0	0	0	0	0
3. Boş zaman etkinlikleri	0	0	0	0	0	0
4. Duyguların ifadesi	0	0	0	0	0	0
5. Arkadaşlar	0	0	0	0	0	0
6. Cinsel ilişkiler	0	0	0	0	0	0
7. Toplumsal kurallara uyma(doğru, iyi veya uygun davranış)	0	0	0	0	0	0
8. Yaşam felsefesi	0	0	0	0	0	0
9. Eşin akrabalarıyla anlaşma	0	0	0	0	0	0

*Lütfen evliliğinizi en iyi ifade ettiğine inandığınız bir cevabın yanındaki kutucuğu **(X)** şeklinde işaretleyiniz.*

10. Ortaya çıkan uyumsuzluklar genellikle:

( ) Erkeğin susması ile

( ) Kadının susması ile

( ) Karşılıklı anlaşmaya varılarak

sonuçlanır.

11. Ev dışı etkinliklerinizin ne kadarını eşinizle birlikte yaparsınız?

( ) Hepsini

( ) Bazılarını

( ) Çok azını

( ) Hiç birini

12. Boş zamanlarınızda genellikle aşağıdakilerden hangisini tercih edersiniz?

( ) Dışarıda bir şeyler yapmayı

( ) Evde oturmayı

Eşiniz genellikle aşağıdakilerden hangisini yapmayı tercih eder?

( ) Dışarıda bir şeyler yapmayı

( ) Evde oturmayı

13. Hiç evlenmemiş olmayı istediğiniz olur mu?

( ) Sık sık

( ) Arada sırada

( ) Çok seyrek

( ) Hiçbir zaman

14. Hayatınızı yeniden yaşayabilseydiniz;

( ) Aynı kişiyle evlenirdiniz

( ) Farklı bir kişiyle evlenirdiniz

( ) Hiç evlenmediniz

15. Eşinize güvenir, sırlarınızı ona açar mısınız?

( ) Hemen hemen hiçbir zaman

( ) Nadiren

( ) Çoğu konularda

( ) Her konuda

EK-7:Romantik İlişkilerde Çatışma Çözüm Stilleri Ölçeği

Aşağıda, eşinizle çatışma yaşadığınız durumlarda nasıl davrandığınızı içeren ifadeler yer almaktadır. Sizden, bu ifadelere ne düzeyde katıldığınızı '1- hiç katılmıyorum', '5- çok katılıyorum' olacak şekilde 1 ile 5 arasında puanlamanız istenmektedir.	**Hiç Katılmıyorum**					**Çok Katılıyorum**
ÇÇSÖ	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1. Tartışma esnasında konuyla ilgisiz de olsa zayıflıklarını yüzüne vururum.						
2. Kavganın büyümemesi için onun istediği şeyleri yaparım.						
3. Çok sinirlenmişsem konuşmayı ertelerim.						
4. Sorun durumunda pek çok şeyi içime atabilirim.						
5.Sorunun uzamadan çözülebilmesi için kaynağını bulmaya çalışırım.						
6. Sinirlendiğimde kırıcı şeyler söylerim.						
7. Problemi büyütmemek için onu sakinleştirmeye çalışırım.						
8. Sesimi yükselterek beni dinlemesini sağlamaya çalışırım.						
9. Tartışmada ortak bir çözüm noktası bulmaya çalışırım.						
10. Çok büyük sorunlar yaşadığımızda ondan uzak durmaya çalışırım.						
11.Sorun çözümlenmeden tartışmayı sonlandırmam.						
12. Bağırıp çağırarak istediğimi yaptırırım.						
13. Sorunun tüm yönlerini tartışma sırasında konuşmak isterim.						
14. Sevgilimi ilişkiyi bitirmekle tehdit ederim.						
15. Bana bağırdığında onun olmadığı bir odaya geçerim.						
16. Kavgalarımız sırasındaki kızgınlığımı fiziksel olarak gösteririm.						
17. İlişkide sorun yaşanmaması için kendimden ödün veririm.						
18. Sorun yaşadığımızda sevgilimin yanından uzaklaşırım.						
19.Sorunun çözülmesine yardımcı olacağına inanırsam durumu alttan alırım.						
20. Onun olumsuz tepkilerine karşılık vermeyerek problemin büyümemesini sağlamaya çalışırım.						
21. Çok gergin olduğumuzda susarım.						
22.Bir problem yaşandığında, konuyla ilgili düşündüğüm her şeyi açıklarım.						
23.Eğer çok sinirlenmişsem, sinirim geçene kadar konuşmayı reddederim.						
24. Bir problem yaşandığında, kendimi sevgilimin yerine koyarak onun ne düşündüğünü anlamaya çalışırım.						
25. Sürekli imalarda bulunurum.						

EK-8: Birtchnell Eş Değerlendirme Ölçeği (Erkek Formu)

Aşağıda, eşlerle ilgili ifadeler yer almaktadır. Sizden istenilen, eşinizi ve eşinizle olan ilişkinizi göz önüne alarak maddeleri cevaplamanızdır. Cevaplarken lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. O maddede sözü edilen ifadenin SİZİN EŞİNİZE uyup uymadığını düşününüz. Maddedeki ifadenin, eşiniz için ÇOĞUNLUKLA UYGUN OLDUĞUNU düşünüyorsanız "EVET" kutusunun altına (X) işareti koyunuz. Maddedeki ifadenin, eşiniz için ÇOĞUNLUKLA UYGUN OLMADIĞINI düşünüyorsanız "HAYIR" kutusunun altına (X) işareti koyunuz. Eğer o ifadenin eşinize uyup uymadığı konusunda bir KARAR VEREMİYORSANIZ "KARASIZIM" kutusunu işaretleyiniz. Hiçbir maddeyi boş bırakmayınız. Cevaplandırırken başkalarının görüşlerini dikkate almadan, sadece kendi görüşlerinizi belirtiniz.

	Evet	**Kararsızım**	**Hayır**
1. Eşim hatalarının farkındadır			
2. Duygularını kolayca belli etmez			
3. Anlayışlıdır			
4. Aklı hep kendi düşüncelerindedir			
5. Aileme karşı hoşgörülü değildir			
6. Ondan farklı yönlerimi olduğu gibi kabul eder			
7. Beni kendinden uzak tutar			
8. Güçlüklere göğüs gerebilir			
9. Kendine güveni azdır			
10.Moralim bozuk olduğunda bana yardımcı olur			
11. Beni anlayamaz			
12. Şefkatlidir			
13.Her şeyin kendi arzu ettiği biçimde yapılmasını ister			
14. Eşim olayların gülünecek tarafını görebilir			
15. İkimizin eşit haklara sahip olduğunu düşünür			
16. Benden nadiren yardım ister			
17. Beni sık sık kötüler			
18. Güvenebileceğim birisidir			
19. Ona benzememi ister			
20. İnsanlara güvenir			
21. Kendi bildiğini okur			
22. Çoğu zaman yaptıklarını onayladığımdan emin olmak ister			
23. İnsanlarla iyi geçinir			
24. Eşimle gurur duyarım			
25. Kendini savunamaz			
26. Dertlerimi dinler			
27. Sık sık içine kapanır			
28. Kendi başına karar verebilir			
29. Her şeye kusur bulur			
30. Moralimin bozuk olduğunu fark eder			
31. Eşim aşırı kıskançtır ve çok fazla üstüme düşer			
32. İyi bir şey yaptığımda beni takdir eder			
33. Dırdırcıdır			
34. Neyi başarıp neyi başaramayacağını iyi bilir			
35. Eleştirilerden aşırı etkilenir			
36. Başkalarının düşüncelerine değer verir			
37. Hoşlandığım şeyleri yapmam için beni destekler			
38. İnatçıdır			
39. Beni sevimli bulur			
40. Acil problemlerle başa çıkabilir			

	Evet	Kararsızım	Hayır
41. Benim fikirlerime değer vermez			
42. Hatalarımı hoş görür			
43. İstediğim halde beni kendi halime bırakmaz			
44. Yaptıklarımı kontrol edip bana hükmetmekten hoşlanır			
45. Kendimi "işe yaramaz biri" gibi hissetmeme neden olur			
46. Beni ne zaman kendi halime bırakması gerektiğini bilir			
47. Başkalarının sorunlarıyla uğraşmak istemez			
48. Bana karşı iyidir			
49. Arkadaşlarımı eleştirir			
50. Ona yeterince ilgi göstermediğimden yakınır			
51. Beni yatıştırabilir			
52. Bazen hatalı olduğunu kabul eder			
53. Bana güvenir			
54. Düşüncelidir			
55. Benim ne istediğimi benden daha iyi bildiğini zanneder			
56. Onunla konuşmak kolaydır			
57. Yapmak istediğim şeyleri gerçekleştirmemi engeller			
58. Yeni durumlara kolayca uyar			
59. Genellikle ne yapması gerektiğinin söylenmesini ister			
60. Onunla geçinmek kolaydır			
61. Bazen olduğundan daha güçsüzmüş gibi davranır			
62. Eşim benimle gurur duyar			
63. Kırıcı konuşur			
64. İşlerim yolunda gitmediğinde üzülür ve benimle ilgilenir			
65. Kendini bana acındırmaya çalışır			
66. Olduğum gibi davranmama izin verir			
67. Düşüncelerini, duygularını kendine saklar			
68. Çok yeteneklidir			
69. Ona olan ilgimin kaybolmasından korkar			
70. Beni aptal yerine koyar			
71. Bana duygusal olarak yakın olmaktan hoşlanır			
72. Hayattan ne beklediğini bilir			

Bırtchnell Eş Değerlendirme Ölçeği (Kadın Formu)

Aşağıda, eşlerle ilgili ifadeler yer almaktadır. Sizden istenilen, eşinizi ve eşinizle olan ilişkinizi göz önüne alarak maddeleri cevaplamanızdır. Cevaplarken lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. O maddede sözü edilen ifadenin SİZİN EŞİNİZE uyup uymadığını düşününüz. Maddedeki ifadenin, eşiniz için ÇOĞUNLUKLA UYGUN OLDUĞUNU düşünüyorsanız "EVET" kutusunun altına (X) işareti koyunuz. Maddedeki ifadenin, eşiniz için ÇOĞUNLUKLA UYGUN OLMADIĞINI düşünüyorsanız "HAYIR" kutusunun altına (X) işareti koyunuz. Eğer o ifadenin eşinize uyup uymadığı konusunda bir KARAR VEREMİYORSANIZ "KARASIZIM" kutusunu işaretleyiniz. Hiçbir maddeyi boş bırakmayınız. Cevaplandırırken başkalarının görüşlerini dikkate almadan, sadece kendi görüşlerinizi belirtiniz.

	Evet	**Kararsızım**	**Hayır**
1. Eşimle geçinmek kolaydır			
2. Tartışma çıkarmayı sever			
3. Sabırlı ve hoşgörülüdür			
4. Kırıcı konuşur			
5. Eşimle hoş vakit geçirilir			
6. Her şeye kusur bulur			
7. Güçlü ve güvenilirdir			
8. Kendi başına karar verebilir			
9. Hatalarımı sürekli yüzüme vurur			
10. Moralimin bozuk olduğunu fark eder			
11. İnsanlarla iyi geçinir			
12. Gergin olduğumda beni yatıştırır			
13. Sorumluluktan kaçar			
14. Olduğum gibi davranmama izin verir			
15. Kolay incinir			
16. Eşim saygı duyduğum ve güvendiğim bir insandır			
17. Hiçbir zaman bana ayıracak fazla zamanı olmaz			
18. Eleştirilerden aşırı etkilenir			
19. Beni aşağılar			
20. Ona ihtiyacım olduğu zaman yanımdadır			
21. Benim fikirlerime değer vermez			
22. İstediğim halde beni kendi halime bırakmaz			
23. Omzunda ağlamama izin verir			
24. Beni tehdit eder			
25. İnsanlara güvenir			
26. Beni çekici bulur			
27. Beni sık sık kötüler			
28. Şaka kaldırır			
29. Sık sık içine kapanır			
30. İyi bir şey yaptığımda beni takdir eder			
31. Kendini bana acındırmaya çalışır			
32. Anlayışlıdır			
33. Aşırı üzüntüye, sevince, heyecana gelemez			
34. Yeni durumlara kolayca uyar			
35. Onunla konuşmak zordur			
36. Eşim sevecen bir insandır			

	Evet	Kararsızım	Hayır
37. Hayatımı benim yerime düzenlemeye çalışır			
38. Başkalarının düşüncelerine değer verir			
39. Ona aşırı ilgi göstermemi ister			
40. Evine bağlıdır			
41. Aileme karşı hoşgörülü değildir			
42. Mahremiyetime saygı gösterir			
43. İşlerim yolunda gitmediğinde üzülür ve benimle ilgilenir			
44. Yaptıklarımı kontrol edip bana hükmetmekten hoşlanır			
45. Eşimle sırrımı paylaşabilirim			
46. Biraz soğuk bir insandır			
47. İkimizin eşit haklara sahip olduğunu düşünür			
48. Kendi arkadaşlarım olmasından hoşlanmaz			
49. Hatalarının farkındadır			
50. Kendini savunamaz			
51. Ona benzememi ister			
52. Bana güvenir			
53. Kendine güveni azdır			
54. Moralim bozuk olduğunda bana yardımcı olur			
55. Aklı hep kendi düşüncelerindedir			
56. Acil problemlerle başa çıkabilir			
57. Hayattan ne beklediğini bilir			
58. Eşim aşırı kıskançtır ve çok fazla üstüme düşer			
59. Asık suratlıdır			
60. Bana karşı samimidir			
61. Kendi bildiğini okur			
62. Kendinden emin değildir			
63. Kendi ailesiyle iyi geçinir			
64. Genellikle ne yapması gerektiğinin söylenmesini ister			
65. Eşim iyi ve düşünceli bir insandır			
66. Duygusal olarak ona çok yakın olmamdan hoşlanmaz			
67. Hoşlandığım şeyleri yapmam için beni destekler			
68. Bana hayranlık duyar			
69. Başkalarının sorunlarıyla uğraşmak istemez			
70. Neyi başarıp neyi başaramayacağını iyi bilir			
71. Güçlüklere göğüs gerebilir			
72. Sık sık desteklenmeye ihtiyaç duyar			
73. Benim ne istediğimi benden daha iyi bildiğini zanneder			
74. Bana duygusal olarak yakın olmaktan hoşlanır			
75. Beni dikkate almaz			
76. Beni şımartır			
77. Ondan farklı yönlerimi olduğu gibi kabul eder			
78. Her şeyin kendi istediği biçimde yapılmasını arzu eder			
79. Yapmak istediğim şeyleri gerçekleştirmemi engeller			

EK-9: Etik Kurul Onayı

GİZLİ

T.C
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : **56786525-050.04.04** / 43647
Konu : Etik Kurul Kararı Hakkında

21 Haziran 2017

Sayın Burcu KAHVECİ ÖNCÜ
Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Dikimevi/ANKARA

İlgi: 16/05/2017 tarihli başvurunuz.

"Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Evli Bireylerin Evlilik Uyumları Açısından Karşılaştırılması" başlıklı yüksek lisans tezi ile ilgili olarak Ankara Üniversitesi Etik Kurulunun 19/06/2017 tarihli toplantısında alınan 11/189 sayılı kararın bir örneği ilişikte gönderilmektedir.

Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.

Prof.Dr.Sibel A.ÖZKAN
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

EKLER:
Karar Örneği (1 sayfa)

GİZLİ

Ankara Üniversitesi Rektörlüğü 06100 - Tandoğan/ANKARA
Telefon : 0 (312) 60 40 / 2101
Faks : 0 (312) 212 60 49

Ayrıntılı Bilgi İçin

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
ETİK KURULU
KARAR ÖRNEĞİ

Karar Tarihi : **19/06/2017**

Toplantı Sayısı : **11**

Karar Sayısı : **189**

189-Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencilerinden **Burcu Kahveci Öncü'**nün "Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Evli Bireylerin Evlilik Uyumları Açısından Karşılaştırılması" başlıklı yüksek lisans tezi ile ilgili 16/05/2017 tarihli "İnsan Üzerinde Yapılan Klinik Dışı Araştırmalar Başvuru Formu" Etik Kurulumuzca incelenmiştir.

Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencilerinden **Burcu Kahveci Öncü'**nün "Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Evli Bireylerin Evlilik Uyumları Açısından Karşılaştırılması" başlıklı yüksek lisans tezi ile ilgili araştırmanın, araştırma protokolüne uyulması ve etik onay tarihinden itibaren geçerli olması koşuluyla uygulanmasının etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

ASLININ AYNIDIR
19/06/2017

Prof.Dr.Muharrem ÖZEN
Ankara Üniversitesi
Etik Kurulu Başkanı

ÖZET

Kahveci Öncü, Burcu, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Erişkinlerin Evlilik Çatışmaları ve Evlilik Uyumları Üzerine Bir İnceleme, Yüksek Lisans Tezi, Danışman: Prof. Dr. Şennur Tutarel Kışlak, 142 s.

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) bireylerin akademik, sosyal ve bireysel yaşantılarını olumsuz etkilemekte; yetişkinlik döneminde özellikle yakın kişilerarası ilişkilerde ve evlilikte pek çok soruna neden olmaktadır. Hastalığın tanınmaması ve uygun yollarla tedavi edilmemesi, evliliklerin sonlandırılmasına yol açabilmektedir. Bu nedenle, özellikle evlilik ilişkilerinde DEHB'nin etkilerinin araştırılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmanın amacı; evlilik uyumu, evlilik çatışmaları, çatışma çözüm stilleri ve eşlerin birbirine ilişkin değerlendirmeleri açısından sağlıklı çiftler ile eşlerden birinin DEHB tanısı aldığı çiftler arasındaki farklılıkların incelenmesidir. Çalışmanın örneklemini 33 DEHB tanısı almış birey ile çalışmaya katılma konusunda gönüllü olan 28 eş ve kartopu örnekleme yoluyla ulaşılan 43 sağlıklı çift oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak Wender Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ), Erişkin DEHB Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS), Evlilik Yaşamı Anketi (EYA), Evlilikte Uyum Ölçeği (EUÖ), Romantik İlişkilerde Çatışma Çözüm Stilleri Ölçeği (ÇÇSÖ) ve Birtchnell Eş Değerlendirme Ölçeği (BEDÖ) kullanılmıştır.

Yapılan analizler DEHB tanısı alan yetişkinler ve eşlerinin evlilikteki çatışma düzeyi, evlilik uyumu ve çatışma çözme stilleri açısından sağlıklı çiftlerden anlamlı düzeyde farklılaştığını göstermektedir. Bu kişiler sağlıklı çiftlere göre evliliklerinde daha fazla çatışma yaşamakta ve daha az evlilik uyumu göstermektedir. Regresyon analizi sonucunda DEHB grubundaki çiftlerin evlilik uyumunu çatışma sıklıkları ve

eşlerin birbirini güvenilebilir ya da olumsuz olarak değerlendirmeleri %67 düzeyinde yordarken sağlıklı grupta çatışma sıklığı, olumsuz ve geri çekilme çatışma çözüm stili %47 düzeyinde yordamaktadır.

Araştırmadan elde edilen bilgiler alanyazın ışığında tartışılmış, çalışmanın sınırlılıkları belirlenmiş ve sonraki araştırmalar için öneriler sunulmuştur.

Anahtar sözcükler: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, DEHB, evlilik, evlilik uyumu, evlilikte çatışma, çatışma çözme.

ABSTRACT

Kahveci Öncü, Burcu, A Research on the Marital Conflict and Marital Adjustment of Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Master's Thesis, Advisor: Prof. Şennur Tutarel Kışlak, 142 p.

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), negatively affects the academic, social and individual experiences of individuals; in adulthood, especially in close relationships and in a marriage, causes many problems. Failure to recognize the disease and not to treat it with appropriate ways may lead to termination of marriages. For this reason, it is thought to be important to investigate the effects of ADHD especially in marital relationship.

The aim of this research is to examine differences between healthy couples and couples in which one of the spouses has been diagnosed ADHD, in terms of marital adjustment, marital conflict, conflict resolution styles and spouses's evaluations about each other. The sample of the study were constited of 33 subjects with ADHD and 28 spouses who volunteered to participate in the study and 43 healthy pairs. Wender Utah Rating Scale (WRS), Adults ADHD Self-Report Scale (ASRS), Marital Conflict Questionnaire (MCQ), Marital Adjustment Scale (MAS), Conflict Resolution Styles Scale in Romantic Relationship (ÇRSS) and The Birtchnell Partner Evaluation Scale (BPES) were used as data collection tools.

The analysis showed that adults with ADHD and their spouses in terms of marital conflict level, marital adjustment and conflict resolution styles, differ significantly from healthy couples. These people have more conflict in their marriage than healthy couples and show less marital adjustment. As a result of the regression analysis; conflict frequency and spouses's evaluation each other as dependable and

negative, predicted marital adjustment of couples in ADHD group at a level of %67 whereas conflict frequency, negative and retreat conflict resolution styles predicted marital adjustment of healthy couples at a level of %47.

The information obtained from the research was discussed in the light of the literature, the limitations of the study were determined and suggestions were presented for the next researches.

Key Words: Attention deficit hyperactivity disorder, ADHD, marriage, marital adjustment, marital conflict, conflict resolution.