



T.C.
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE
BOZUKLUĞU TANILI YETİŞKİNLERDE
BİRİKTİRME DAVRANIŞININ İNCELENMESİ

Dr. N. Yavuz EFE

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Ocak 2025
İSTANBUL



T.C.
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE
BOZUKLUĞU TANILI YETİŞKİNLERDE
BİRİKTİRME DAVRANIŞININ İNCELENMESİ

Dr. N. Yavuz EFE

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Aynur Görmez

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Ocak 2025
İSTANBUL

ONAY

“DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANILI YETİŞKİNLERDE BİRİKTİRME DAVRANIŞININ İNCELENMESİ” başlıklı tez başarılı olarak kabul edilmiştir.

JÜRI ÜYELERİ

İMZA

.....

.....

.....

Tarih: / /.....

YAZAR BİLDİRİMİ

“DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANILI YETİŞKİNLERDE BİRİKTİRME DAVRANIŞININ İNCELENMESİ” başlıklı uzmanlık tezimin tarafımca ve kendi sözcüklerimle yazıldığını ve bu tezde;

- Farklı yazarların araştırmaları ile ilgili bilgiler verildiğinde uygun yerlerde doğru biçimde yazarlara atıfta bulunulduğunu,
- Bu tez ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması olmadığını,
- Tez içerisinde başka yayınlar ve araştırmalardan yapılan alıntılar için tırnak içine alınarak sunulduğu ve gerekli atıfların belirtildiğini,
- Tezin önceden herhangi bir yerde yayınlanmadığını beyan ederim.

Ocak, 2025

Dr. N. Yavuz EFE

İmza

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez yazım sürecimde bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşarak eğitimime katkıda bulunan tez danışmanım ve değerli hocam Prof. Dr. Aynur Görmez'e,

Uzmanlık eğitimim boyunca deneyimlerinden her fırsatta istifade ettiğim, mesleki gelişimime katkısı bulunan başta Anabilim Dalı Başkanı'mız Doç. Dr. Hasan Turan Karatepe'ye, değerli hocalarım Doç. Dr. Mehmet Emrah Karadere'ye, Doç. Dr. Rümeysa Yeni Elbay'a,

Uzmanlık eğitimim süresince mesleki becerilerinden faydalanma şansı bulduğum ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen değerli hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Kurtulmuş Çalış'a ve Dr. Öğr. Üyesi Zülal Çelik'e,

Rotasyonlarım süresince mesleki gelişimime katkı sağlayan Prof. Dr. Vahdet Görmez, Doç. Dr. Alperen Bıkmazer ve Prof. Dr. Temel Tombul başta olmak üzere bütün hoca ve uzmanlara,

Asistanlık sürecinde birlikte çalışma fırsatı yakaladığım için kendimi şanslı hissettiğim, deneyimlerinden faydalandığım ve hayatımın her alanda desteklerini her daim hissettiğim Uzm. Dr. Seda Sarıkaya Erdil, Uzm. Dr. Elif Öztürk ve Dr. Ayşegül Hopur İlhan'a,

Birlikte çalışmaktan keyif aldığım hem bölümümüzdeki hem de rotasyonlar olarak bulunduğum bölümlerdeki bütün asistan doktor arkadaşlarıma ve kliniğimizde birlikte çalıştığımız bütün psikolog, hemşire ve personel ekibimize,

Tez yazım sürecinde desteğini her daim hissettiren Emel Küçüktatar'a,

Hayatım boyunca desteklerini hissettiğim ve her anımda yanımda olan annem, babam, ablam ve yeğenim Ayrıs'e

Çok teşekkür ederim.

Dr. N. Yavuz EFE

İÇİNDEKİLER

YAZAR BİLDİRİMİ	iv
TEŞEKKÜR	v
KISALTMALAR	viii
TABLO LİSTESİ	ix
ŞEKİL LİSTESİ	x
ÖZET	xi
ABSTRACT	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU	3
2.1.1. Tanım	3
2.1.2. Tarihçe	3
2.1.3. Epidemiyoloji	4
2.1.4. Etiyoloji	4
2.1.5. Tanı	5
2.1.6. Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar	5
2.2. BİRİKTİRME VE BİRİKTİRİCİLİK BOZUKLUĞU	6
2.2.1. Tanım	6
2.2.2. Tarihçe	6
2.2.3. Epidemiyoloji	7
2.2.4. Etiyoloji	7
2.2.5. Tanı	8
2.2.6. Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar	8
2.3. YÜRÜTÜCÜ İŞLEVLER	8
2.3.1. Tanım	8
2.3.2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Yürütücü İşlevler	9
2.3.3. Biriktiricilik Bozukluğunda Yürütücü İşlevler	9
3. GEREÇ VE YÖNTEM	11
3.1. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ VE DESENİ	11
3.1.1. Dahil edilme ve dışlanma ölçütleri	11
3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	12
3.2.1. Onam Formu	12
3.2.2. Sosyodemografik Veri Formu	12

3.2.3. DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme	13
3.2.4. Yetişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği.....	13
3.2.5. Barratt Dürtüsellik Ölçeği.....	13
3.2.6. Biriktirme Envanteri- Gözden Geçirilmiş Formu.....	13
3.2.7. Yetişkin Yürütücü İşlevler Envanteri	14
3.2.8. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form	14
3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	14
4. BULGULAR.....	16
5. TARTIŞMA.....	30
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	38
KAYNAKLAR	39
EKLER	49
EK 1. Etik Kurul Onayı	49
EK 2. Onam Formu.....	51
EK 3. Sosyodemografik Veri Formu	52
EK 4. SCID-5 Formu	53
EK 5. Yetişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği.....	54
EK 6. Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Form	55
EK 7. Biriktirme Envanteri-Gözden Geçirilmiş Formu.....	56
EK 8. Yetişkin Yürütücü İşlevler Envanteri	60
EK 9. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form.....	61
EK 10. Benzerlik Raporu.....	64

KISALTMALAR

ASRS	Yetişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Öz Bildirim Ölçeği
BDNF.....	Beyin Türevli Nörotrofik Faktör
BE-GGF	Biriktirme Envanteri-Gözden Geçirilmiş Form
BIS-11-KF	Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Form
DAT-1	Dopamin Taşıyıcısı Düzenleyici Gen
DEHB	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DEHB-B	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu bileşik görünüm
DEHB-DE.....	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu dikkat eksikliği baskın görünüm
DEHB-HD	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu hiperaktivite/dürtüsellik baskın görünüm
DRD-4.....	Dopamin Reseptör Geni
DRD-5.....	Dopamin Reseptör Geni
DSM.....	Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
fMRI	Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme
KG.....	Kontrol Grubu
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
PFK	Prefrontal Korteks
SCID-5	DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme
SNAP-25.....	Sinaptozomal ilişkili protein 25
WHOQOL-BREF	Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form
YYİE.....	Yetişkin Yürütücü İşlevler Envanteri

TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1. Araştırmada değerlendirilen vakaların demografik özelliklerinin karşılaştırılması	16
Tablo 4.2. Araştırmada değerlendirilen vakaların klinik özelliklerinin karşılaştırılması ...	17
Tablo 4.3. Araştırmada değerlendirilen vakaların ölçek puanlarının karşılaştırılması	18
Tablo 4.4. DEHB alt tipleri arasında BE-GGF puanlarının karşılaştırılması	19
Tablo 4.5. Araştırmada değerlendirilen DEHB vakalarının komorbid psikiyatrik tanısı olan ve olmayan grupları arasında ölçek puanlarının karşılaştırılması	19
Tablo 4.6. Araştırmada değerlendirilen DEHB vakalarının ölçek puanlarının birbiriyle ilişkisi.....	20
Tablo 4.7. Araştırmada değerlendirilen DEHB vakalarının BE-GGF ile değerlendirilen biriktirme davranışları ile ölçek puanlarının ilişkisi	22
Tablo 4.8. Biriktirme Puanlarını Yordamada Etkili Olan Değişkenlerin Analizi.....	23
Tablo 4.9. Aracılık Analizi Bulguları	24
Tablo 4.10. WHOQOL-BREF Fiziksel Alt Boyutu puanlarını yordamada etkili olan değişkenlerin analizi	26
Tablo 4.11. WHOQOL-BREF Psikolojik Alt Boyutu puanlarını yordamada etkili olan değişkenlerin analizi	27
Tablo 4.12. WHOQOL-BREF Sosyal Alt Boyutu puanlarını yordamada etkili olan değişkenlerin analizi	28
Tablo 4.13. WHOQOL-BREF Çevresel Alt Boyutu puanlarını yordamada etkili olan değişkenlerin analizi	29

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 3.1. Akış şeması	12
Şekil 4.1. Aracılık analizi	24



ÖZET

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANILI YETİŞKİNLERDE BİRİKTİRME DAVRANIŞININ İNCELENMESİ

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ana bileşenlerini oluşturan dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik ile karakterize olmakla birlikte farklı alanlarda da sorunlarla seyredebilen ve etkileri yaşam boyu sürebilen nörogelişimsel bir bozukluktur. Son yıllarda yapılan çalışmalar DEHB tanılı hastalarda biriktirme davranışının daha fazla olduğunu göstermektedir. Literatürde DEHB’li hastalarda biriktirme davranışını etkileyen faktörlerle ilgili farklı bulgular olduğu görülmektedir. Bu ilişkide etkili olabilecek farklı fenomenlerin araştırılması önemlidir. Mevcut çalışmada DEHB tanılı hastalarda biriktirme davranışı ile dikkat eksikliği, dürtüsellik ve yürütücü işlev eksiklikleri arasındaki ilişkiyi ve yaşam kalitesi ile biriktirme davranışları arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmıştır. Araştırmanın örneklemi Ağustos 2024 – Kasım 2024 tarihleri arasında İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran, DSM-5 tanı kriterlerine göre DEHB tanısı alan hastalardan ve sağlıklı kontrollerden seçilmiştir. Veri toplama aracı olarak DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5), sosyodemografik veri formu, Yetişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS), Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu (BIS-11-KF), Biriktirme Envanteri-Gözden Geçirilmiş Formu (BE-GGF), Yetişkin Yürütücü İşlevler Envanteri (YYİE) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form (WHOQOL-BREF) kullanılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden, dahil edilme ve dışlanma kriterlerine uygun olan hasta grubu için 90 katılımcı ve sağlıklı kontrol grubu için 90 katılımcı olmak üzere toplam 180 katılımcının verileri değerlendirilmiştir. Hasta grubunda, sağlıklı kontrollere göre ASRS puanlarının ($p<0,001$), BIS-11-KF puanlarının ($p<0,001$), YYİE puanlarının ($p<0,001$) ve BE-GGF puanlarının ($p<0,001$) daha yüksek, WHOQOL-BREF alt boyut puanlarının ($p<0,001$) daha düşük

olduğu saptanmıştır. Dikkat eksikliği baskın görünümde olan hastaların BE-GGF puanlarının anlamlı düzeyde ($<0,001$) daha fazla olduğu görülmüştür. Hasta grubunda BE-GGF puanları ile ASRS dikkat eksikliği puanları ($p<0,001$), ASRS hiperaktivite/dürtüsellik puanları ($p=0,002$), BIS-11-KF puanları ($p=0,001$) ve YYİE puanlarının ($p=0,001$) ilişkili olduğu, ancak BE-GGF puanlarının temel yordayıcısının ASRS dikkat eksikliği puanları ($p<0,001$) olduğu görülmüştür. Hasta grubunda WHOQOL-BREF fiziksel ve çevresel alt boyut puanlarının temel yordayıcısının BE-GGF puanları (sırasıyla $p=0,001$, $p=0,017$) olduğu, WHOQOL-BREF psikolojik alt boyut puanlarını yordamada BE-GGF ve ASRS dikkat eksikliği puanlarının (sırasıyla $p=0,037$, $p=0,015$) anlamlı olduğu, WHOQOL-BREF sosyal alt boyut puanlarını yordamada incelenen puanların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p=0,167$) görülmüştür. Çalışmamızın bulguları, DEHB hasta grubunda biriktirme davranışının daha fazla görüldüğü ve düşük yaşam kalitesi ile ilişkisi olduğunu ortaya koymuş ve biriktirme davranışının hastaların takibi sürecinde değerlendirilmesi gereken bir fenomen olduğu göstermiştir. DEHB hastalarında biriktirme davranışlarına etki edebilecek farklı etkenlerin araştırılması ve potansiyel tedavilerin geliştirilmesi için ileri araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar kelimeler: biriktirme, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, dürtüsellik, yürütücü işlevler

ABSTRACT

EXAMINATION OF HOARDING BEHAVIOUR IN ADULTS DIAGNOSED WITH ATTENTION DEFICIT AND HYPERACTIVITY DISORDER

Attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder that is characterized by attention deficit, hyperactivity and impulsivity, which constitute its main components, and can also present with problems in different areas with a lifelong impact. Recent studies show that hoarding behavior is more common in patients with ADHD. However, findings on factors affecting hoarding behavior in these patients vary. In the current study, we aimed to examine the relationship between hoarding behavior and attention deficit, impulsivity and executive function deficits and the relationship between quality of life and hoarding behavior in patients with ADHD. The sample of the study was selected from patients diagnosed with ADHD according to DSM-5 diagnostic criteria and healthy controls who applied to Goztepe Prof. Dr. Süleyman Yalcin City Hospital Psychiatry outpatient clinic between August 2024 and November 2024. The Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5), sociodemographic data form, The Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder Self-Report Scale (ASRS), Barratt Impulsivity Scale Short Form (BIS-11-SF), Saving Inventory-Revised (SI-R), Adult Executive Functions Inventory (ADEXI) and World Health Organization Quality of Life Scale Short Form (WHOQOL-BREF) were used as data collection tools. The data of a total of 180 participants, 90 participants for the patient group and 90 participants for the healthy control group, were evaluated. In the patient group, ASRS scores ($p<0.001$), BIS-11-SF scores ($p<0.001$), ADEXI scores ($p<0.001$) and SI-R scores ($p<0.001$) were higher and WHOQOL-BREF subscale scores ($p<0.001$) were lower than healthy controls. Patients with dominant attention deficit exhibited significantly (<0.001) higher SI-R scores. In the patient group, SI-R scores were correlated with ASRS attention deficit scores ($p<0.001$), ASRS hyperactivity/impulsivity scores ($p=0.002$), BIS-11-SF scores ($p=0.001$) and ADEXI scores

($p=0.001$), but the main predictor of SI-R scores was ASRS attention deficit scores ($p<0.001$). In the patient group, SI-R scores were found to be the main predictor of WHOQOL-BREF physical and environmental sub-dimension scores ($p=0.001$, $p=0.017$, respectively), SI-R and ASRS attention deficit scores were significant in predicting WHOQOL-BREF psychological sub-dimension scores ($p=0.037$, $p=0.015$, respectively), and the scores examined in predicting WHOQOL-BREF social sub-dimension scores were not statistically significant ($p=0.167$). Our findings showed that hoarding behavior was more common in the ADHD patient group and was associated with low quality of life, and it was shown that hoarding behavior is a phenomenon that should be evaluated during the monitoring process of patients. Further studies are needed to explore factors influencing hoarding behaviors and develop treatments.

Keywords: attention deficit hyperactivity disorder, executive functions, hoarding, impulsivity

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), çocukluk döneminde başlayan ve yaşam boyu devam edebilen, yaşa ve gelişim düzeyine uygun olmayan dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik olmak üzere üç temel belirtiyile tanımlanan nörogelişimsel bir bozukluktur (1). Çocukluk döneminde başlayan ve yetişkinlikte %40-60 oranında devam eden DEHB, yetişkinlerde en sık görülen psikiyatrik bozukluklar arasındadır (2). DEHB'nin yetişkinlerde yaygınlığı %2,5-4,9 aralığında bulunmuştur (3).

DEHB'de eş tanılar oldukça sıktır. DEHB'li yetişkinlerin %80'inin eşlik eden en az bir psikiyatrik bozukluğa sahip olduğu bildirilmektedir (4). Son zamanlarda yapılan araştırmalar DEHB'li bireylerde biriktirme davranışının daha fazla görüldüğünü ve DEHB ile biriktirme davranışının gelişimi arasında bağlantı olabileceğini öne sürmüştür (5,6).

Biriktirme, Türkçe'de istifleme olarak da bilinir. İstiflemek, Türk Dil Kurumu'nun tanımına göre düzgün bir biçimde üst üste yığmak, stok etmek anlamına gelmektedir. Biriktiricilik, Frost ve arkadaşları tarafından yararsız veya sınırlı değere sahip olan çok sayıda nesne edinme ve onları atmakta zorlanma, yaşam alanlarındaki faaliyetleri engelleyecek seviyede eşya kalabalığı ve işlevsellikte önemli derecede bozulmanın görülmesi olarak tanımlanmıştır (7). Biriktiricilik bozukluğu ilk kez DSM-5'te Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar başlığı altında ayrı bir bozukluk olarak sınıflandırılmıştır (1). Biriktiricilik bozukluğu tanımlı bireylerin %20-29'unun DEHB tanı kriterlerini karşıladığı gösterilmiştir (8-10). Yapılan bir çalışmada DEHB tanımlı yetişkinlerin %32,1'inde biriktiricilik bozukluğu komorbiditesi saptanmıştır (11).

DEHB ve biriktiricilik bozukluğunun belirtileri çocukluk veya ergenlik döneminde başlar. Biriktiricilik bozukluğu tanımlı bireyler çoğunlukla yardım arayışında bulunmazlar ve ergenlik döneminde başlayan semptomlar zamanla giderek artar (12). DEHB tanımlı kişilerde biriktirme davranışlarının daha fazla görüldüğü bilgisi de göz önüne alındığında özellikle DEHB tanımlı kişilerde biriktirme davranışlarının incelenmesi erken teşhis ve müdahaleyi mümkün hale getirdiği için önemlidir.

DEHB ve biriktiricilik bozukluğunun örtüştüğü pek çok alan tanımlanmıştır. Bu alanlar arasında en ilgi çekici olanlardan biri yürütücü işlev bozukluklarıdır. Yürütücü

işlevler terimi hedefe yönelik davranışları düzenlemekte rol oynayan bir dizi üst düzey bilişsel süreci tanımlamak için kullanılır (13). Planlama, problem çözme, organizasyon, dikkat, çalışma belleği, zihinsel esneklik ve ketleme bu süreçte yer almaktadır (14). DEHB, yürütücü işlev bozukluğu ile ilişkilidir ve DEHB'li bireylerde yapılan çalışmalarda en belirgin etkilenmenin ketleme, çalışma belleği, sürekli dikkat ve planlama alanlarında olduğunu gösterilmiştir (15). Yürütücü işlev bozukluklarının biriktiricilik bozukluğunun gelişiminde ve sürdürülmesinde de önemli bir rol oynadığı bildirilmiştir (16–18).

DEHB ve biriktiricilik bozukluğu arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar son yıllarda artış göstermiştir. DEHB tanılı bireylerde biriktirme davranışlarının özellikle dikkat eksikliği ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (5,6). Biriktiricilik bozukluğu tanılı bireylerde yapılan çalışmalarda da dikkat eksikliğinin biriktirme davranışları ile ilişkili olduğunu gösterilmiştir (19,20). DEHB ve biriktiricilik bozukluğu ile ilgili ilgi çekici bir diğer nokta nöral anormallik alanlarında önemli ölçüde örtüşme olmasıdır. Her iki bozuklukta da fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) ile yapılan çalışmalarda anterior singulat girus ve prefrontal kortekste hipoaktivite saptanmıştır (21,22).

Yaşam boyu devam eden psikiyatrik rahatsızlıklar arasında yer alan DEHB'de toplumsal, akademik ve mesleki işlevsellikte bozulmalar hem tanı hem de tedavi yönetimi açısından önemli bir hedeftir (23). Genel popülasyonda biriktirme davranışının şiddeti arttıkça yaşam kalitesinin bozulduğu gösterilmiştir (24). Bu bağlamda DEHB'li bireylerin biriktirme davranışlarının incelenmesi işlevsellik ve yaşam kalitesi için önem taşır.

Bu çalışma ile DEHB tanısı olan yetişkinlerdeki biriktirme davranışını sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırmak, DEHB tanısı olan yetişkinlerde biriktirme davranışı ile dikkatsizlik, dürtüsellik ve yürütücü işlevler arasındaki ilişkinin ve biriktirme davranışı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

Bu bağlamda çalışmanın hipotezleri şu şekildedir:

- 1- DEHB tanılı yetişkinlerde biriktirme davranışı sağlıklı kontrollere göre daha fazladır.
- 2- DEHB tanılı yetişkinlerde biriktirme davranışının şiddeti dikkatsizlik ile ilişkilidir.
- 3- DEHB tanılı yetişkinlerde biriktirme davranışının şiddeti yürütücü işlev bozukluğu ile ilişkilidir.
- 4- DEHB tanılı yetişkinlerde biriktirme davranışının şiddeti yaşam kalitesi ile ilişkilidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

2.1.1. Tanım

DEHB, çocuklukta başlayan ve etkileri yaşam boyu sürebilen, yaşa ve gelişim düzeyine uygun olmayan dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik olmak üzere üç temel belirti ile karakterize olan nörogelişimsel bir bozukluktur (1). Dikkat eksikliği, kişinin odaklanma ve dikkati sürdürme konusunda yaşadığı zorluklar, yürütücü işlev bozukluklarına bağlı olarak organizasyon becerilerinde yaşanan problemlerle karakterize edilir. Bu belirtiler, ihmal ya da zihinsel yetersizlikle açıklanamaz. Hiperaktivite, yerinde duramama, sürekli hareket etme, kol ve bacakları sallama ve aşırı konuşma gibi davranışlarla kendini gösterir. Dürtüsellik ise, sonuçlarını düşünmeden aniden yapılan, kişiye zarar verebilecek eylemler ve hazzın geciktirilmesinde zorluk, anında tatmin arayışı ile tanımlanabilir (25,26).

2.1.2. Tarihçe

Dikkat eksikliği ilk kez Alman hekim Melchior Adam Weikard'ın 1775 yılında yayınladığı "Der philosophische Arzt" (Felsefi Hekim) isimli kitabında "Mangel der Aufmerksamkeit/Attentio volubilis" (Dikkat Eksikliği/Değişken dikkat) başlığı altında tanımlanmıştır (27). Weikard kitabında dikkat eksikliğini şu şekilde tanımlamıştır: "Her duyu bizi düşüncelerimizde veya düşünmemizde rahatsız edebilir, dikkatimizi nesnemizden uzaklaştırabilir ve dikkatimizi başka bir şeye çekebilir. Sonuç dikkatin dağılması, dikkat eksikliği ve dikkatsizliktir" (28).

DEHB ilk kez George Still tarafından 1902 yılında "ahlaki kontrolün ileri düzeyde yetersizliği" olarak hiperaktivite, öğrenme güçlükleri, dikkat problemleri ve davranım bozuklukları olan çocuklarda tanımlanmıştır (29). Hartocollis 1968 yılında yetişkinlerde DEHB'ye yönelik ilk yayını oluşturmuş ve DEHB'nin yetişkinlik döneminde de devam ettiğini belirtmiştir (30).

DSM-3'te "Dikkat Eksikliği Bozukluğu" şeklinde adlandırılan ve hiperaktivite varlığına göre iki gruba ayrılan bu bozukluk, DSM-3-R'de ilk kez "Dikkat Eksikliği ve

Hiperaktivite Bozukluğu” terimiyle ifade edilmiştir (31,32). DSM-4’te “İlk kez bebeklik, çocukluk ve ergenlikte başlayan bozukluklar” sınıfı altındaki “Dikkat Eksikliği ve Davranış Bozuklukları” başlığı altında “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu” olarak sınıflandırılmış olup dikkat eksikliği baskın tip, hiperaktivite/dürtüsellik baskın tip ve bileşik tip olarak üç alt tip belirlenmiştir (33). DSM-5’te “Nörogelişimsel bozukluklar” başlığı altında “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu” olarak tanımlanmış, alt tip yerine görünüm ifadesi kullanılmıştır (1).

2.1.3. Epidemiyoloji

Çocuk ve ergen psikiyatrisinde en sık tanı koyulan ve tedavi edilen bozukluk DEHB’dir (34). DEHB ergenlikte %60-80 oranında, yetişkinlikte %40-60 oranında devam etmektedir (2). Yetişkinlerde en sık görülen psikiyatrik bozukluklar arasında yer alan DEHB’nin yetişkinlerdeki yaygınlığı yapılan meta-analiz çalışmasında %2,5-4,9 olarak bildirilmiştir (3). DEHB’nin erkeklerde kadınlardan daha yaygın olduğu, erkek kadın oranının çocukluk döneminde 3:1 iken yetişkinlik döneminde erkek kadın oranının 1,8:1 olduğu gösterilmiştir (35,36). Kadınlarda dikkat eksikliği belirtilerinin hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerinden daha yaygın görüldüğü, bu nedenle kadınların daha geç yaşlarda DEHB tanısı aldığı ve DEHB’nin kadınlarda tanımlanma oranının arttığı belirtilmektedir (37).

2.1.4. Etiyoloji

DEHB’nin etiyolojisi henüz bütünüyle anlaşılamamış olmakta birlikte multifaktöriyel bir bozukluk olduğu bildirilmiştir (38). Kalıtılabilirlik oranı en yüksek olan psikiyatrik bozukluklardan biri olan DEHB’nin kalıtılabilirlik oranının %70-80 olduğu bildirilmiştir (39). DEHB’li bireylerin birinci derece akrabalarında DEHB görülme olasılığının toplumdan 2-8 kat daha yüksek olduğu bildirilmektedir (40). Genetik çalışmalar dopaminerjik, noradrenerjik, serotonerjik ve glutamaterjik sistem ile ilgili genler üzerine yoğunlaşmış olup en çok çalışma yapılan ve DEHB ile ilişkisi olduğu gösterilen genler dopamin reseptör genleri (DRD4, DRD5), dopamin taşıyıcısını düzenleyen gen (DAT-1) ve sinaps oluşumunda rolü olan sinaptozomal ilişkili protein 25 (SNAP-25) genleridir (41).

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun, çalışma belleği, işlem hızı, inhibisyon ve bilişsel esneklik gibi yürütücü işlevlerdeki eksikliklere neden olan prefrontal-striatal devredeki bir işlev bozukluğundan kaynaklandığı varsayılmıştır (42). DEHB gelişiminde anterior singulat korteks, prefrontal korteks (PFK), kaudat nukleus ve serebellum patolojileri önemli rol oynar (43). DEHB’li kişilerin beyin görüntülemelerinde

toplam beyin hacminin azaldığı, en belirgin değişikliklerin PFK, bazal gangliyonlar, serebellum ve parieto-temporal bölgelerde olduğu görülmüştür (44).

DEHB’de rolü olan nörotransmitterler ile ilgili birçok araştırma yapılmış, özellikle dopamin ve norepinefrin eksikliklerinin DEHB’ye neden olduğu gösterilmiştir (45–47). Çocuklarda yapılan nörogörüntüleme çalışmalarında beyaz ve gri cevher hacminde azalma, kortikal incelme ve kortikal gelişmede gecikme saptanmıştır (48). Shaw ve arkadaşlarının DEHB tanılı 223 çocuğu dahil ederek yaptıkları araştırmada DEHB’li çocukların korteks kalınlığı ve yüzey alanları gelişiminin sağlıklı bireylere göre geciktiği, en belirgin gecikmenin prefrontal kortikal bölgede olduğu gösterilmiştir (49).

DEHB etiyolojisinde psikososyal ve çevresel etkenlerin de önemi vurgulanmakta olup bu alanda birçok çalışma yapılmaktadır. DEHB ile ilişkili varyansın %10-40’ının çevresel faktörlerle açıklanabileceği öngörülmektedir (50). 2012 yılında yayınlanan bir sistematik derlemede, hamilelik sürecinde enfeksiyon geçirme, sigara ve alkol kullanımı, yetersiz beslenme, çevresel toksinlere maruz kalma, annenin yüksek stres ve kaygı seviyeleri, neonatal komplikasyonlar ve bebeğin duygusal ihtiyaçlarının karşılanmaması gibi faktörlerin DEHB’ye yatkınlık oluşturabileceği ifade edilmiştir (51). Yapılan araştırmalarda DEHB’li çocuklarda demir ve çinko eksikliklerinin daha yaygın olduğu ve düşük düzeylerin DEHB semptom şiddeti ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (52,53).

2.1.5. Tanı

DEHB, klinik bir tanıdır. Bu süreçte klinik ölçekler, nöropsikolojik değerlendirmeler ve laboratuvar testleri klinisyene yardımcı olur (54). DEHB belirtilerinin daha geç başlayabileceği ve yetişkinlik döneminde de devam edebileceği gözlemlenmesiyle DSM-5’te DEHB tanı kriterleri güncellenmiştir. Belirtilerin başlangıç yaşı 7’den 12’ye yükseltilmiş ve yetişkinler için hem dikkat eksikliği hem de hiperaktivite/dürtüsellik kriterlerinden karşılanması gereken kriter sayısı 6’dan 5’e düşürülmüştür. DSM-5 ölçütlerine göre DEHB tanısı koyabilmek için belirtilerin 12 yaşından önce başlaması, en az 6 aydır devam etmesi ve günlük yaşam aktivitelerini engellemesi ve belirtilerin birden fazla ortamda gözlemlenmesi gerekir (1).

2.1.6. Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar

DEHB’li yetişkinlerin %80’inin eşlik eden en az bir psikiyatrik bozukluğa sahip olduğu bildirilmektedir (4). DEHB’li yetişkinlerde en sık görülen eş tanılar depresyon, anksiyete bozuklukları, bipolar bozukluk, madde kullanım bozuklukları ve kişilik bozukluklarıdır (55). DEHB’ye eşlik eden psikiyatrik bozuklukların DEHB semptomlarını

şiddetlendirdiği ve işlevsellik kaybına yol açtığı gösterilmiştir (56). DEHB'ye sıklıkla eşlik eden bozukluklardan biri de biriktiricilik bozukluğudur. 2013 yılında yayınlanan bir araştırmada çocukluk döneminde DEHB tanısı almış yetişkinlerde yaşam boyu biriktirme belirtisi oranının %8,9, buna karşılık çocukluk döneminde DEHB tanısı almayanlarda ise bu oranın %2,7 olduğu saptanmıştır (6). DEHB tanılı yetişkinlerde biriktirme davranışının sağlıklı kontrollerden ve OKB tanılı hastalardan daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (5,11).

2.2. BİRİKTİRME VE BİRİKTİRİCİLİK BOZUKLUĞU

2.2.1. Tanım

Türkçe'de "istifleme" olarak da adlandırılan biriktirme, Türk Dil Kurumu'na göre, düzgün bir şekilde üst üste yığmak veya stok yapmak anlamlarına gelir. İstifleme kavramının temelinde biriktirmeye yönelik bir davranış bulunduğundan, biriktirme kelimesi daha geniş bir anlamda kullanılır. Bu çalışmada da DSM-5'in Türkçe çevirisinde olduğu gibi "biriktirme" terimi tercih edilecektir. Biriktiricilik bozukluğu, gerçek değeri ne olursa olsun sahip olunan nesneleri elden çıkartmakta veya onlarla bağlantısını kesmekte güçlük çekme, nesnelerin elden çıkartılması konusunda sıkıntı yaşama ve işlevsellik kaybının görülmesi olarak tanımlanmaktadır (1).

2.2.2. Tarihçe

Biriktirme davranışı ile ilgili yapılan çalışmalar 1993 yılından itibaren sistematik biçime getirilmiş olsa da Avrupa edebiyatı eserlerinde uzun yıllar öncesinden itibaren biriktirme davranışı bir karakter özelliği olarak yer almaktadır. William Shakespeare'in 1608'de yayınlanan "Coriolanus'un Tragedyası" isimli oyununda Caius Marcius karakteri kıtlık döneminde tahıl biriktiren bir lider olarak tasvir edilmektedir (57). Nikolay Gogol, 1842 yılında yayınlanan "Ölü Canlar" isimli romanında, Plyushkin karakteri ile kullanışsız eşyaları ve hatta ölü serfleri biriktiren bir aristokrat tasvir etmektedir (58). Charles Dickens tarafından kaleme alınan ve 1861 yılında yayınlanan "Büyük Umutlar" isimli romanda, eşyalarını atmakta zorlanan ve eşya yığını içerisinde yaşayan Bayan Havisham karakteri ve 1862 yılında yayınlanan "Kasvetli Ev" isimli romanda çeşitli eşyaları ve hukuki belgeleri dükkanında biriktiren ve hiçbir eşyasını satışa sunmayan Krook karakteri de biriktirme davranışını yansıtan edebi karakterlere örnek verilebilir (59,60).

Frost ve arkadaşları biriktirme kavramını "değeri olmayan veya sınırlı olan nesneleri edinme ve atma konusunda zorluk yaşama" şeklinde ilk kez sistematik olarak tanımlamış

ve biriktirme davranışının klinik açıdan anlamlı bir sorun oluşturabilmesi için, yaşam alanlarının günlük faaliyetleri engelleyecek kadar eşya ile dolu olması ve biriktirme davranışlarının belirgin bir sıkıntıya ve işlevsellikte bozulmaya yol açması gerektiğini belirtmişlerdir (7,61).

Biriktirme kavramı ilk kez DSM-4'te obsesif kompulsif kişilik bozukluğunun tanı kriterlerinden biri olarak yer almıştır (33). Kompulsif biriktirme kavramı ise yapılandırılmış görüşme ve ölçeklerde çoğunlukla obsesif kompulsif bozukluğun (OKB) alt kümesi olarak değerlendirilmiştir. Biriktiricilik bozukluğu DSM-5'te OKB ve ilişkili bozukluklar başlığı altında ayrı bir bozukluk olarak tanımlanmıştır (1).

2.2.3. Epidemiyoloji

Yapılan meta-analizde biriktiricilik bozukluğunun toplumdaki yaygınlığının %2,5 olduğu ve her iki cinsiyette benzer oranda görüldüğü bildirilmiştir (62). Biriktirme semptomlarının başlangıç yaşı ortalaması 16,7'dir (12).

2.2.4. Etiyoloji

Biriktiricilik bozukluğu genetik, nörobiyolojik, psikososyal ve çevresel faktörlerin etkileşimiyle şekillenen çok boyutlu bir etiyolojiye sahiptir. Yapılan çalışmalar biriktirme davranışının kalıtlabilirlik oranının %50 olduğunu belirtmektedir (63,64). Yapılan spesifik gen araştırmalarında glutamat taşıyıcı gen olan SLC1A1 ve nörotrofik bir protein olan Beyin türevli nörotrofik faktör (BDNF) geni ile biriktirme davranışının ilişkili olduğu bildirilmiştir (65,66).

Nörogörüntüleme çalışmaları biriktiricilik bozukluğu tanımlı hastalarda karar verme ve emasyon regülasyonu süreçlerinde rol alan anterior singulat korteks ve insula bölgelerindeki aktivite farklılıklarını göstermiştir (22). Biriktiricilik bozukluğu olan bireylerin bilişsel performansı incelendiğinde bu bireylerin planlama ve problem çözme, dikkat, hafıza, görsel uzamsal öğrenme, organizasyon ve çalışma belleği alanlarında zorluklar yaşadığı gösterilmiştir (67).

Biriktirme davranışı olan kişilerin hafızalarına daha az güvendikleri, hatırlamayı kolaylaştırmak için görsel hatırlatıcıları kullandıkları ve bunun neticesinde eşyalarını biriktirdikleri belirtilmektedir (68). Biriktirme davranışı olan kişilerin yaşam boyu daha fazla travmatik yaşam olayı bildirdiği gösterilmiş olup yaşanan travmanın normal duygusal işleme sürecini etkileyerek uyumsuz baş etme mekanizmalarına yönlendirildiği ifade edilmiştir (69).

2.2.5. Tanı

Biriktiricilik bozukluğu tanısı klinik bir tanıdır ve tanı sürecinde ayrıntılı bir anamnez önem taşır. Biriktiricilik Bozukluğu, DSM-5'te "Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar" başlığı altında ayrı bir tanı olarak yer almaktadır ve değeri ne olursa olsun sahip olduğu eşyaları atmakta veya elden çıkartmakta zorluk yaşama, eşyaları saklamanın gerekliliği ve atma ile ilişkili sıkıntı hissi, yaşam alanlarının kullanımını engelleyecek ölçüde eşyaların yığılması, biriktirmeye bağlı olarak klinik açıdan belirgin bir sıkıntı veya işlevsellik kaybı ve bu belirtilerin başka bir tıbbi veya ruhsal bozukluk ile açıklanamaması olarak tanımlanmıştır (1).

2.2.6. Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar

Biriktiricilik bozukluğu tanılı kişilerde sıklıkla eşlik eden başka psikiyatrik bozukluklar vardır ve bu durum tanı ve tedavi sürecini karmaşıklaştırmaktadır (20). Biriktiricilik bozukluğu tanılı bireylerde en yaygın eş tanılar majör depresif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, DEHB ve sosyal fobi olarak bildirilmiştir (8). Yapılan çalışmalar biriktiricilik bozukluğu tanılı kişilerin %27-40'ında DEHB'nin eşlik ettiğini göstermektedir (8,10,70). DEHB semptomları ve biriktirme arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar özellikle dikkat eksikliğinin biriktirme davranışı ile ilişkili olduğunu belirtmektedir (8,19).

2.3. YÜRÜTÜCÜ İŞLEVLER

2.3.1. Tanım

Yürütücü işlevler terimi hedefe yönelik davranışları düzenlemekte rol oynayan bir dizi üst düzey bilişsel süreci tanımlamak için kullanılır (13). Planlama, problem çözme, organizasyon, dikkat, çalışma belleği, zihinsel esneklik ve ketleme bu süreçte yer almaktadır (14).

Miyake ve arkadaşlarının tanımladığı modele göre yürütücü işlevler birbiriyle ilişkili ancak özerk olan değiştirme, çalışma belleği/güncelleme ve ketleme bileşenlerinden oluşmaktadır (71). Değiştirme terimi dikkat odağını farklı uyaranlar arasında yönlendirebilme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır. Çalışma belleği, bilgilerin geçici olarak depolanması, işlenmesi ve güncellenmesinden sorumlu bilişsel sistemdir. Ketleme, otomatik ve baskın tepkileri bastırma becerisini ifade eder ve daha uygun tepkilerin seçilmesi gereken durumlarda rol oynar (71,72).

Yürütücü işlevler özellikle prefrontal korteks ile ilişkidir. Yürütücü işlev bozuklukları DEHB, şizofreni, obsesif kompulsif bozukluk, madde kullanım bozuklukları, biriktiricilik bozukluğu, epilepsi ve travmatik beyin hasarı gibi birçok nöropsikiyatrik bozuklukla ilişkilendirilmiş olup transdiagnostik bir fenomen olarak ele alınmaktadır (73–78).

2.3.2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Yürütücü İşlevler

DEHB’de bilişsel süreçlerle ilgili yapılan çalışmalar DEHB’nin yürütücü işlev bozuklukları ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (79,80). Barkley, DEHB’deki esas bozukluğun davranışsal ketleme olduğunu ve buna bağlı olarak çalışma belleği, öz düzenleme, konuşmanın içselleştirilmesi ve yeniden yapılandırma işlevlerinin bozulduğunu ortaya koymuştur (81). Brown’un öne sürdüğü yürütücü işlevler modeli ise DEHB’li bireylerde bozulmuş olan altı bilişsel işlev kümesini içermektedir ve aktivasyon, odaklanma, çaba, duygusal düzenleme, hafıza ve davranış bileşenlerinden oluşmaktadır (82).

DEHB tanılı kişilerdeki yürütücü işlev bozuklukları ile ilgili yapılan meta-analiz çalışması en belirgin etkilenmenin ketleme, çalışma belleği, sürekli dikkat ve planlama alanlarında olduğunu göstermiş olmakla birlikte bozukluğun heterojen yapısının altını çizmiştir (15). Çalışma belleğindeki bozuklukların DEHB’li hastalardaki odaklanma güçlüğü, çok adımlı talimatları takip etmekte zorlanma, zaman yönetimi güçlüğü, davranışları düzenleme zorluğu ve dürtüsellik belirtileri ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (83,84). Ketleme eksiklikleri DEHB’li hastalardaki emosyon regülasyon bozukluğu, dürtüsellik ve riskli davranışlar ile ilişkilendirilmiştir (85,86). Yürütücü işlev bozukluklarının DEHB’li bireylerin işlevselliği ile ilişkili olduğu ve yaşam üzerinde olumsuz bir etki oluşturduğu gösterilmiştir (87).

2.3.3. Biriktiricilik Bozukluğunda Yürütücü İşlevler

Biriktiricilik bozukluğunun gelişiminde ve sürdürülmesinde yürütücü işlev bozuklukları önemli bir rol oynamaktadır (16–18). Çalışma belleğindeki bozukluklar biriktiricilik bozukluğunda belirgin olan yürütücü işlev bozuklukları arasında ön plana çıkmaktadır.

Çalışma belleğindeki bozuklukların karar verme süreçlerini olumsuz etkilediği ve biriktiricilik bozukluğu tanılı bireylerin eşyaları elden çıkartmakta güçlük çekmesi ve organizasyon zorlukları yaşaması ile ilişkilendirilmiştir (88). Biriktiricilik bozukluğu tanılı kişilerde çalışma belleğindeki bozuklukların özellikle görsel uzamsal dikkat ve hafıza gerektiren görevlerde gözlemlendiği belirtilmiştir. Bu kişilerin eşyalarını kategorize etmekte

zorlanması ve eşyaların yerini unutması çalışma belleğindeki bozukluklar ile ilişkilendirilmiştir (17). Ketleme eksikliğinin biriktiricilik bozukluğunda görülen eşyaları edinme dürtüsünü kontrol etme güçlüğüne yol açtığı ve bunun sonucunda yaşam alanlarında dağınıklık meydana geldiği gösterilmiştir (89).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ VE DESENİ

Araştırmanın örneklemi, Ağustos 2024 - Kasım 2024 tarihleri arasında Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniklerine başvuran ve DSM-5 tanı kriterlerine göre DEHB tanısı almış ve dahil edilme ölçütlerine uygun hastalar ile kontrol grubundaki bireylerden oluşturulmuştur. Kontrol grubundaki yetişkinlere kolayda örnekleme yoluyla ulaşılmıştır. Kontrol grubu DEHB tanısı olmayan, yaş, cinsiyet ve eğitim durumu açısından hasta grubuyla eşleştirilmiş hastane çalışanları ve üniversite öğrencilerinden oluşturulmuştur.

Araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler aydınlatılmış onam formu okutulup imzalatıldıktan sonra görüşme sürecine dahil edilmiştir. Katılımcılara ilk olarak DSM-5 tanı kriterlerini değerlendirmek amacıyla Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-5) uygulanmıştır. Dahil edilme ve dışlanma kriterlerini karşılayan bireylerle görüşme devam ettirilmiştir.

Katılımcılar tarafından sosyodemografik veri formu, Yetişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS), Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BIS-11-KF), Biriktirme Envanteri-Gözden Geçirilmiş Formu (BE-GGF), Yetişkin Yürütücü İşlevler Envanteri (YYİE), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form (WHOQOL-BREF) doldurulmuştur.

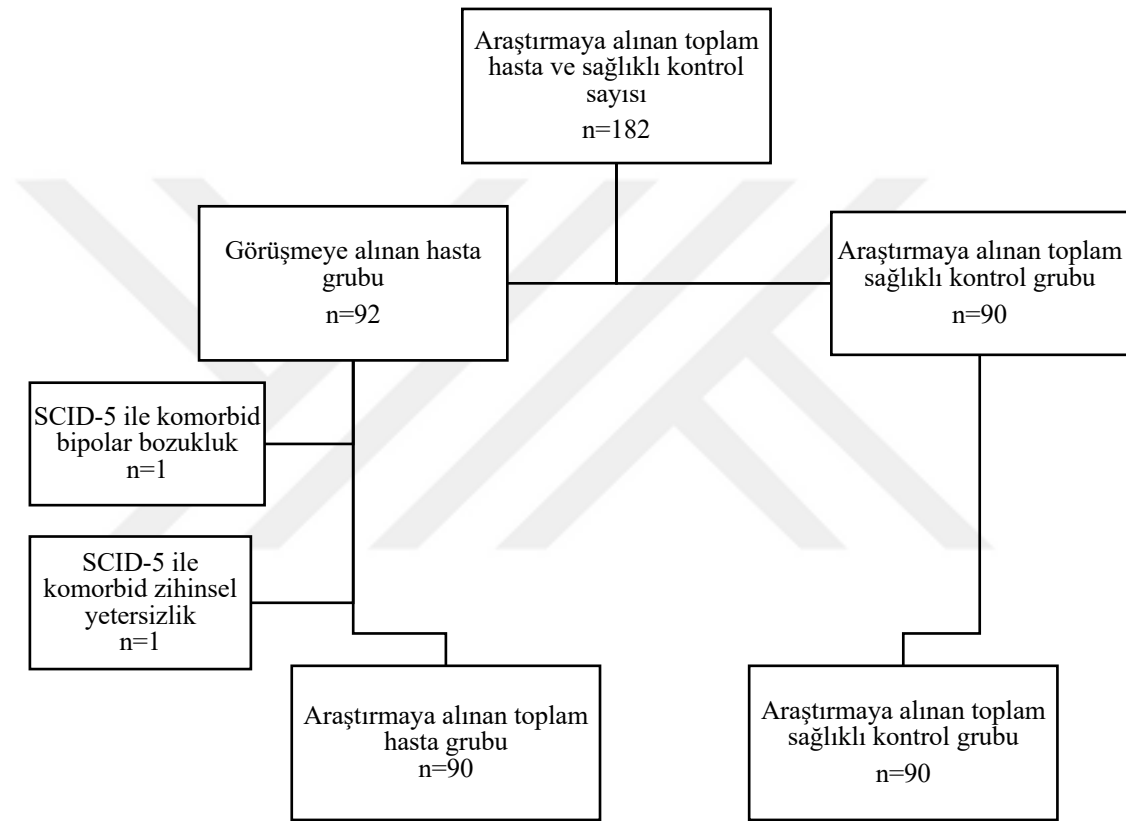
Bu çalışma için İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 01.08.2024 tarihinde 736 karar numarası ile onay alınmıştır.

3.1.1. Dahil edilme ve dışlanma ölçütleri

Hasta grubu için DSM-5 tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı olan, 18-65 yaş arasında, en az okur-yazar düzeyinde eğitimi olan hastalar araştırmaya dahil edilmiştir. Ciddi nörolojik defisiti olan, zihinsel yetersizlik tanısı olan ve yapılan SCID-5 uygulamasında şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, bipolar ve ilişkili bozukluklar tanıları olan hastalar çalışmadan çıkartılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden 92 hasta ile görüşülmüş olup

bir katılımcı bipolar bozukluk, bir katılımcı zihinsel yetersizlik tanısına sahip olduğu için dışlanmıştır (bkz. Şekil 3.1).

Sağlıklı kontrol grubu, kolayda örnekleme yöntemi kullanılarak oluşturulmuş olup yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi açısından eşleştirilmiştir. Kontrol grubu 18-65 yaş arasında olan, en az okur-yazar düzeyde eğitimi olan, bilinen nörolojik hastalığı olmayan, zihinsel yetersizlik tanısı olmayan, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar ve bipolar ve ilişkili bozukluklar tanıları olmayan bireylerden oluşmaktadır.



Şekil 3.1. Akış şeması

3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.2.1. Onam Formu

Araştırmacı tarafından oluşturulan, hastalara araştırma hakkında kapsamlı bilgi sunan ve onamlarının alındığı bir formdur.

3.2.2. Sosyodemografik Veri Formu

Bu form, araştırmacılar tarafından hazırlanmış olup hastanın kendisi tarafından okunup doldurulmaktadır. Formda, hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim seviyesi, çalışma durumu,

medeni hali, sigara, alkol ve madde kullanımları sorgulanmıştır. Ayrıca, katılımcıların ilaç kullanımları da değerlendirilmiştir.

3.2.3. DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından oluşturulan bu yapılandırılmış klinik görüşme ölçeği, tanısal değerlendirmenin standart bir şekilde gerçekleştirilmesini sağlayarak tanının güvenilirliğini ve geçerliliğini arttırmayı ve bozukluk belirtilerinin sistematik olarak incelenmesini amaçlamaktadır. 2019 yılında Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır (90).

3.2.4. Yetişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği

Bu öz bildirim ölçeği yetişkinlerde DEHB belirtilerini değerlendirmek için Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiştir (91). Ölçek her biri dokuz maddeden oluşan dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik olmak üzere iki alt birimden oluşmaktadır. Her madde, belirtilerin son altı ay içerisindeki şiddetini ve sıklığını sorgulamaya yönelik hazırlanmıştır. Her madde 0 ile 4 arasında puanlanır. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması 2009 yılında Doğan ve arkadaşları tarafından yapılmış, Cronbach alpha güvenirlik katsayısı 0,88 olarak tespit edilmiştir (92).

3.2.5. Barratt Dürtüsellik Ölçeği

İlk olarak 1959'da Barratt tarafından geliştirilen ölçek, yıllar içinde birkaç kez revize edilmiştir. BIS-11, 1995 yılında geliştirilen ve 30 sorudan oluşan bir ölçektir (93). Formun daha geniş bir kullanım alanı bulması amacıyla çeşitli dillere 15 soruluk kısa bir versiyonu uyarlanmış olup Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Tamam ve çalışma arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiş, Cronbach alpha güvenirlik katsayısı 0,82 olarak tespit edilmiştir (94). 15 soruluk BIS-11-KF plan yapmama, motor dürtüsellik ve dikkatte dürtüsellik alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Katılımcılardan maddeleri 1 (nadiren/hiçbir zaman) ile 4 (hemen her zaman/her zaman) arasında puanlamaları istenir. Daha yüksek ölçek puanları, daha yüksek düzeyde dürtüsellik gösterir.

3.2.6. Biriktirme Envanteri- Gözden Geçirilmiş Formu

Kompulsif biriktirme davranışını değerlendirmek amacıyla Frost ve arkadaşları tarafından geliştirilen bir öz bildirim ölçeğidir (95). Bu ölçek 23 maddeden oluşmakta olup, eşya kalabalığı, edinme/alma ve atmada zorluk olmak üzere üç alt boyut içermektedir. Her madde 0 ile 4 arasında puanlanır. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması 2014 yılında yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe uyarlamasının orijinale uygun olarak üç faktör yapısına (eşya

kalabalığı, edinme/alma, atmada zorluk) sahip olduğu tespit edilmiştir. Ölçeğin Cronbach's alpha güvenirlik katsayısı 0,86 olarak tespit edilmiş, alt boyutlar için Cronbach's alpha güvenirlik katsayıları ise eşya kalabalığı için 0,75, edinme/alma için 0,72 ve atmada zorluk için 0,77 olarak saptanmıştır (96).

3.2.7. Yetişkin Yürütücü İşlevler Envanteri

Yürütücü işlevlerin değerlendirilmesi amacıyla Holst ve Thorell tarafından 2018 yılında geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir (97). Çalışma belleği ve ketleme olmak üzere iki alt ölçekten ve toplam 14 maddeden oluşan bu ölçek, beşli Likert tipi bir derecelendirme sistemi kullanır. Ölçekten alınan yüksek puanlar yürütücü işlevlerdeki eksiklikleri göstermektedir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması 2023'te yapılmış olup ölçeğin toplam puanı, çalışma belleği ve ketleme için Cronbach alfa iç tutarlık katsayıları sırasıyla 0,80, 0,83 ve 0,73 olarak belirlenmiştir (98).

3.2.8. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla 1998 yılında geliştirilmiştir (99). WHOQOL-BREF, WHOQOL-100'ün bazı araştırmalar için çok uzun olabileceği düşünülerek tasarlanmış olan kısaltılmış formudur. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması 1999 yılında Eser ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (100). 27 sorudan oluşan ölçek yaşam kalitesini fiziksel alan, psikolojik alan, çevresel alan ve sosyal alan olmak üzere dört boyutta değerlendirmektedir. Beşli Likert tipinde değerlendirilen bu ölçekte puan artışı ile birlikte yaşam kalitesinin de artış göstermektedir.

3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Araştırmada değerlendirilen vakaların demografik ve klinik özellikleri betimleyici istatistiksel analizlerle (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma vb.) incelendi. Araştırmada değerlendirilen DEHB ve kontrol grubu (KG) vakaların ailede psikiyatrik öykü, ek hastalık ve klinik özelliklerle ilişkili oranların karşılaştırılmasında Ki-Kare testi kullanıldı. Araştırmada değerlendirilen DEHB ve KG vakalar arasında ASRS, BIS-11-KF, BE-GGF, YYİE ve WHOQOL-BREF skorlarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanıldı. DEHB tanılı vakalarda alt tip grupları arasında BE-GGF puanlarının ortalamalarının karşılaştırılması tek yönlü ANOVA analizine göre, ikili grup karşılaştırmaları ise Tukey testine göre yapıldı. DEHB tanılı vakalarda ASRS, BIS-11-KF, BE-GGF, YYİE ve WHOQOL-BREF alt boyutları skorları arasındaki ilişki Spearman Korelasyon Analizi kullanılarak incelendi. DEHB tanılı vakalarda ASRS toplam, ASRS

dikkat eksikliği alt ölçeği, ASRS hiperaktivite/dürtüsellik alt ölçeği, BIS-11-KF, YYİE toplam, çalışma belleği alt ölçeği ve ketleme alt ölçeği skorları arasındaki ilişki Spearman Korelasyon Analizi kullanılarak incelendi. Araştırmada değerlendirilen DEHB tanılı vakalarda ve KG vakalarında biriktirme puanlarını yordamada etkili olan değişkenlerin analizi Hiyerarşik Doğrusal Regresyon Analizi ile incelendi. Araştırmada değerlendirilen DEHB tanılı vakalarda ve KG vakalarında WHOQOL-BREF alt boyut skorlarını yordamada etkili olan değişkenlerin analizi Hiyerarşik Doğrusal Regresyon Analizi ile incelendi. YYİE ile biriktirme skorları arasındaki ilişkiye değişkenlerin aracılık etkisi Andrew Hayes tarafından geliştirilen SPSS'e uyumlu PROCESS programı kullanılarak incelendi. Bütün analizler için anlamlılık seviyesi $p \leq 0,05$ olarak belirlendi. Analizlerin uygulanmasında IBM SPSS 26.0 programı kullanıldı.



4. BULGULAR

Değerlendirmeye alınan toplam 180 katılımcının verileri analiz edildi. Katılımcıların demografik bilgileri Tablo 4.1’de gösterilmiştir. Ki-kare analizi sonuçlarına göre DEHB ve kontrol grupları arasında demografik değişkenlerin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği bulundu. Araştırmada değerlendirilen DEHB grubu vakaların yaş ortalamalarının $24,90 \pm 5,20$, KG vakaların yaş ortalamalarının $24,77 \pm 3,06$ olduğu bulundu. Mann Whitney U testine göre iki grup arasındaki yaş ortalamalarının istatistiksel açıdan benzer olduğu gözlemlendi.

Tablo 4.1. Araştırmada değerlendirilen vakaların demografik özelliklerinin karşılaştırılması

		DEHB		KG		Analiz	p
		Ort. / n	SS / %	Ort. / n	SS / %		
Yaş		24,90	5,20	24,77	3,06	$z = -0,89$	0.379
Cinsiyet	Kadın	51	56,7	48	53,3	$X^2 = 0,20$	0,653
	Erkek	39	43,3	42	46,7		
Eğitim durumu	Okur yazar	0	0	0	0	$X^2 = 2,09$	0.148
	İlköğretim	0	0	0	0		
	Lise	6	6,7	2	2,2		
	Üniversite	84	93,3	88	97,8		
Medeni durumu	Bekar	76	84,4	76	84,4	$X^2 = 4,66$	0.097
	Evli	10	11,1	14	15,6		
	Boşanmış	4	4,4	0	0		
Kimlerle yaşadığı	Yalnız	16	17,8	20	22,2	$X^2 = 1,97$	0.579
	Ebeveyn	39	43,3	37	41,1		
	Eş/çocuk	11	12,2	15	16,7		
	Diğer	24	26,7	18	20		
Çalışma durumu	Öğrenci	47	52,2	51	56,7	$X^2 = 7,76$	0.170
	İşsiz	5	5,6	1	1,1		
	Emekli	0	0	0	0		
	Ev hanımı	1	1,1	0	0		
	İşçi	2	2,2	3	3,3		
	Memur	11	12,2	19	21,1		
	Diğer	24	26,6	16	17,8		

X^2 =Ki-kare testi, Ort.=Ortalama, SS=Standart Sapma, n=kişi sayısı, z=Mann Whitney U Testi.

Araştırmada değerlendirilen DEHB grubu vakaların 51'sinin (%56,7) kadın olduğu, 76'sının (%84,4) bekar olduğu, 84'ünün (%93,3) üniversite eğitime sahip olduğu, 39'unun (%43,3) ebeveyn ile birlikte yaşadığı, 47'sinin (%52,2) öğrenci olduğu bulundu.

Araştırmada değerlendirilen KG grubu vakaların 48'inin (%53,3) kadın olduğu, 76'sının (%84,4) bekar olduğu, 88'inin (%97,8) üniversite eğitime sahip olduğu, 37'sinin (%41,1) ebeveyn ile birlikte yaşadığı, 51'sinin (%56,7) öğrenci olduğu bulundu.

Ki-Kare analizine göre DEHB grubu vakaların kontrol grubu vakalara göre alkol kullanımı ($X^2=8,14$, $p=0,017$), tıbbi komorbidite varlığı ($X^2=5,33$, $p=0,021$) ve ailede psikiyatrik bozukluk öyküsünün varlığı ($X^2=4,86$, $p=0,027$) oranlarının anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu. Katılımcıların sigara ve madde kullanımı incelendiğinde iki grup arasında anlamlı fark tespit edilmedi (bkz. Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Araştırmada değerlendirilen vakaların klinik özelliklerinin karşılaştırılması

		DEHB		KG		X ²	p
		n	%	n	%		
Sigara kullanımı	Var	39	43,3	32	35,6	1,82	0.401
	Yok	43	47,8	52	57,8		
	Bırakmış	7	7,8	6	6,7		
Alkol kullanımı	Var	49	54,4	30	33,3	8,14	0.017
	Yok	39	43,3	57	63,3		
	Bırakmış	2	2,2	3	3,3		
Madde kullanımı	Var	3	3,3	1	1,1	1.19	0.550
	Yok	83	92,2	86	95,6		
	Bırakmış	4	4,4	3	3,3		
Ek tıbbi hastalık	Var	27	30	14	15,6	5,33	0.021
	Yok	63	70	76	84,4		
Ailede psikiyatrik hastalık	Var	30	33,3	17	18,9	4,86	0.027
	Yok	60	66,7	73	81,1		

X²=Ki-kare testi, n=kişi sayısı.

Mann Whitney U testine göre DEHB vakalarının KG vakalarına göre ASRS toplam ve alt ölçek puanlarının anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($p<0,001$), BIS-11-KF toplam ve alt ölçek puanlarının anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($p<0,001$), BE-GGF toplam ve alt ölçek puanlarının anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($p<0,001$), YYİE toplam ve

alt ölçek puanlarının anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($p<0,001$) bulundu. KG vakalarının DEHB vakalarına göre yaşam kalitesi puanlarının bütün alt boyutlarda anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($p<0,001$) bulundu. (bkz. Tablo 4.3)

Tablo 4.3. Araştırmada değerlendirilen vakaların ölçek puanlarının karşılaştırılması

	DEHB		KG			
	Ort.	SS	Ort.	SS	<i>z</i>	<i>p</i>
ASRS toplam	47,70	12,39	23,53	11,01	-9.603	<0,001
ASRS dikkat eksikliği	25,71	6,65	12,38	6,01	-9.743	<0,001
ASRS hiperaktivite/dürtüsellik	21,98	6,66	11,14	6,05	-8,892	<0,001
BIS-11-KF toplam	37,92	7,86	27,31	5,69	-8,229	<0,001
BIS-11-KF plan yapmama	11,86	2,87	9,57	2,45	-5,558	<0,001
BIS-11-KF motor dürtüsellik	13,30	3,56	8,96	2,90	-7,713	<0,001
BIS-11-KF dikkat dürtüsellliği	12,75	3,25	8,76	2,17	-7,795	<0,001
BE-GGF toplam	39,51	16,67	22,65	11,08	-6,827	<0,001
BE-GGF edinme/alma	13,83	6,95	6,56	3,77	-6,287	<0,001
BE-GGF eşya kalabalığı	12,50	6,35	7,52	4,69	-6,429	<0,001
BE-GGF atma zorluğu	13,17	6,20	8,56	5,08	-5,148	<0,001
YYİE toplam	45,84	10,09	29,98	8,71	-8,705	<0,001
YYİE çalışma belleği	28,04	7,46	18,22	6,77	-7,613	<0,001
YYİE ketleme	17,80	4,07	11,76	3,52	-8,458	<0,001
WHOQOL-BREF fiziksel	62,73	18,38	78,33	12,49	-6,321	<0,001
WHOQOL-BREF psikolojik	52,65	18,38	67,51	15,67	-5,377	<0,001
WHOQOL-BREF sosyal	57,24	19,46	70,78	17,72	-4,421	<0,001
WHOQOL-BREF çevresel	63,16	17,21	72,23	13,66	-3,998	<0,001

Ort.=Ortalama, SS=Standart Sapma, z=Mann Whitney U Testi.

Araştırmada değerlendirilen DEHB vakalarının baskın olan görünüme göre dağılımı incelendiğinde 47'sinin (%52,2) bileşik görünüm, 33'ünün (%36,6) dikkat eksikliği baskın görünüm, 10'unun (%11,1) hiperaktivite/dürtüsellik baskın görünüm olduğu bulundu. Tek yönlü ANOVA analizine göre dikkat eksikliği baskın görünüm, hiperaktivite/dürtüsellik

baskın görünüm ve bileşik görünüm DEHB vakaları arasında BE-GGF puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği bulundu (bkz. Tablo 4.4).

Tukey Testi sonucuna göre dikkat eksikliği baskın görünüm DEHB vakalarının BE-GGF puanlarının hem bileşik görünüm DEHB ($p=0,002$) hem de hiperaktivite/dürtüsellik baskın görünüm DEHB ($p<0,001$) vakalarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulundu. Ayrıca Tukey testi sonucuna göre bileşik görünüm DEHB vakalarının BE-GGF puanlarının hiperaktivite/dürtüsellik baskın görünüm DEHB vakalarından anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği bulundu.

Tablo 4.4. DEHB alt tipleri arasında BE-GGF puanlarının karşılaştırılması

	DEHB-DE		DEHB-B		DEHB-HD			
	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	F	p
BE-GGF toplam	48,78	11,07	38,19	15,59	15,1	9,25	24,328	<0,001

Ort.=Ortalama, SS=Standart Sapma, F=Tek yönlü ANOVA analizi,

DEHB-DE= DEHB Dikkat eksikliği baskın görünüm, DEHB-B=DEHB bileşik görünüm, DEHB-HD=DEHB hiperaktivite/dürtüsellik baskın görünüm.

Tablo 4.5. Araştırmada değerlendirilen DEHB vakalarının komorbid psikiyatrik tanısı olan ve olmayan grupları arasında ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Komorbid var		Komorbid yok			
	Ort.	SS	Ort.	SS	z	p
ASRS toplam	50,32	10,78	46,31	13,05	-1,118	0,264
ASRS dikkat eksikliği	27,25	5,65	24,86	7,04	-1,373	0,170
ASRS hiperaktivite/dürtüsellik	22,96	5,99	21,44	6,97	-1,085	0,278
BIS-11-KF toplam	38,68	6,79	37,50	8,41	-0,532	0,595
BIS-11-KF plan yapmama	11,75	2,59	11,93	3,03	-0,348	0,728
BIS-11-KF motor dürtüsellik	13,31	3,44	13,29	3,65	-0,140	0,889
BIS-11-KF dikkat dürtüsellliği	13,62	2,36	12,27	3,58	-1,670	0,095
BE-GGF toplam	40,81	16,80	38,79	16,71	-0,392	0,695
BE-GGF edinme/alma	13,15	6,78	12,13	6,13	-0,739	0,460
BE-GGF eşya kalabalığı	14,40	7,76	13,51	6,52	-0,287	0,774
BE-GGF atma zorluğu	13,25	6,33	13,13	6,17	-0,097	0,923
YYİE toplam	48,21	9,63	44,53	10,18	-1,785	0,074
YYİE çalışma belleği	30,37	7,56	26,75	7,15	-2,453	0,014
YYİE kitleme	17,84	3,86	17,77	4,21	0	1
WHOQOL-BREF fiziksel alan	59,59	16,96	64,46	16,20	-1,295	0,195
WHOQOL-BREF psikolojik	48,84	17,95	54,75	18,42	-1,375	0,169
WHOQOL-BREF sosyal alan	54,90	22,35	58,53	17,75	-0,657	0,511
WHOQOL-BREF çevresel	60,93	14,43	64,39	18,58	-0,488	0,625

Ort.=Ortalama, SS=Standart Sapma, z=Mann Whitney U Testi.

Araştırmada değerlendirilen DEHB vakalarında uygulanan SCID-5 ile hastaların 17'sinde anksiyete bozuklukları, 7'sinde depresif bozukluk, 4'ünde yeme bozuklukları, 2'sinde biriktiricilik bozukluğu, 1'inde otizm spektrum bozukluğu ve 1'inde kişilik bozukluğu olmak üzere 32'sinde(%35,6) komorbid psikiyatrik tanı saptandı. Mann Whitney U testine göre komorbid psikiyatrik tanısı olan DEHB vakalarının komorbid psikiyatrik tanısı olmayan DEHB vakalarına göre çalışma belleği puanlarının anlamlı düzeyde ($p=0,014$) daha yüksek olduğu, diğer ölçek puanlarının anlamlı düzeyde farklılık göstermediği bulundu (bkz. Tablo 4.5).

DEHB grubunda ölçek puanlarının birbiriyle arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için Spearman korelasyon analizi yapıldı. DEHB grubunda ASRS puanları ile BIS-11-KF ($r=0,444$, $p<0,001$), BE-GGF ($r=0,391$, $p<0,001$) ve YYİE ($r=0,655$, $p<0,001$) puanları arasında anlamlı düzeyde pozitif ilişki olduğu bulundu. DEHB grubunda ASRS puanları ile WHOQOL-BREF fiziksel alt boyutu ($r=-0,327$, $p=0,002$), WHOQOL-BREF psikolojik alt boyutu ($r=-0,269$, $p=0,010$) ve WHOQOL-BREF çevresel alt boyutu ($r=-0,357$, $p=0,001$) puanları arasında anlamlı düzeyde negatif ilişki bulundu (bkz. Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Araştırmada değerlendirilen DEHB vakalarının ölçek puanlarının birbiriyle ilişkisi

		1	2	3	4	5	6	7
1-ASRS	r	-						
	p	-						
2-BIS-11-KF	r	0,444						
	p	<0,001						
3-BE-GGF	r	0,391	0,348					
	p	<0,001	0,001					
4- YYİE	r	0,655	0,515	0,336				
	p	<0,001	<0,001	0,001				
5-WHOQOL-BREF fiziksel alan	r	-0,327	-0,184	-0,464	-0,329			
	p	0,002	0,082	<0,001	0,002			
6-WHOQOL-BREF psikolojik alan	r	-0,269	-0,209	-0,318	-0,184	0,594		
	p	0,010	0,048	0,002	0,082	<0,001		
7-WHOQOL-BREF sosyal alan	r	-0,189	-0,174	-0,204	0,053	0,641	0,766	
	p	0,075	0,100	0,053	0,619	<0,001	<0,001	
8-WHOQOL-BREF çevresel alan	r	-0,357	-0,163	-0,330	-0,206	0,608	0,722	0,624
	p	0,001	0,124	0,002	0,051	<0,001	<0,001	<0,001

r=Spearman korelasyon analizi katsayısı.

DEHB grubunda BIS-11-KF puanları ile BE-GGF ($r=0,348$, $p=0,001$) ve YYİE ($r=0,515$, $p<0,001$) puanları arasında anlamlı düzeyde pozitif ilişki olduğu bulundu. DEHB

grubunda BIS-11-KF puanları ile WHOQOL-BREF psikolojik alt boyutu ($r=-0,209$, $p=0,048$) puanları arasında anlamlı düzeyde negatif ilişki bulundu.

DEHB grubunda BE-GGF puanları ile YYİE ($r=0,367$, $p<0,001$) puanları arasında anlamlı düzeyde pozitif ilişki olduğu bulundu. DEHB grubunda BE-GGF puanları ile WHOQOL-BREF fiziksel alt boyutu($r=-0,479$, $p<0,001$), WHOQOL-BREF psikolojik alt boyutu ($r=-0,498$, $p<0,001$), WHOQOL-BREF sosyal alt boyutu ($r=-0,274$, $p=0,009$) ve WHOQOL-BREF çevresel alt boyutu ($r=-0,440$, $p<0,001$) puanları arasında anlamlı düzeyde negatif ilişki bulundu.

DEHB grubunda YYİE puanları ile WHOQOL-BREF fiziksel alt boyutu ($r=-0,479$, $p<0,001$), WHOQOL-BREF psikolojik alt boyutu ($r=-0,498$, $p<0,001$), WHOQOL-BREF sosyal alt boyutu ($r=-0,391$, $p<0,001$) ve WHOQOL-BREF çevresel alt boyutu ($r=-0,434$, $p<0,001$) puanları arasında anlamlı düzeyde negatif ilişki bulundu.

DEHB grubunda WHOQOL-BREF fiziksel alt boyutu puanları ile WHOQOL-BREF psikolojik alt boyutu ($r=0,594$, $p<0,001$), WHOQOL-BREF sosyal alt boyutu ($r=0,641$, $p<0,001$) ve WHOQOL-BREF çevresel alt boyutu ($r=0,608$, $p<0,001$) puanları arasında anlamlı düzeyde pozitif ilişki bulundu. DEHB grubunda WHOQOL-BREF psikolojik alt boyutu puanları ile WHOQOL-BREF sosyal alt boyutu ($r=0,766$, $p<0,001$) ve WHOQOL-BREF çevresel alt boyutu ($r=0,722$, $p<0,001$) puanları arasında anlamlı düzeyde pozitif ilişki bulundu. DEHB grubunda WHOQOL-BREF sosyal alt boyutu puanları ile WHOQOL-BREF çevresel alt boyutu ($r=0,624$, $p<0,001$) puanları arasında anlamlı düzeyde pozitif ilişki bulundu.

DEHB grubunda BE-GGF alt ölçek ve toplam puanları ile ASRS alt ölçek ve toplam puanları, BIS-11-KF toplam ve alt ölçek puanları ve YYİE alt ölçek ve toplam puanları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için Spearman korelasyon analizi yapılmıştır. DEHB grubu vakaların BE-GGF toplam puanları ile ASRS toplam puanları ($r=0,391$, $p<0,001$), ASRS dikkat eksikliği alt ölçeği puanları ($r=0,405$, $p<0,001$), ASRS hiperaktivite/dürtüsellik ($r=0,326$, $p=0,002$) alt ölçek puanları, BIS-11-KF toplam puanları ($r=0,348$, $p=0,001$), YYİE toplam puanları ($r=0,336$, $p=0,001$), çalışma belleği alt ölçek puanları($r=0,361$, $p<0,001$) ve ketleme alt ölçek puanları ($r=0,234$, $p=0,026$) arasında anlamlı düzeyde pozitif ilişki bulundu (bkz. Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Araştırmada değerlendirilen DEHB vakalarının BE-GGF ile değerlendirilen biriktirme davranışları ile ölçek puanlarının ilişkisi

		BE-GGF Toplam	Eşya kalabalığı	Edinme/alma	Atmada zorluk
ASRS toplam	r	0,391	0,383	0,310	0,307
	p	<0,001	<0,001	0,003	0,003
ASRS dikkat eksikliği	r	0,405	0,405	0,277	0,364
	p	<0,001	<0,001	0,008	<0,001
ASRS hiperaktivite/dürtüsellik	r	0,326	0,301	0,306	0,226
	p	0,002	0,004	0,003	0,032
BIS-11-KF Toplam	r	0,348	0,206	0,463	0,271
	p	0,001	0,051	<0,001	0,010
YYİE	r	0,336	0,312	0,312	0,313
	p	0,001	0,003	0,003	0,003
YYİE Çalışma belleği	r	0,361	0,336	0,314	0,332
	p	<0,001	0,001	0,003	0,001
YYİE Ketleme	r	0,234	0,179	0,266	0,250
	p	0,026	0,092	0,011	0,018

r=Spearman Korelasyon Analizi katsayısı.

DEHB grubu vakaların eşya kalabalığı alt ölçek puanları ile ASRS toplam puanları ($r=0,383$, $p<0,001$), ASRS dikkat eksikliği alt ölçeği puanları ($r=0,405$, $p<0,001$), ASRS hiperaktivite/dürtüsellik alt ölçeği puanları ($r=0,301$, $p=0,004$), YYİE toplam puanları ($r=0,312$, $p=0,003$) ve çalışma belleği alt ölçek puanları ($r=0,336$, $p=0,001$) arasında anlamlı düzeyde pozitif ilişki bulundu.

DEHB grubu vakaların edinme/alma alt ölçek puanları ile ASRS toplam puanları ($r=0,310$, $p=0,003$), ASRS dikkat eksikliği alt ölçeği puanları ($r=0,277$, $p=0,008$), ASRS hiperaktivite/dürtüsellik alt ölçeği puanları ($r=0,306$, $p=0,003$), BIS-11-KF toplam puanları ($r=0,463$, $p<0,001$), YYİE toplam puanları ($r=0,312$, $p=0,003$), çalışma belleği alt ölçek puanları ($r=0,314$, $p=0,003$) ve ketleme alt ölçek puanları ($r=0,226$, $p=0,011$) arasında anlamlı düzeyde pozitif ilişki bulundu.

DEHB grubu vakaların atmada zorluk alt ölçek puanları ile ASRS toplam puanları ($r=0,307$, $p=0,003$), ASRS dikkat eksikliği alt ölçeği puanları ($r=0,364$, $p<0,001$), ASRS hiperaktivite/dürtüsellik alt ölçeği puanları ($r=0,226$, $p=0,033$), BIS-11-KF toplam puanları ($r=0,271$, $p=0,010$), YYİE toplam puanları ($r=0,313$, $p=0,003$), çalışma belleği alt ölçek puanları ($r=0,332$, $p=0,001$) ve ketleme alt ölçek puanları ($r=0,250$, $p=0,018$) arasında anlamlı düzeyde pozitif ilişki bulundu.

DEHB grubunda uygulanan hiyerarşik regresyon analizine göre BE-GGF toplam puanlarındaki varyansın %20,9'nun ASRS dikkat eksikliği puanları tarafından anlamlı seviyede ($F=23,263$, $p<0,001$) açıklandığı bulundu. Model 1'e ASRS-hiperaktivite/dürtüsellik ve BIS-11-KF puanlarının eklenmesiyle BE-GGF toplam puanlarının %21,5'inin anlamlı seviyede ($F=9,150$, $p<0,001$) açıklandığı bulundu. Model 2'ye YYİE toplam puanlarının eklenmesiyle BE-GGF toplam puanlarının %24,9'unun anlamlı seviyede ($F=7,034$, $p<0,001$) açıklandığı bulundu. (Bkz. Tablo 4.8)

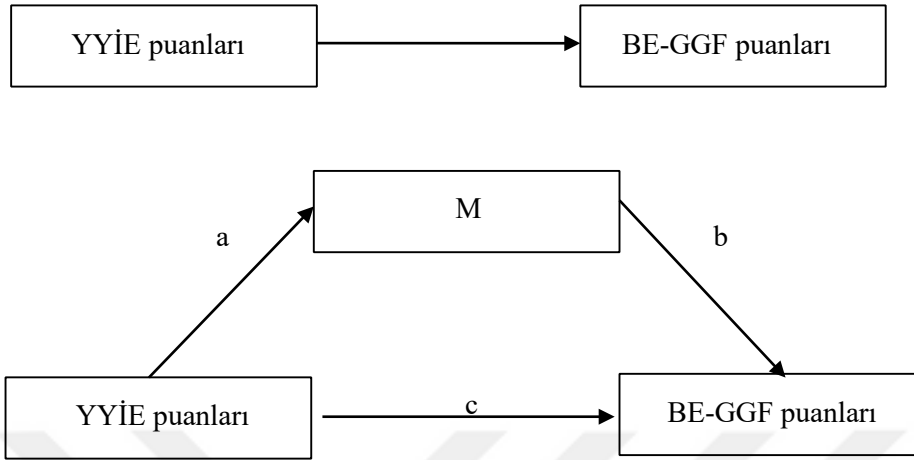
Tablo 4.8. Biriktirme Puanlarını Yordamada Etkili Olan Değişkenlerin Analizi

GRUP	Model		Standartlaşmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	T	p	95,0% GA	
			B	Sh	Beta			AL	ÜL
DEHB	1	(Sabit)	10,026	6,312		1,588	0,116	-2,518	22,570
		ASRS-dikkat eksikliği	1,147	0,238	0,457	4,823	<0,001	0,674	1,619
	2	(Sabit)	-0,129	8,216		-0,016	0,987	-16,462	16,203
		ASRS-dikkat eksikliği	0,842	0,353	0,336	2,384	0,019	0,140	1,545
		ASRS-hiperaktivite/dürtüsellik	0,098	0,354	0,039	0,277	0,782	-0,606	0,802
		BIS-11-KF	0,417	0,232	0,197	1,802	0,075	-0,043	0,877
		(Sabit)	-2,061	8,519		-0,242	0,809	-18,999	14,878
	3	ASRS-dikkat eksikliği	0,646	0,419	0,258	1,542	0,127	-0,187	1,480
		ASRS-hiperaktivite/dürtüsellik	0,093	0,355	0,037	0,261	0,794	-0,612	0,798
		BIS-11-KF	0,345	0,246	0,163	1,402	0,164	-0,144	0,834
		YYİE	0,214	0,245	0,130	0,874	0,385	-0,274	0,702
		Model 1: R2= 0,209, F=23,263, p<0,001							
Model 2: R2= 0,242 F=9,150, p<0,001									
Model 3: R2=0,249 F=7,034, p<0,001									
KG	1	(Sabit)	16,629	2,609		6,374	<0,001	11,445	21,814
		ASRS-dikkat eksikliği	0,486	0,190	0,264	2,565	0,012	0,110	0,863
	2	(Sabit)	11,093	5,850		1,896	0,061	-0,537	22,722
		ASRS dikkat eksikliği	0,280	0,256	0,152	1,093	0,278	-0,229	0,789
		ASRS-hiperaktivite/dürtüsellik	0,155	0,282	0,085	0,550	0,584	-0,406	0,716
		BIS-11-KF	0,233	0,253	0,119	0,920	0,360	-0,270	0,736
		(Sabit)	7,209	6,115		1,179	0,242	-4,948	19,367
	3	ASRS-dikkat eksikliği	-0,105	0,323	-0,057	-0,324	0,747	-0,748	0,538
		ASRS-hiperaktivite/dürtüsellik	0,171	0,278	0,093	0,615	0,540	-0,382	0,724
		BIS-11-KF	0,119	0,257	0,061	0,463	0,645	-0,391	0,629
		YYİE	0,387	0,203	0,304	1,901	0,061	-0,018	0,791
		Model 1: R2= 0,070 F=6,579 p=0,012							
Model 2: R2= 0,091 F=2,856 p=0,042									
Model 3: R2=0,128 F=3,110 p=0,019									

Hiyerarşik Doğrusal Regresyon Analizi, SH=Standart Hata, GA=Güven Aralığı, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit.

ASRS dikkat eksikliği, ASRS hiperaktivite/dürtüsellik ve BIS-11-KF puanlarının yürütücü işlev eksiklikleri ile BE-GGF puanları arasındaki ilişkide aracı değişken olup olmadığının tespit edilmesi için Hayes (Process) Analizi (model 4) kullanıldı. DEHB tanılı hastalarda YYİE puanlarının BE-GGF puanları üzerindeki toplam etkisi anlamlı seviyede

($\beta=0,432$, $p<0,001$, $b=0,398-1,029$) bulundu ve aracılık analizinin ön şartının sağlandığı belirlendi. (Bkz. Şekil 4.1)



Şekil 4.1. Aracılık analizi

M= Aracı değişken

Tablo 4.9. Aracılık Analizi Bulguları

Aracı değişken	a	b	c
ASRS dikkat eksikliği	$\beta = 0,738$, $p < 0,001$, $b = 0,392 - 0,580$	$\beta = 0,304$, $p = 0,032$, $b = 0,068 - 1,459$	$\beta = 0,207$, $p = 0,142$, $b = -0,116 - 0,800$
ASRS hiperaktivite/dürtüsellik	$\beta = 0,584$, $p < 0,001$ $b = 0,272 - 0,499$	$\beta = 0,193$, $p = 0,103$ $b = -0,099 - 1,067$	$\beta = 0,319$, $p = 0,008$ $b = 0,142 - 0,912$
BIS-11-KF	($\beta = 0,554$, $p < 0,001$) $b = 0,294 - 0,569$	$\beta = 0,194$, $p = 0,093$ $b = -0,070 - 0,893$	$\beta = 0,324$, $p = 0,006$ $b = 0,161 - 0,911$

DEHB tanılı vakalarda YYİE puanlarının ASRS-dikkat eksikliği puanları üzerinde ($\beta=0,738$, $p<0,001$) anlamlı seviyede pozitif ilişkisi olduğu bulundu. Ayrıca ASRS dikkat eksikliği alt ölçek puanlarının BE-GGF puanları üzerinde ($\beta=0,304$, $p=0,032$) anlamlı düzeyde pozitif ilişkisinin olduğu bulundu. YYİE puanlarının BE-GGF puanları üzerindeki doğrudan etkisinin ($\beta=0,207$, $p=0,142$) anlamlı olmadığı bulundu. YYİE puanlarının ASRS dikkat eksikliği puanları aracılığıyla dolaylı olarak BE-GGF puanları üzerinde pozitif etkisi olmakla birlikte ($\beta=0,225$, $b=-0,038 - 0,452$) güven aralığı sıfır içerdiği için anlamlı değildir (bkz. Tablo 4.9).

DEHB tanılı vakalarda YYİE puanlarının ASRS hiperaktivite/dürtüsellik puanları üzerinde anlamlı seviyede ($\beta = 0,584$, $p<0,001$) etkisi olduğu bulundu. ASRS hiperaktivite/dürtüsellik alt ölçek puanlarının BE-GGF puanları üzerindeki etkisinin

($B=0,193$, $p=0,103$) anlamlı olmadığı bulundu. YYİE puanlarının BE-GGF puanları üzerindeki doğrudan etkisinin ($\beta =0,319$, $p=0,008$) anlamlı olduğu bulundu. YYİE puanlarının ASRS hiperaktivite/dürtüsellik puanları aracılığıyla dolaylı olarak BE-GGF puanları üzerinde pozitif etkisi olmakla birlikte ($\beta =0,113$, $b=-0,068 - 0,262$) güven aralığı sıfır içerdiği için anlamlı değildir.

DEHB tanılı vakalarda YYİE puanlarının BIS-11-KF puanları üzerinde anlamlı seviyede ($\beta = 0,554$, $p<0,001$) etkisi olduğu bulundu. BIS-11-KF puanlarının BE-GGF puanları üzerindeki etkisinin ($\beta =0,194$, $p=0,093$) anlamlı olmadığı bulundu. YYİE puanlarının BE-GGF puanları üzerindeki doğrudan etkisinin ($\beta =0,324$, $p=0,006$) anlamlı olduğu bulundu. YYİE puanlarının BIS-11-KF puanları aracılığıyla dolaylı olarak BE-GGF puanları üzerinde pozitif etkisi olmakla birlikte ($\beta =0,107$, $b=-0,022 - 0,237$) güven aralığı sıfır içerdiği için anlamlı değildir.

DEHB grubunda uygulanan hiyerarşik regresyon analizine göre WHOQOL-BREF fiziksel alt boyut puanlarındaki varyansın %24,5'inin BE-GGF puanları tarafından anlamlı seviyede ($F=28,526$, $p<0,001$) açıklandığı bulundu. Model 1'e ASRS dikkat eksikliği, ASRS hiperaktivite/dürtüsellik ve BIS-11-KF puanlarının eklenmesiyle WHOQOL-BREF fiziksel alt boyut puanlarının %30,3'ünün anlamlı seviyede ($F=9,227$, $p<0,001$) açıklandığı bulundu. Model 2'ye YYİE puanlarının eklenmesiyle WHOQOL-BREF fiziksel alt boyut puanlarının %30,6'sının anlamlı seviyede ($F=7,400$, $p<0,001$) açıklandığı bulundu (bkz. Tablo 4.10).

Tablo 4.10. WHOQOL-BREF Fiziksel Alt Boyutu puanlarını yordamada etkili olan değişkenlerin analizi

GRUP	Model		Standartlanmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	T	p	95,0% GA	
			B	Sh	Beta			AL	ÜL
DEHB	1	(Sabit)	82,132	3,939		20,850	<0,001	74,304	89,961
		BE-GGF	-0,491	0,092	-0,495	-5,341	<0,001	-0,674	-0,308
	2	(Sabit)	92,030	7,865		11,701	<0,001	76,393	107,668
		BE-GGF	-0,379	0,103	-0,382	-3,674	<0,001	-0,585	-0,174
		ASRS dikkat eksikliği	-0,634	0,349	-0,255	-1,816	0,073	-1,329	0,060
		ASRS hiperaktivite/dürtüsellik	-0,108	0,339	-0,043	-0,317	0,752	-0,782	0,567
		BIS-11-KF	0,115	0,226	0,055	0,509	0,612	-0,334	0,564
	3	(Sabit)	93,322	8,177		11,412	<0,001	77,060	109,583
		BE-GGF	-0,373	0,104	-0,376	-3,587	0,001	-0,580	-0,166
		ASRS dikkat eksikliği	-0,508	0,408	-0,204	-1,246	0,216	-1,319	0,303
		ASRS hiperaktivite/dürtüsellik	-0,104	0,340	-0,042	-0,307	0,760	-0,781	0,572
		BIS-11-KF	0,161	0,239	0,076	0,673	0,503	-0,314	0,636
		YYİE	-0,143	0,237	-0,087	-0,606	0,546	-0,614	0,327
Model 1: R2= 0,245 F=28,526 p<0,001									
Model 2: R2= 0,303 F=9,227 p<0,001									
Model 3: R2=0,306 F=7,400, p<0,001									
KG	1	(Sabit)	83,353	2,967		28,097	<0,001	77,457	89,248
		BE-GGF	-0,222	0,118	-0,197	-1,882	0,063	-0,456	0,012
	2	(Sabit)	105,233	6,002		17,532	<0,001	93,298	117,167
		BE-GGF	-0,072	0,108	-0,064	-0,665	0,508	-0,288	0,143
		ASRS dikkat eksikliği	-0,966	0,259	-0,465	-3,726	<0,001	-1,481	-0,450
		ASRS hiperaktivite/dürtüsellik	0,538	0,284	0,261	1,895	0,061	-0,026	1,103
		BIS-11-KF	-0,707	0,256	-0,321	-2,762	0,007	-1,215	-0,198
	3	(Sabit)	107,228	6,285		17,060	<0,001	94,729	119,727
		BE-GGF	-0,048	0,111	-0,043	-0,438	0,663	-0,268	0,172
		ASRS dikkat eksikliği	-0,748	0,330	-0,360	-2,269	0,026	-1,405	-0,092
		ASRS hiperaktivite/dürtüsellik	0,526	0,284	0,255	1,849	0,068	-0,040	1,091
		BIS-11-KF	-0,646	0,262	-0,293	-2,464	0,016	-1,167	-0,125
		YYİE	-0,225	0,212	-0,157	-1,062	0,291	-0,646	0,196
Model 1: R2= 0,039 F=3,541 p=0,063									
Model 2: R2= 0,284 F=8,441 p<0,001									
Model 3: R2= 0,294 F=6,989 p<0,001									

Hiyerarşik Doğrusal Regresyon Analizi, SH=Standart Hata, GA=Güven Aralığı, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit.

DEHB grubunda uygulanan hiyerarşik regresyon analizine göre WHOQOL-BREF psikolojik alt boyut puanlarındaki varyansın %12,6'sının BE-GGF puanları tarafından anlamlı seviyede (F=12,638, p=0,001) açıklandığı bulundu. Model 1'e ASRS-dikkat eksikliği, ASRS-hiperaktivite/dürtüsellik ve BIS-11-KF puanlarının eklenmesiyle WHOQOL-BREF psikolojik alt boyut puanlarının %19,2'sinin anlamlı düzeyde (F=5,035, p=0,001) açıklandığı bulundu. Model 2'ye YYİE puanlarının eklenmesiyle WHOQOL-BREF psikolojik alt boyut puanlarının %20,2'sinin anlamlı seviyede (F=4,248, p=0,002) açıklandığı bulundu (bkz. Tablo 4.11).

Tablo 4.11. WHOQOL-BREF Psikolojik Alt Boyutu puanlarını yordamada etkili olan değişkenlerin analizi

GRUP	Model		Standartlanmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	T	p	95,0% GA	
			B	Sh	Beta			AL	ÜL
DEHB	1	(Sabit)	68,085	4,707		14,464	<0,001	58,730	77,439
		BE-GGF	-0,391	0,110	-0,354	-3,555	0,001	-0,609	-0,172
	2	(Sabit)	83,012	9,405		8,827	<0,001	64,313	101,711
		BE-GGF	-0,251	0,123	-0,228	-2,034	0,045	-0,496	-0,006
		ASRS dikkat eksikliği	-0,947	0,418	-0,343	-2,267	0,026	-1,777	-0,117
		ASRS hiperaktivite/dürtüsellik	0,303	0,405	0,110	0,746	0,458	-0,504	1,109
		BIS-11-KF	-0,072	0,270	-0,031	-0,268	0,789	-0,609	0,464
	3	(Sabit)	80,373	9,737		8,254	<0,001	61,010	99,737
		BE-GGF	-0,263	0,124	-0,239	-2,124	0,037	-0,510	-0,017
		ASRS dikkat eksikliği	-1,204	0,485	-0,436	-2,481	0,015	-2,170	-0,239
		ASRS hiperaktivite/dürtüsellik	0,296	0,405	0,107	0,731	0,467	-0,510	1,102
		BIS-11-KF	-0,166	0,284	-0,071	-0,583	0,561	-0,731	0,400
		YYİE	0,293	0,282	0,161	1,039	0,302	-0,267	0,853
Model 1: R2= 0,126, F=12,638, p=0,001									
Model 2: R2= 0,192, F=5,035, p=0,001									
Model 3: R2=0,202, F=4,248, p=0,002									
KG	1	(Sabit)	79,036	3,541		22,319	<0,001	71,998	86,073
		BE-GGF	-0,509	0,141	-0,360	-3,619	<0,001	-0,788	-0,229
	2	(Sabit)	95,872	6,497		14,756	<0,001	82,954	108,789
		BE-GGF	-0,260	0,117	-0,184	-2,217	0,029	-0,493	-0,027
		ASRS dikkat eksikliği	-0,964	0,281	-0,370	-3,435	0,001	-1,521	-0,406
		ASRS hiperaktivite/dürtüsellik	-0,699	0,308	-0,270	-2,273	0,026	-1,311	-0,088
		BIS-11-KF	-0,100	0,277	-0,036	-0,362	0,718	-0,651	0,450
	3	(Sabit)	96,053	6,848		14,025	<0,001	82,434	109,672
		BE-GGF	-0,258	0,121	-0,183	-2,141	0,035	-0,498	-0,018
		ASRS-dikkat eksikliği	-0,944	0,359	-0,362	-2,626	0,010	-1,659	-0,229
		ASRS hiperaktivite/dürtüsellik	-0,700	0,310	-0,270	-2,262	0,026	-1,316	-0,085
		BIS-11-KF	-0,095	0,285	-0,034	-0,332	0,741	-0,662	0,473
		YYİE	-0,020	0,231	-0,011	-0,089	0,930	-0,479	0,438
Model 1: R2= 0,130 F=13,101, p<0,001									
Model 2: R2= 0,467 F=18,628, p<0,001									
Model 3: R2= 0,467 F=14,730 p<0,001									

Hiyerarşik Doğrusal Regresyon Analizi, SH=Standart Hata, GA=Güven Aralığı, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit.

DEHB grubunda uygulanan hiyerarşik regresyon analizine göre WHOQOL-BREF sosyal alt boyut puanlarındaki varyansın %4,6'sının BE-GGF puanları tarafından anlamlı seviyede (F=4,274, p=0,042) açıklandığı bulundu. Model 1'e ASRS dikkat eksikliği, ASRS hiperaktivite/dürtüsellik ve BIS-11-KF puanlarının eklenmesiyle WHOQOL-BREF sosyal alt boyut puanlarının anlamlı seviyede açıklanmadığı (F=1,427, p=0,232) bulundu. Model 2'ye YYİE puanlarının eklenmesiyle WHOQOL-BREF sosyal alt boyut puanlarının anlamlı seviyede açıklanmadığı (F=1,608, p=0,167) bulundu (bkz. Tablo 4.12).

Tablo 4.12. WHOQOL-BREF Sosyal Alt Boyutu puanlarını yordamada etkili olan değişkenlerin analizi

GRUP	Model		Standartlanmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	T	p	95,0% GA		
			B	Sh	Beta			AL	ÜL	
DEHB	1	(Sabit)	67,169	5,206		12,901	<0,001	56,822	77,515	
		BE-GGF	-0,251	0,121	-0,215	-2,067	0,042	-0,493	-0,010	
	2	(Sabit)	78,473	10,724		7,318	<0,001	57,151	99,794	
		BE-GGF	-0,169	0,141	-0,145	-1,201	0,233	-0,449	0,111	
		ASRS dikkat eksikliği	-0,260	0,476	-0,089	-0,546	0,586	-1,207	0,687	
		ASRS hiperaktivite/dürtüsellik	0,036	0,462	0,012	0,078	0,938	-0,883	0,955	
		BIS-11-KF	-0,228	0,308	-0,092	-0,741	0,460	-0,840	0,384	
	3	(Sabit)	74,161	11,027		6,725	<0,001	52,232	96,089	
		BE-GGF envanteri	-0,189	0,140	-0,162	-1,346	0,182	-0,468	0,090	
		ASRS dikkat eksikliği	-0,681	0,550	-0,233	-1,239	0,219	-1,775	0,412	
		ASRS hiperaktivite/dürtüsellik	0,026	0,459	0,009	0,057	0,955	-0,887	0,939	
		BIS-11-KF	-0,381	0,322	-0,154	-1,182	0,230	-1,021	0,260	
		YYİE	0,478	0,319	0,248	1,500	0,137	-0,156	1,113	
	Model 1: R2= 0,046, F=4,274, p=0,042									
	Model 2: R2= 0,063, F=1,427, p=0,232									
Model 3: R2=0,087, F=1,608, p=0,167										
KG	1	(Sabit)	79,973	4,154		19,254	<0,001	71,719	88,227	
		BE-GGF	-0,405	0,165	-0,254	-2,459	0,016	-0,733	-0,078	
	2	(Sabit)	97,325	8,055		12,083	<0,001	81,310	113,340	
		BE-GGF	-0,144	0,145	-0,090	-0,990	0,325	-0,433	0,145	
		ASRS dikkat eksikliği	-0,720	0,348	-0,244	-2,070	0,042	-1,411	-0,028	
		ASRS hiperaktivite/dürtüsellik	-1,036	0,381	-0,354	-2,716	0,008	-1,794	-0,277	
		BIS-11-KF	-0,103	0,343	-0,033	-0,300	0,765	-0,786	0,579	
	3	(Sabit)	96,881	8,489		11,412	<0,001	79,999	113,763	
		BE-GGF	-0,149	0,149	-0,093	-0,999	0,321	-0,446	0,148	
		ASRS dikkat eksikliği	-0,768	0,446	-0,261	-1,724	0,088	-1,654	0,118	
		ASRS hiperaktivite/dürtüsellik	-1,033	0,384	-0,353	-2,691	0,009	-1,796	-0,269	
		BIS-11-KF	-0,117	0,354	-0,037	-0,330	0,742	-0,820	0,587	
		YYİE	0,050	0,286	0,025	0,175	0,862	-0,519	0,619	
	Model 1: R2= 0,064, F=6,047, p=0,016									
	Model 2: R2= 0,360, F=11,955, p<0,001									
Model 3: R2= 0,360, F=9,461, p<0,001										

Hiyerarşik Doğrusal Regresyon Analizi, SH=Standart Hata, GA=Güven Aralığı, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit.

DEHB grubunda uygulanan hiyerarşik regresyon analizine göre WHOQOL-BREF çevresel alt boyut puanlarındaki varyansın %13,1'inin BE-GGF tarafından anlamlı seviyede ($F=13,263$, $p<0,001$) açıklandığı bulundu. Model 1'e ASRS dikkat eksikliği, ASRS hiperaktivite/dürtüsellik ve BIS-11-KF puanlarının eklenmesiyle WHOQOL-BREF çevresel alt boyut puanlarının %20,7'sinin anlamlı seviyede açıklandığı ($F=5,539$, $p=0,001$) bulundu. Model 2'ye YYİE puanlarının eklenmesiyle WHOQOL-BREF psikolojik alt boyut puanlarının anlamlı seviyede açıklandığı ($F=4,414$, $p=0,001$) bulundu. Model 3 incelendiğinde WHOQOL-BREF çevresel alt boyut puanlarını açıklamada sadece BE-GGF. anlamlı düzeyde ($p=0,017$, GA:-0,512 - -0,052) etkili olduğu bulundu (bkz. Tablo 4.13).

Tablo 4.13. WHOQOL-BREF Çevresel Alt Boyutu puanlarını yordamada etkili olan değişkenlerin analizi

GRUP	Model		Standartlanmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	T	p	95,0% GA	
			B	Sh	Beta			AL	ÜL
DEHB	1	(Sabit)	77,928	4,396		17,727	<0,001	69,192	86,664
		BE-GGF	-0,374	0,103	-0,362	-3,642	<0,001	-0,577	-0,170
	2	(Sabit)	83,353	8,727		9,551	<0,001	66,002	110,705
		BE-GGF	-0,286	0,115	-0,277	-2,396	0,015	-0,514	-0,058
		ASRS dikkat eksikliği	-0,169	0,388	-0,065	-0,437	0,663	-0,940	0,601
		ASRS hiperaktivite/dürtüsellik	-0,722	0,376	-0,280	-1,920	0,058	-1,470	0,026
		BIS-11-KF	0,299	0,251	0,137	1,194	0,236	-0,199	0,797
	3	(Sabit)	84,239	9,086		9,272	<0,001	66,171	102,307
		BE-GGF	-0,282	0,116	-0,273	-2,437	0,017	-0,512	-0,052
		ASRS dikkat eksikliği	-0,083	0,453	-0,032	-0,183	0,855	-0,984	0,818
		ASRS hiperaktivite/dürtüsellik	-0,720	0,378	-0,279	-1,904	0,060	-1,472	0,032
		BIS-11-KF	0,330	0,265	0,151	1,245	0,217	-0,197	0,858
		YYİE	-0,098	0,263	-0,058	-0,374	0,710	-0,621	0,424
Model 1: R2= 0,131, F=13,263, p<0,001									
Model 2: R2= 0,207, F=5,539, p=0,001									
Model 3: R2=0,208, F=4,414, p=0,001									
KG	1	(Sabit)	84,440	2,976		28,378	<0,001	78,527	90,353
		BE-GGF	-0,539	0,118	-0,437	-4,563	<0,001	-0,773	-0,304
	2	(Sabit)	100,205	6,253		16,026	<0,001	87,773	112,637
		BE-GGF	-0,389	0,113	-0,315	-3,441	0,001	-0,613	-0,164
		ASRS dikkat eksikliği	-0,742	0,270	-0,327	-2,749	0,007	-1,279	-0,206
		ASRS hiperaktivite/dürtüsellik	0,010	0,296	0,005	0,034	0,973	-0,578	0,599
		BIS-11-KF	-0,369	0,266	-0,153	-1,385	0,170	-0,899	0,161
	3	(Sabit)	100,051	6,591		15,180	<0,001	86,944	113,158
		BE-GGF	-0,390	0,116	-0,317	-3,366	0,001	-0,621	-0,160
		ASRS dikkat eksikliği	-0,759	0,346	-0,334	-2,194	0,031	-1,447	-0,071
		ASRS hiperaktivite/dürtüsellik	0,011	0,298	0,005	0,037	0,970	-0,581	0,604
		BIS-11-KF	-0,374	0,275	-0,155	-1,361	0,177	-0,920	0,172
		YYİE	0,017	0,222	0,011	0,078	0,938	-0,424	0,459
Model 1: R2= 0,191, F=20,817, p<0,001									
Model 2: R2= 0,351, F=11,471, p<0,001									
Model 3: R2= 0,351, F=9,070, p<0,001									

Hiyerarşik Doğrusal Regresyon Analizi, SH=Standart Hata, GA=Güven Aralığı, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit.

5. TARTIŞMA

DEHB ile ilgili literatürdeki araştırmalara bakıldığında genellikle çocukluk ve ergenlik dönemine odaklanan çalışmaların olduğu görülmekle birlikte son yıllarda yetişkinlik dönemine ilişkin araştırmaların da daha arttığı görülmektedir. Ayrıca literatürde biriktirme davranışının obsesif kompulsif bozuklukla olan ilişkisini inceleyen çok sayıda araştırma olmasına rağmen DEHB ile ilişkisini inceleyen sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır. Çalışmamızda DEHB hastalarında biriktirme davranışı ile dikkat eksikliği, dürtüsellik ve yürütücü işlev eksiklikleri arasındaki ilişki ve yaşam kalitesi ile biriktirme davranışları arasındaki ilişki kontrol grubu ile karşılaştırılarak değerlendirilmiştir. Çalışmamızın verileri incelendiğinde biriktirme davranışının gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği görülmüştür. Çalışmaya alınan DEHB ve sağlıklı kontrol gruplarının sosyodemografik verileri incelendiğinde, sağlıklı kontrol grubu hasta grubuna göre eşleştirilerek yapıldığından yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi açısından farklılık saptanmamıştır.

Çalışmamızda DEHB grubu vakaların yaş ortalaması $24,90 \pm 5,20$, kontrol grubu bireylerin yaş ortalaması $24,77 \pm 3,06$ olarak tespit edilmiştir. Grupların yaş ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark yoktur. Yapılan bir meta-analizde DEHB tanılı yetişkinlerde yürütülen çalışmalardaki örneklemelerin yaş ortalamasının 19,4-28,5 arasında olduğu bildirilmiştir (3). DEHB tanılı yetişkinlerde biriktirme davranışını inceleyen iki araştırmanın örnekleme incelendiğinde DEHB grubu vakaların yaş ortalamasının 29 ve 32 olduğu görülmektedir (5,11). Çalışmamızdaki DEHB grubunun yaş ortalamasının meta-analiz verileriyle uyumlu olması DEHB'nin genç erişkinlik döneminde daha sık görüldüğünü desteklemekle birlikte biriktirme davranışının incelendiği çalışmalardaki yaş ortalamasından görece daha düşük olması örneklem seçimi veya metodolojik farklılıklardan kaynaklanabilir.

Çalışmamızda DEHB grubunun %56,7'sinin kadın, %43,3'ünün erkek olduğu saptanmıştır. Yapılan araştırmalar DEHB'nin erkek cinsiyette daha yaygın olduğunu ortaya koymakla birlikte çocukluk dönemindeki erkek kadın oranının 3:1, yetişkinlik döneminde ise bu oranının azalarak 1,8:1 seviyelerine indiğini göstermektedir (35,36). DEHB'li erkeklerle karşılaştırıldığında DEHB'li kadınlarda dikkat eksikliği belirtilerinin

hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerinden daha yaygın görülmesi nedeniyle kadınların DEHB tanısını daha geç aldığı düşünülmektedir (101). Klinik ortamlarda yapılan çalışmalarda DEHB tanısı alan erkek kadın oranının genel popülasyonda yapılan çalışmalara göre daha yüksek olması da genel popülasyon içerisindeki kadınların yeterince tanı almamış olabileceğini düşündürmektedir (37). Kadınlarda DEHB'ye eşlik eden komorbid psikiyatrik bozuklukların daha sık olduğu gösterilmiştir (37). Çalışma örneklemimizde kadınların daha fazla olmasının nedeni örneklemimizin yetişkinlerden oluşması, kadınların komorbid psikiyatrik bozukluklar nedeniyle sağlık hizmetlerine daha fazla başvurması, kadınların araştırmaya katılma konusunda gönüllü olma eğiliminin daha yüksek olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda DEHB grubu ve kontrol grubu arasında eğitim düzeyi ve çalışma durumu açısından anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır. Yapılan çalışmalarda DEHB tanılı bireylerin eğitim düzeylerinin, akademik başarılarının ve istihdam oranlarının DEHB tanısı olmayanlardan daha düşük olduğu gösterilmiştir (102–104). Çalışmamızdaki DEHB grubu katılımcıların büyük oranda öğrencilerden oluşması ve kontrol grubunun da karşılaştırılabilir olmasını sağlayacak şekilde benzer düzeyde öğrenci ve çalışanlardan oluşturulması nedeniyle çalışmamızda gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık saptanmadığı düşünülebilir.

Çalışmamızda DEHB grubu ve kontrol grubu arasında medeni durum bakımından anlamlı bir fark bulunmamış olup her iki grupta da bekar katılımcı oranı %84,4'tür. Yapılan araştırmalarda DEHB'li bireylerin evlilik uyumu ve aile ilişkilerinde işlevselliğinin genel topluma göre daha düşük olduğu ve evli olma oranlarının daha düşük olduğu gösterilmiştir (105–107). Literatürdeki araştırmaların aksine çalışmamızdaki DEHB grubu katılımcıların medeni durumunun kontrol grubu ile anlamlı düzeyde fark göstermemesi katılımcıların yaş ortalamasının 24,9 olması ve büyük oranda öğrencilerden oluşmasından kaynaklanıyor olabilir. Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre 2023 yılında ortalama ilk evlenme yaşı kadınlar için 25,7, erkekler için ise 28,3 olarak belirlenmiştir (108). Çalışmamızdaki katılımcıların yaş ortalamasının bu verilerden daha düşük olması ve öğrenci olmaları nedeniyle bekar oldukları düşünülebilir.

Çalışmamızda DEHB grubu ile kontrol grubu arasında alkol kullanımı açısından anlamlı farklılık olduğu, sigara ve madde kullanımı bakımından ise anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. DEHB grubundaki hastaların %54,4'ünün, kontrol grubunun ise %33,3'ünün alkol kullanımı olduğu görüldü. Yapılan çalışmalar DEHB tanılı hastaların

sigara, alkol ve madde kullanım oranlarının daha yüksek olduğunu ve DEHB semptomları ile ilişkili olduğunu göstermektedir (109–111). Çalışmamızda DEHB grubundaki hastalarda alkol kullanım sıklığının daha fazla görülmesi literatürdeki araştırmalarla uyumludur. Çalışmamızdaki sigara ve madde kullanım oranlarının literatürdeki araştırmalardan farklılık göstermesi örneklem büyüklüğü, kültürel farklılıklar veya hasta bildirimindeki eksikliklerden kaynaklanıyor olabilir. Ülkemizde madde kullanımının yasak olması nedeniyle de verilen yanıtların yeterince gerçeği yansıtmayabileceği ve madde kullanımının daha yüksek oranlarda bulunabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda DEHB grubunun ailelerinde herhangi bir psikiyatrik bozukluk bulunma oranı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek olarak bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda DEHB hastalarının ailesinde DEHB, depresif bozukluk ve anksiyete bozuklukları gibi psikiyatrik bozukluk sıklığının genel toplumdan daha yüksek olduğu gösterilmiştir (112,113). Çalışmamızda DEHB grubunun ailede psikiyatrik bozukluk bulunma oranının daha yüksek bulunması literatür ile uyumludur.

Çalışmamızda DEHB grubu ile kontrol grubu arasında ek tıbbi hastalık oranlarında anlamlı bir fark bulunmuştur. Çeşitli çalışmalarda DEHB tanılı bireylerde kardiyovasküler, metabolik ve diğer ek tıbbi hastalıkların genel toplumdan daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (114–116). Çalışmamızda DEHB grubunda ek tıbbi hastalık bulunma oranının kontrol grubuna göre daha yüksek olması literatürdeki araştırmaların sonuçları ile uyumludur.

Çalışmamızda değerlendirilen DEHB vakalarına uygulanan SCID-5 ile hastaların 17'sinde anksiyete bozuklukları, 7'sinde depresif bozukluk, 4'ünde yeme bozuklukları, 2'sinde biriktiricilik bozukluğu, 1'inde otizm spektrum bozukluğu ve 1'inde kişilik bozukluğu saptanmıştır. Çalışmamızda DEHB hastalarının %35,6'sında eşlik eden psikiyatrik bozukluk olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, literatürdeki DEHB hastalarının %80'inde eşlik eden psikiyatrik bozukluk olduğunu gösteren çalışmalardan görece daha düşüktür (4,55). Bu farklılık çeşitli metodolojik ve bağlamsal faktörlere bağlı olabilir. Araştırmamızdaki DEHB hastalarının çoğunlukla öğrenci olması ve yaş ortalamalarının görece düşük olması komorbid psikiyatrik bozukluk oranlarının literatürde bildirilen oranlardan düşük bulunmasına katkıda bulunmuş olabilir. DEHB tanısının erken yaşlarda koyulması ve tedaviye başlanmasıyla komorbid psikiyatrik bozuklukların gelişiminin önlenme ihtimali veya örneklemin çoğunluğunu oluşturan üniversite öğrencilerinin akademik başarı ve sosyal destek gibi koruyucu faktörlere sahip olma ihtimali de çalışmamızdaki komorbid psikiyatrik bozukluk oranlarının daha düşük saptanmasına yol

açmış olabilir. Çalışmamızda 2 kişide DEHB'ye eşlik eden biriktiricilik bozukluğu saptanması araştırmamızın önemini göstermektedir.

Çalışmamızda DEHB'ye eşlik eden psikiyatrik bozukluğu olan ve olmayan hastalar arasında YYİE'nin çalışma belleği alt boyut puanları arasında anlamlı düzeyde fark olduğu, diğer ölçek puanları arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı bulunmuştur. Zamir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada eşlik eden psikiyatrik bozukluğun varlığı ile biriktirme davranışları arasındaki ilişki incelenmemiş olup BE-GGF puanı 40 ve üzerinde olan DEHB hastalarının Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği puanları BE-GGF puanı 40'ın altında olan hastalardan daha yüksek bulunmuştur (5). Grassi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise BE-GGF puanı 40 ve üzerinde olan DEHB hastaları ile BE-GGF puanı 40'ın altında olan hastalar arasında psikiyatrik komorbidite varlığı açısından anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır (11). Yaptığımız çalışmada DEHB hastaları BE-GGF ölçeğinin kesme puanına göre ayrılmamış olsa da komorbiditesi olan ve olmayan hastaların biriktirme davranışları arasında anlamlı farklılık olmamasının, Grassi ve arkadaşlarının çalışmasının sonuçları ile benzerlik gösterdiği düşünülebilir. Biriktirme davranışlarının komorbidite ile farklılık göstermemesi DEHB'nin temel semptomlarının biriktirme davranışı üzerindeki etkisinin komorbiditelerden bağımsız olarak etkilediğini düşündürmektedir. Bu konuda daha büyük örneklemli araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmamızda yürütücü işlevler YYİE ile değerlendirilmiş olup DEHB ve kontrol grupları arasında YYİE alt ölçek ve toplam puanlarının anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda DEHB'nin yürütücü işlevler ile ilişkili olduğu ve en belirgin etkilenmenin ketleme, çalışma belleği, sürekli dikkat ve planlama alanlarında olduğu gösterilmiştir (15,79,80). Holst ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada DEHB tanılı yetişkinlerin YYİE alt ölçek ve toplam puanları, klinik ve klinik olmayan kontrollerle karşılaştırıldığında daha yüksek bulunmuştur (97). Çalışmamızın sonucunda da bu çalışmalara benzer şekilde DEHB vakalarında yürütücü işlev eksiklerinin sağlıklı kontrollerden anlamlı düzeyde daha fazla olduğu gösterilmiştir.

Çalışmamızda biriktirme davranışları BE-GGF ile değerlendirilmiş olup DEHB ve kontrol grupları arasında BE-GGF alt ölçek ve toplam puanlarının anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur. Fullana ve arkadaşlarının çok merkezli çalışmasında yaşam boyu biriktirme belirtisi DEHB tanılı yetişkinlerde %8,9 ile kontrol grubundaki %2,7'den istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu gösterilmiştir (6). Zamir ve arkadaşlarının yakın tarihte yaptığı çalışmada DEHB tanılı hastaların biriktirme davranışlarının kontrol

grubuna göre anlamlı düzeyde daha fazla olduğu gösterilmiştir (5). Çalışmamız bu sonuçları destekler nitelikte olup DEHB vakalarında biriktirme davranışlarının sağlıklı kontrollerden anlamlı düzeyde fazla olduğu göstermektedir.

Çalışmamızda biriktirme davranışlarının DEHB alt tipleri arasında anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği bulunmuştur. Çalışmamızda DEHB grubunun alt tiplere göre dağılımına bakıldığında %52,3'ünün bileşik görünüm, %36,6'sının dikkat eksikliği baskın görünüm, %11,1'inin hiperaktivite/dürtüsellik baskın görünüm olduğu görülmektedir. Bu oranlar, literatürdeki yetişkinlik döneminde klinik olarak en sık bileşik görünüm görüldüğünü bildiren çalışmalarla benzerlik göstermektedir (35,117,118). Dikkat eksikliği baskın görünüm vakalarda, biriktirme davranışlarının bileşik görünüm ve hiperaktivite/dürtüsellik baskın görünüm vakalardan anlamlı düzeyde daha fazla olduğu, bileşik görünüm vakaların biriktirme davranışlarının ise hiperaktivite/dürtüsellik baskın görünüm vakalardan anlamlı düzeyde daha fazla olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, biriktirme davranışlarının dikkat eksikliği baskın görünüm DEHB vakalarında daha fazla görüldüğünü gösteren çalışmalarla uyumludur (6,8,9).

Çalışmamızda yapılan korelasyon analizinde DEHB grubunda ASRS ile değerlendirilen dikkat eksikliği ile biriktirme davranışı arasında anlamlı düzeyde ilişki olduğu gösterilmiştir. Literatürde biriktirme davranışı ile dikkat eksikliği arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (5,11,19,119–121). Hallion'un 2015 yılında yaptığı çalışmada dikkat eksikliğinin kişilerde zayıf hafıza güvenine yol açtığı, kişilerin hatırlamayı kolaylaştırmak için eşyalarını daha fazla biriktirmeye yöneldiği ve bu durumun dağınıklığa ve işlevsel bozukluğa neden olduğu gösterilmiştir (122). Çalışmamızda DEHB grubunda biriktirme davranışının alt boyutları incelendiğinde dikkat eksikliğinin özellikle eşya kalabalığı ve atmada zorluk davranışları ile ilişkili olmasının bu mekanizmayı desteklediği düşünülmüştür. Bu mekanizmanın, biriktirme davranışlarının tedavisinde dikkati sürdürme ve organizasyon becerilerine odaklanan müdahalelerin geliştirilmesi için bir çerçeve sunabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda yapılan korelasyon analizinde DEHB grubunda ASRS ve BIS-11-KF ile değerlendirilen dürtüsellik ile biriktirme davranışı arasında anlamlı düzeyde ilişki olduğu gösterilmiştir. Literatürde biriktirme davranışı ile dürtüsellik arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (8,119,123–125). Frost ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada biriktirme davranışı olan yetişkinlerde kompulsif alışveriş yapma ve aşırı eşya edinme davranışının yaygın olduğu gösterilmiştir (89). Çalışmamızda DEHB grubunda

biriktirme davranışının alt boyutları incelendiğinde dürtüselliğin özellikle edinme/alma davranışları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu durum dürtü kontrolü zayıf olan kişilerin gereksiz eşya edinme eğilimlerinin artmasıyla açıklanabilir.

Çalışmamızda yapılan korelasyon analizinde DEHB grubunda yürütücü işlev eksiklikleri ile biriktirme davranışı arasında anlamlı düzeyde ilişki olduğu gösterilmiştir. Bu bulgu, literatürdeki biriktirme davranışı ile yürütücü işlev eksiklikleri arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalarla uyumludur (16,126,127). Yakın tarihte Grassi ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada DEHB ve biriktiricilik bozukluğu komorbiditesi olan hastalarda yalnızca DEHB olan hastalara göre yürütücü işlev eksikliklerinin daha belirgin olduğu gösterilmiştir (128). Çalışmamızda iki vakada DEHB ve biriktiricilik bozukluğu komorbiditesi saptanmış olup bu vakaların yalnızca DEHB tanısı olan vakalar ile benzer düzeyde yürütücü işlev eksiklikleri gösterdiği görülmekle birlikte karşılaştırma için gerekli örneklem büyüklüğüne ulaşılamamıştır.

Çalışmamızda aracılık analizi ile yürütücü işlev eksiklikleri ile biriktirme davranışı arasındaki ilişkide dikkat eksikliği ve dürtüselliğin aracılık etkisi incelendiğinde dolaylı etkilerin anlamlı olmadığı bulundu. Literatürde bununla ilgili yapılan çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bulgu yürütücü işlev eksikliklerinin dikkat eksikliği ve dürtüsellik dışındaki mekanizmalarla da biriktirme davranışlarını etkilediğini ve hastalarda bu alana da müdahale edilmesi gerekliliğinin önemini düşündürmektedir.

Çalışmamızda yapılan hiyerarşik regresyon analizi, DEHB grubunda biriktirme davranışlarının temel yordayıcısının dikkat eksikliği olduğunu ortaya koymuştur. Bu bulgu, Tolin ve arkadaşlarının 2011 yılında yetişkin OKB olmayan biriktirici hastalarda yaptığı çalışma ve Zamir ve arkadaşlarının 2022 yılında yetişkin DEHB hastalarında yaptığı çalışmanın sonuçları ile uyumludur (5,19). Literatürde biriktirme davranışını yordamada dikkat eksikliği ile birlikte dürtüselliğin de etkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Hacker ve arkadaşlarının DEHB tanılı çocuklarda yaptığı çalışmada ve Grassi ve arkadaşlarının 2023 yılında DEHB tanılı yetişkinlerde yaptığı çalışmalarda ise biriktirme davranışını yordamada dikkat eksikliği ve dürtüselliğin anlamlı olduğunu bildirdiği görülmektedir (11,119). Bu farklılıkların örneklem, metodoloji ve biriktirme davranışının farklı boyutlarına odaklanmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Örneğin Hacker ve arkadaşlarının çalışması çocuklarla yapıldığı için yetişkinlerde yaş ile birlikte azalan dürtüselliğin etkilerinin çocuklarda daha belirgin ortaya çıktığı düşünülebilir.

Çalışmamızda yaşam kalitesi WHOQOL-BREF ile değerlendirilmiş olup DEHB ve kontrol grupları arasında WHOQOL-BREF alt boyut puanlarının anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur. Yapılan çalışmalar DEHB tanılı hastalarda işlevsellik kaybı, dürtüsellik, yürütücü işlev eksiklikleri, depresyon ve anksiyete gibi nedenlerin de etkisiyle yaşam kalitesinin düşük olduğunu göstermiştir (87,129,130). Literatüre benzer şekilde çalışmamızda DEHB grubunun yaşam kalitesinin daha düşük olduğu bulundu.

Çalışmamızda yapılan hiyerarşik regresyon analizleri DEHB grubunda yaşam kalitesinin fiziksel ve çevresel alt boyutlarının temel yordayıcısının biriktirme davranışı olduğu, yaşam kalitesinin psikolojik alt boyutunu yordamada biriktirme davranışı ve dikkat eksikliğinin anlamlı olduğu, yaşam kalitesinin sosyal alt boyutunu yordamada ise oluşturulan modellerin açıklayıcılık düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür. Literatürde biriktirme davranışları ile işlevsellik kaybı ve düşük yaşam kalitesi arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (131–134). Yakın zamanda yapılan bir çalışmada DEHB ve biriktiricilik bozukluğu komorbiditesi olan hastalarda sadece DEHB tanısı olan hastalara göre daha fazla işlevsellik kaybı olduğunu gösterilmiştir (128). Çalışmamızın sonuçları literatürle uyumlu olmakla birlikte yaşam kalitesinin sosyal alt boyutunda biriktirme davranışı ile anlamlı ilişki saptanmaması, yaşam kalitesinin sosyal alt boyutunu etkileyebilecek çok sayıda faktörün olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar DEHB hastalarında biriktirme davranışlarının rutin olarak değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Yapılan çalışmalar içgörü eksikliği, biriktirme davranışlarının utançla ilişkilendirilmesi ve damgalanmaktan korkma gibi sebeplerle biriktirme davranışlarının gizlendiğini göstermiştir (135–137). Bu bulgular, hasta biriktirme semptomlarını kendiliğinden dile getirmese de sorgulanması gerektiğini düşündürmektedir. Biriktirme davranışları sadece bireyi değil, bireyle birlikte yaşayan kişileri ve toplumu da etkiler (138). Biriktirme davranışlarının aile çatışmalarında artış, sosyal etkileşimde azalma ile ilişkili olduğu ve evliliğin sürdürülmesinde sorun oluşturduğu gösterilmiştir (139–141). Biriktirme davranışlarına bağlı olarak hijyen sorunları ve enfeksiyon hastalıkları riskinin arttığı, yangınların oluşma ve daha fazla yayılma riskinin artmış olduğu gösterilmiştir (142–144). Bu bulgular, biriktiricilik bozukluğunun birçok farklı alanda sorunlarla ilişkili olabileceği için tespitinin ve yok yönlü bir yaklaşımla ele alınmasının önemli olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları da bulunmaktadır. İlk olarak çalışmamızın kesitsel tasarımı nedeniyle nedensellik ilişkisi kurulması mümkün olmamıştır. Ayrıca kullanılan

linik değerlendirme leklerinin öz bildirim temelli olması yanıtların sbjektifliğinden kaynaklanan yanlılık riskini beraberinde getirebilir. Hasta grubunda ilaç tedavisi türlerindeki farklılıkların dikkate alınmamış olması da bir diğer kısıtlılık olarak değerlendirilebilir. Çalışmamızda, eşyalara karşı duygusal bağlanma ve emosyon regülasyonu güçlükleri gibi biriktirme davranışının fenomenolojisi değerlendirilmemiştir ve bu da çalışmamızın kısıtlılıkları arasında değerlendirilebilir (145–148).

Çalışmamızın güçlü yönleri arasında DEHB tanısı almış klinik bir örneklem üzerinde gerçekleştirilmesi ve bu tanıların yapılandırılmış görüşme yöntemleriyle klinisyen tarafından konulması ne çıkmaktadır. Ayrıca rneklem grubunun sosyodemografik özelliklerinin benzer olması katılımcılar arasında homojen bir dağılım sağlamıştır. Bu durum yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve medeni durum gibi psikopatolojiler üzerinde etkili olabilecek potansiyel karıştırıcı faktörlerin etkisinin en aza indirgenmesine olanak tanımıştır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ana bileşenlerini oluşturan dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik ile karakterize olmakla birlikte DEHB’de sorun alanları yalnızca bu üç belirti ile sınırlı değildir. Obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar başlığı altında sınıflandırılan biriktiricilik bozukluğu son yıllarda yapılan araştırmalar neticesinde DEHB ile ilişkilendirilmiştir. Biz de bu doğrultuda mevcut çalışmamızda alan yazında sınırlı sayıda çalışmanın olduğu DEHB tanılı yetişkinlerde biriktirme davranışını incelemeyi amaçladık.

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar DEHB tanılı yetişkinlerde biriktirme davranışlarının sağlıklı kontrol grubundan daha fazla olduğunu ve biriktirme davranışlarının dikkat eksikliği, dürtüsellik ve yürütücü işlev eksiklikleri ile ilişkili olduğunu ancak biriktirme davranışlarının temel yordayıcısının dikkat eksikliği olduğunu göstermiştir. Ayrıca dikkat eksikliği baskın görünümlü DEHB hastalarında biriktirme davranışının daha fazla olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre DEHB tanılı bireylerde biriktirme davranışlarının ve ilişkili olabilecek bilişsel işlevlerin değerlendirilmesi potansiyel öneme sahip olabilir. Bu alanda daha çok araştırma yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmamızda biriktirme davranışlarının bireylerin yaşam kalitesinde belirgin bir azalma ile ilişkili olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar, DEHB tanılı hastaların değerlendirilmesi ve tedavi planlanmasında biriktirme davranışlarının rutin olarak değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. DEHB tanılı bireylerde yürütücü işlev eksikliklerine yönelik müdahalelerin etkili olabileceği, bunun sonucunda biriktirme davranışlarının azalabileceği ve yaşam kalitesinin artabileceği düşünülmektedir ancak bu konuda özellikle uzunlamasına tasarımlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

DEHB tanılı yetişkinlerde biriktirme davranışlarını ve ilişkili olan özellikleri tanımlamaya yönelik çalışmamızdaki kısıtlılıkların kontrol altına alındığı yeni araştırmaların yapılması alana katkı sağlayabilir.

KAYNAKLAR

1. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders:DSM-V. ed. 5th, editor. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013.
2. Barkley RA. History of ADHD. In: ed. 4th, editor. Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. New York, NY, US: The Guilford Press; 2015. p. 3–50.
3. Simon V, Czobor P, Bálint S, Mészáros Á, Bitter I. Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2009 Mar;194(3):204–11.
4. Sobanski E, Brüggemann D, Alm B, Kern S, Deschner M, Schubert T, et al. Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2007 Oct;257(7):371–7.
5. Morein-Zamir S, Kasese M, Chamberlain SR, Trachtenberg E. Elevated levels of hoarding in ADHD: A special link with inattention. *J Psychiatr Res*. 2022;145:167–74.
6. Fullana MA, Vilagut G, Mataix-Cols D, Adroher ND, Bruffaerts R, Bunting B, et al. Is ADHD in childhood associated with lifetime hoarding symptoms? An epidemiological study. *Depress Anxiety*. 2013 Aug;30(8):741–8.
7. Frost RO, Gross RC. The hoarding of possessions. *Behaviour Research and Therapy*. 1993;31(4):367–81.
8. Frost RO, Steketee G, Tolin DF. Comorbidity in hoarding disorder. *Depress Anxiety*. 2011 Oct 3;28(10):876–84.
9. Sheppard B, Chavira D, Azzam A, Grados MA, Umana P, Garrido H, et al. ADHD Prevalence and Association with Hoarding Behaviors in Childhood-Onset OCD. *Depress Anxiety*. 2010 Jul;27(7):667.
10. Kuwano M, Nakao T, Yonemoto K, Yamada S, Murayama K, Okada K, et al. Clinical characteristics of hoarding disorder in Japanese patients. *Heliyon*. 2020 Mar 1;6(3):e03527.
11. Grassi G, Moradei C, Cecchelli C, van Ameringen M. Who really hoards? Hoarding symptoms in adults with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD), obsessive-compulsive disorder (OCD) and healthy controls. *J Psychiatr Res*. 2023 Oct 1;166:74–9.
12. Zaboski BA, Merritt OA, Schrack AP, Gayle C, Gonzalez M, Guerrero LA, et al. Hoarding: A meta-analysis of age of onset. *Depress Anxiety*. 2019 Jun 1;36(6):552–64.
13. Hughes C, Ensor R. Executive function and theory of mind in 2 year olds: a family affair? *Dev Neuropsychol*. 2005;28(2):645–68.

14. Anderson PJ. Towards a developmental model of executive function. In: *Executive functions and the frontal lobes*. Psychology Press; 2010. p. 37–56.
15. Willcutt EG, Doyle AE, Nigg JT, Faraone S V., Pennington BF. Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Biol Psychiatry*. 2005 Jun 1;57(11):1336–46.
16. McMillan SG, Rees CS, Pestell C. An investigation of executive functioning, attention and working memory in compulsive hoarding. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 2013 Oct;41(5):610–25.
17. Grisham JR, Brown TA, Savage CR, Steketee G, Barlow DH. Neuropsychological impairment associated with compulsive hoarding. *Behaviour research and therapy*. 2007 Jul;45(7):1471–83.
18. Ayers CR, Wetherell JL, Schiehser D, Almklov E, Golshan S, Saxena S. Executive functioning in older adults with hoarding disorder. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2013 Nov;28(11):1175–81.
19. Tolin DF, Villavicencio A. Inattention, But Not OCD, Predicts the Core Features of Hoarding Disorder. *Behaviour research and therapy*. 2011 Feb;49(2):120.
20. Hall BJ, Tolin DF, Frost RO, Steketee G. An exploration of comorbid symptoms and clinical correlates of clinically significant hoarding symptoms. *Depress Anxiety*. 2013 Jan;30(1):67–76.
21. Smith AB, Taylor E, Brammer M, Halari R, Rubia K. Reduced activation in right lateral prefrontal cortex and anterior cingulate gyrus in medication-naïve adolescents with attention deficit hyperactivity disorder during time discrimination. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008 Sep 1;49(9):977–85.
22. Tolin DF, Stevens MC, Villavicencio AL, Norberg MM, Calhoun VD, Frost RO, et al. Neural Mechanisms of Decision Making in Hoarding Disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2012 Aug;69(8):832.
23. Vande Voort JL, He JP, Jameson ND, Merikangas KR. Impact of the DSM-5 attention-deficit/hyperactivity disorder age-of-onset criterion in the US adolescent population. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014;53(7):736–44.
24. Nutley SK, Read M, Eichenbaum J, Nosheny RL, Weiner M, Mackin RS, et al. Health-related quality of life in hoarding: A comparison to chronic conditions with high disease burden. *J Psychiatr Res*. 2022 May 1;149:68–75.
25. Erişkinlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanı ve tedavi kılavuzu. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2018.
26. Thapar A, Cooper M. Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet*. 2016 Mar 19;387(10024):1240–50.
27. Barkley RA, Peters H. The earliest reference to ADHD in the medical literature? Melchior Adam Weikard’s description in 1775 of “attention deficit” (*Mangel der Aufmerksamkeit, Attentio Volubilis*). *J Atten Disord*. 2012 Nov;16(8):623–30.
28. Weikard Melchior Adam. *Der philosophische Arzt*. 1775.
29. Still GF. Some abnormal psychical conditions in children: excerpts from three lectures. *J Atten Disord*. 2006 Nov;10(2):126–36.

30. Hartocollis P. The syndrome of minimal brain dysfunction in young adult patients. *Bull Menninger Clin.* 1968 Mar;32(2):102–14.
31. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III.* ed. 3rd, editor. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1980.
32. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III-R.* 3rd ed. rev., editor. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1987.
33. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV.* ed. 4th, editor. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1994.
34. Merikangas KR, He JP, Brody D, Fisher PW, Bourdon K, Koretz DS. Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001-2004 NHANES. *Pediatrics.* 2010 Jan;125(1):75–81.
35. Willcutt EG. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics.* 2012 Jul;9(3):490–9.
36. Gerhand S, Saville CWN. ADHD prevalence in the psychiatric population. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2022;26(2):165–77.
37. Mowlem FD, Rosenqvist MA, Martin J, Lichtenstein P, Asherson P, Larsson H. Sex differences in predicting ADHD clinical diagnosis and pharmacological treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2019 Apr 1;28(4):481–9.
38. Sonuga-Barke EJS, Halperin JM. Developmental phenotypes and causal pathways in attention deficit/hyperactivity disorder: potential targets for early intervention? *J Child Psychol Psychiatry.* 2010 Apr;51(4):368–89.
39. Brikell I, Kuja-Halkola R, Larsson H. Heritability of attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2015 Sep 1;168(6):406–13.
40. Thapar A, Cooper M, Eyre O, Langley K. Practitioner Review: What have we learnt about the causes of ADHD? *J Child Psychol Psychiatry.* 2013 Jan;54(1):3.
41. Guney E, Ceylan M, İşeri E. Candidate Gene Studies of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar - Current Approaches in Psychiatry.* 2011 Dec 1;3:664.
42. Moura O, Costa P, Simões MR. WISC-III Cognitive Profiles in Children with ADHD: Specific Cognitive Impairments and Diagnostic Utility. *J Gen Psychol.* 2019 Jul 3;146(3):258–82.
43. Sharma A, Couture J. A review of the pathophysiology, etiology, and treatment of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Ann Pharmacother.* 2014 Feb;48(2):209–25.
44. Xavier Castellanos F, Lee PP, Sharp W, Jeffries NO, Greenstein DK, Clasen LS, et al. Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA.* 2002 Oct 9;288(14):1740–8.
45. Del Campo N, Chamberlain SR, Sahakian BJ, Robbins TW. The roles of dopamine and noradrenaline in the pathophysiology and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry.* 2011 Jun 15;69(12).

46. Pliszka SR. The neuropsychopharmacology of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*. 2005 Jun 1;57(11):1385–90.
47. Prince J. Catecholamine dysfunction in attention-deficit/hyperactivity disorder: an update. *J Clin Psychopharmacol*. 2008 Jun;28(3 Suppl 2).
48. Biederman J, Faraone S V. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*. 2005 Jul 16;366(9481):237–48.
49. Shaw P, Eckstrand K, Sharp W, Blumenthal J, Lerch JP, Greenstein D, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2007 Dec 4;104(49):19649–54.
50. Sciberras E, Mulraney M, Silva D, Coghill D. Prenatal Risk Factors and the Etiology of ADHD-Review of Existing Evidence. *Curr Psychiatry Rep*. 2017 Jan 1;19(1).
51. Latimer K, Wilson P, Kemp J, Thompson L, Sim F, Gillberg C, et al. Disruptive behaviour disorders: a systematic review of environmental antenatal and early years risk factors. *Child Care Health Dev*. 2012 Sep;38(5):611–28.
52. Konofal E, Lecendreux M, Arnulf I, Mauren MC. Iron deficiency in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004 Dec;158(12):1113–5.
53. Arnold LE, Bozzolo H, Hollway J, Cook A, DiSilvestro RA, Bozzolo DR, et al. Serum zinc correlates with parent- and teacher-rated inattention in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2005 Aug;15(4):628–36.
54. Kayaalp L. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. *Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*. 2008;62:147–52.
55. Katzman MA, Bilkey TS, Chokka PR, Fallu A, Klassen LJ. Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach. *BMC Psychiatry*. 2017 Aug 22;17(1).
56. Fayyad J, De Graaf R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K, et al. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry*. 2007 May;190(MAY):402–9.
57. Shakespeare W. *Coriolanus*. 1608.
58. Gogol N. *Dead Souls*. 1842.
59. Dickens C. *Great Expectations*. 1861.
60. Dickens C. *Bleak House*. 1862.
61. Steketee G, Frost RO, Kyrios M. Cognitive aspects of compulsive hoarding. *Cognit Ther Res*. 2003 Aug;27(4):463–79.
62. Postlethwaite A, Kellett S, Mataix-Cols D. Prevalence of Hoarding Disorder: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2019 Sep 1;256:309–16.
63. Iervolino AC, Perroud N, Fullana MA, Guipponi M, Cherkas L, Collier DA, et al. Prevalence and heritability of compulsive hoarding: a twin study. *Am J Psychiatry*. 2009 Oct;166(10):1156–61.
64. Nordsletten AE, Monzani B, Fernández de la Cruz L, Iervolino AC, Fullana MA, Harris J, et al. Overlap and specificity of genetic and environmental influences on

- excessive acquisition and difficulties discarding possessions: Implications for hoarding disorder. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2013 Jun;162B(4):380–7.
65. Timpano KR, Schmidt NB, Wheaton MG, Wendland JR, Murphy DL. Consideration of the BDNF gene in relation to two phenotypes: hoarding and obesity. *J Abnorm Psychol*. 2011;120(3):700–7.
 66. Liang KY, Wang Y, Yin YS, Grados M, Fyer AJ, Rauch S, et al. Evidence for potential relationship between SLC1A1 and a putative genetic linkage region on chromosome 14q to obsessive-compulsive disorder with compulsive hoarding. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*. 2008 Sep 5;147B(6):1000–2.
 67. Woody SR, Kellman-McFarlane K, Welsted A. Review of cognitive performance in hoarding disorder. *Clin Psychol Rev*. 2014;34(4):324–36.
 68. Hartl TL, Frost RO, Allen GJ, Deckersbach T, Steketee G, Duffany SR, et al. Actual and perceived memory deficits in individuals with compulsive hoarding. *Depress Anxiety*. 2004;20(2):59–69.
 69. Cromer KR, Sachs-Ericsson N. The association between childhood abuse, PTSD, and the occurrence of adult health problems: moderation via current life stress. *J Trauma Stress*. 2006 Dec;19(6):967–71.
 70. Kajitani K, Tsuchimoto R, Nagano J, Nakao T. Relevance of hoarding behavior and the traits of developmental disorders among university students: a self-reported assessment study. *Biopsychosoc Med*. 2019 Jun 3;13(1):13.
 71. Miyake A, Friedman NP, Emerson MJ, Witzki AH, Howerter A, Wager TD. The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex “Frontal Lobe” tasks: a latent variable analysis. *Cogn Psychol*. 2000;41(1):49–100.
 72. Diamond A. Executive functions. *Annu Rev Psychol*. 2013;64:135–68.
 73. McTeague LM, Goodkind MS, Etkin A. Transdiagnostic impairment of cognitive control in mental illness. *J Psychiatr Res*. 2016 Dec 1;83:37–46.
 74. Orellana G, Slachevsky A. Executive functioning in schizophrenia. *Front Psychiatry*. 2013;4(JUN).
 75. McDonald BC, Flashman LA, Saykin AJ. Executive dysfunction following traumatic brain injury: Neural substrates and treatment strategies. *NeuroRehabilitation*. 2002;17(4):333–44.
 76. Barry D, Petry NM. Predictors of decision-making on the Iowa Gambling Task: independent effects of lifetime history of substance use disorders and performance on the Trail Making Test. *Brain Cogn*. 2008 Apr;66(3):243–52.
 77. Chamberlain SR, Solly JE, Hook RW, Vaghi MM, Robbins TW. Cognitive Inflexibility in OCD and Related Disorders. *Curr Top Behav Neurosci*. 2021;49:125–45.
 78. Toplak ME, Bucciarelli SM, Jain U, Tannock R. Executive functions: performance-based measures and the behavior rating inventory of executive function (BRIEF) in adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Neuropsychol*. 2009 Jan;15(1):53–72.

79. Pennington BF, Ozonoff S. Executive functions and developmental psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*. 1996 Jan;37(1):51–87.
80. Barkley RA. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Self-Regulation, and Time: Toward a More Comprehensive Theory. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics* [Internet]. 1997;18:271–9. Available from: <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:20837938>
81. Barkley RA. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychol Bull*. 1997;121(1):65–94.
82. Brown TE. Attention deficit disorder: The unfocused mind in children and adults. *Attention deficit disorder: The unfocused mind in children and adults*. New Haven, CT, US: Yale University Press; 2005. 360, xxi, 360–xxi p. (Yale University press health & wellness.).
83. Holmes J, Hilton KA, Place M, Alloway TP, Elliott JG, Gathercole SE. Children with low working memory and children with ADHD: same or different? *Front Hum Neurosci*. 2014;8.
84. Kofler MJ, Sarver DE, Harmon SL, Moltisanti A, Aduen PA, Soto EF, et al. Working memory and organizational skills problems in ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2018;59(1):57–67.
85. Nikolas MA, Nigg JT. Neuropsychological performance and attention-deficit hyperactivity disorder subtypes and symptom dimensions. *Neuropsychology*. 2013;27(1):107–20.
86. Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment, 3rd ed. *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment, 3rd ed*. New York, NY, US: The Guilford Press; 2006. 770, xiv, 770–xiv p.
87. Stern A, Pollak Y, Malik E, Maeir A. The Relationship Between Executive Functions and Quality of Life in Adults With ADHD. *J Atten Disord*. 2013 Nov 4;21.
88. Tolin DF, Kiehl KA, Worhunsky P, Book GA, Maltby N. An exploratory study of the neural mechanisms of decision making in compulsive hoarding. *Psychol Med*. 2009 Feb;39(2):325–36.
89. Frost RO, Tolin DF, Steketee G, Fitch KE, Selbo-Bruns A. Excessive acquisition in hoarding. *J Anxiety Disord*. 2009 Jun 1;23(5):632–9.
90. Elbir M, Alp Topbaş Ö, Bayad S, Kocabaş T, Zülkif Topak O, Çetin Ş, et al. Adaptation and reliability of the structured clinical interview for DSM-5-disorders - clinician version (SCID-5/CV) to the Turkish language. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2019;30(1).
91. Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E, et al. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med*. 2005 Feb;35(2):245–56.
92. Doğan S, Öncü B, Varol-Saraçoğlu G, Küçüköncü S. Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu kendi bildirim ölçeği (ASRS-v1.1): Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. [Validity and reliability of the Turkish version of the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1)]. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2009;10(2):77–87.

93. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol*. 1995 Nov 1;51(6):768–74.
94. Tamam L, Güleç H, Karataş G. Barratt dürtüsellik ölçeği kısa formu (BIS-11-KF) Türkçe uyarlama çalışması. *Noropsikiyatri Arsivi*. 2013;50(2):130–4.
95. Frost RO, Steketee G, Grisham J. Measurement of compulsive hoarding: Saving inventory-revised. *Behaviour Research and Therapy*. 2004 Oct;42(10):1163–82.
96. Demirhan N. Kompulsif Biriktirmenin Bilişsel-Davranışçı Modelinin İncelenmesi ve Biriktirme Envanteri-Gözden Geçirilmiş Formu’nun Türkçeye Uyarlanması (Yüksek Lisans Tezi). [Bursa]: Uludağ Üniversitesi; 2014.
97. Holst Y, Thorell LB. Adult executive functioning inventory (ADEXI): Validity, reliability, and relations to ADHD. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2018 Mar 1;27(1).
98. Alpay EH, Kızılöz BK. Yetişkin Yönetici İşlevler Envanterinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi. *Klinik Psikoloji Dergisi*. 2023 Dec 25;7(3):369–83.
99. Harper A, Power M, Orley J, Herrman H, Schofield H, Murphy B, et al. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychol Med*. 1998 May;28(3):551–8.
100. Eser E, Fidaner H, Fidaner C, Eser SY, Elbi H, Göker E. WHOQOL-BREF TR: a suitable instrument for the assessment of quality of life for use in the health care settings in Turkey. *Quality of life research*. 1999;647.
101. Robison RJ, Reimherr FW, Marchant BK, Faraone S V., Adler LA, West SA. Gender differences in 2 clinical trials of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a retrospective data analysis. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(2):213–21.
102. Kessler RC, Adler L, Berkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*. 2006;163(4):716–23.
103. Jangmo A, Kuja-Halkola R, Pérez-Vigil A, Almqvist C, Bulik CM, D’Onofrio B, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder and occupational outcomes: The role of educational attainment, comorbid developmental disorders, and intellectual disability. *PLoS One*. 2021 Mar 1;16(3):e0247724.
104. Erskine HE, Norman RE, Ferrari AJ, Chan GCK, Copeland WE, Whiteford HA, et al. Long-Term Outcomes of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Conduct Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016 Oct 1;55(10):841–50.
105. Michielsen M, Comijs HC, Aartsen MJ, Smeijjn EJ, Beekman ATF, Deeg DJH, et al. The relationships between ADHD and social functioning and participation in older adults in a population-based study. *J Atten Disord*. 2015 May 6;19(5):368–79.
106. Russell AE, Ford T, Williams R, Russell G. The Association Between Socioeconomic Disadvantage and Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A Systematic Review. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2016 Jun 1;47(3):440–58.
107. Kahveci Öncü B, Tutarel Kışlak Ş. Marital Adjustment and Marital Conflict in Individuals Diagnosed with ADHD and Their Spouses. *Noro Psikiyatr Ars*. 2022 Jun 1;59(2):127–32.
108. Türkiye İstatistik Kurumu. Evlenme ve Boşanma İstatistikleri 2023. 2024.

109. Gudjonsson GH, Sigurdsson JF, Sigfusdottir ID, Young S. An epidemiological study of ADHD symptoms among young persons and the relationship with cigarette smoking, alcohol consumption and illicit drug use. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012 Mar;53(3):304–12.
110. Lundervold AJ, Jensen DA, Haavik J. Insomnia, Alcohol Consumption and ADHD Symptoms in Adults. *Front Psychol*. 2020 May 27;11.
111. Osland S, Hirsch L, Pringsheim T. Smoking, alcohol and drug use in youth and adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *BJPsych Open*. 2017 May;3(3):141.
112. Chen MH, Pan TL, Huang KL, Hsu JW, Bai YM, Su TP, et al. Coaggregation of Major Psychiatric Disorders in First-Degree Relatives of Individuals With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Nationwide Population-Based Study. *J Clin Psychiatry*. 2019;80(3).
113. McGough JJ, Smalley SL, McCracken JT, Yang M, Del’Homme M, Lynn DE, et al. Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: findings from multiplex families. *Am J Psychiatry*. 2005;162(9):1621–7.
114. Stickley A, Koyanagi A, Takahashi H, Ruchkin V, Inoue Y, Kamio Y. Attention-deficit/hyperactivity disorder and physical multimorbidity: A population-based study. *European Psychiatry*. 2017 Sep 1;45:227–34.
115. Dobrosavljevic M, Kuja-Halkola R, Li L, Chang Z, Larsson H, Du Rietz E. Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and subsequent cardiometabolic disorders in adults: investigating underlying mechanisms using a longitudinal twin study. *BMC Med*. 2023 Dec 1;21(1).
116. Semeijn EJ, Sandra Kooij JJ, Comijs HC, Michielsen M, Deeg DJH, Beekman ATF. Attention-deficit/hyperactivity disorder, physical health, and lifestyle in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2013 Jun;61(6):882–7.
117. Wolraich ML, Hannah JN, Pinnock TY, Baumgaertel A, Brown J. Comparison of diagnostic criteria for attention-deficit hyperactivity disorder in a county-wide sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(3):319–24.
118. Groß-Lesch S, Dempfle A, Reichert S, Jans T, Geissler J, Kittel-Schneider S, et al. Sex- and Subtype-Related Differences in the Comorbidity of Adult ADHDs. <http://dx.doi.org/10.1177/1087054713510353>. 2013 Nov 6;20(10):855–66.
119. Hacker LE, Park JM, Timpano KR, Cavitt MA, Alvaro JL, Lewin AB, et al. Hoarding in Children With ADHD. *J Atten Disord*. 2016 Jul 1;20(7):617–26.
120. Hamblin RJ, Lewin AB, Salloum A, Crawford EA, McBride NM, Storch EA. Clinical characteristics and predictors of hoarding in children with anxiety disorders. *J Anxiety Disord*. 2015 Dec 1;36:9–14.
121. Baldwin PA, Whitford TJ, Grisham JR. Psychological and electrophysiological indices of inattention in hoarding. *Psychiatry Res*. 2018 Dec 1;270:915–21.
122. Hallion LS, Diefenbach GJ, Tolin DF. Poor Memory Confidence Mediates the Association between Inattention Symptoms and Hoarding Severity and Impairment. *J Obsessive Compuls Relat Disord*. 2015 Oct 1;7:43–8.
123. Timpano KR, Rasmussen J, Exner C, Rief W, Schmidt NB, Wilhelm S. Hoarding and the multi-faceted construct of impulsivity: a cross-cultural investigation. *J Psychiatr Res*. 2013;47(3):363–70.

124. Tumkaya S, Yucens B, Mart M, Tezcan D, Kashyap H. Multifaceted impulsivity in obsessive-compulsive disorder with hoarding symptoms. *Nord J Psychiatry*. 2021;75(3):207–13.
125. Worden BL, Tolin DF. A pilot exploration of ADHD symptoms in hoarding disorder: Co-occurring disorders or part of the hoarding syndrome? *J Affect Disord Rep*. 2023 Jul 1;13:100588.
126. Park JM, Samuels JF, Grados MA, Riddle MA, Bienvenu OJ, Goes FS, et al. ADHD and executive functioning deficits in OCD youths who hoard. *J Psychiatr Res*. 2016 Nov 1;82:141–8.
127. Samuels J, Bienvenu OJ, Krasnow J, Wang Y, Grados MA, Cullen B, et al. Self-reported executive function and hoarding in adults with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2018 Feb 1;81:53–9.
128. Grassi G, Moradei C, Cecchelli C, Ameringen M van. The complex clinical and cognitive phenotype of adult patients with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and comorbid hoarding disorder. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2024 Nov 14;1–10.
129. Quintero J, Morales I, Vera R, Zuluaga P, Fernández A. The Impact of Adult ADHD in the Quality of Life Profile. *J Atten Disord*. 2019 Jul 1;23(9):1007–16.
130. Zhang SY, Qiu SW, Pan MR, Zhao MJ, Zhao RJ, Liu L, et al. Adult ADHD, executive function, depressive/anxiety symptoms, and quality of life: A serial two-mediator model. *J Affect Disord*. 2021 Oct 1;293:97–108.
131. Nutley SK, Read M, Martinez S, Eichenbaum J, Nosheny RL, Weiner M, et al. Hoarding symptoms are associated with higher rates of disability than other medical and psychiatric disorders across multiple domains of functioning. *BMC Psychiatry*. 2022 Dec 1;22(1).
132. Saxena S, Ayers CR, Maidment KM, Vapnik T, Wetherell JL, Bystritsky A. Quality of Life and Functional Impairment in Compulsive Hoarding. *J Psychiatr Res*. 2010 Apr;45(4):475.
133. Frost RO, Hristova V, Steketee G, Tolin DF. Activities of daily living scale in hoarding disorder. *J Obsessive Compuls Relat Disord*. 2013 Apr 1;2(2):85–90.
134. Diefenbach GJ, DiMauro J, Frost R, Steketee G, Tolin DF. Characteristics of hoarding in older adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2013 Oct 1;21(10):1043–7.
135. Kellett S, Knight K. Does The Concept Of Object-Affect Fusion Refine Cognitive-Behavioural Theories Of Hoarding? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2003 Oct;31(4):457–61.
136. Frost RO, Tolin DF, Maltby N. Insight-Related Challenges in the Treatment of Hoarding. *Cogn Behav Pract*. 2010 Nov 1;17(4):404–13.
137. Chasson GS, Guy AA, Bates S, Corrigan PW. They aren't like me, they are bad, and they are to blame: A theoretically-informed study of stigma of hoarding disorder and obsessive-compulsive disorder. *J Obsessive Compuls Relat Disord*. 2018 Jan 1;16:56–65.
138. Bratiotis C, Woody SR. What's so complicated about hoarding? A view from the nexus of psychology and social work. *J Obsessive Compuls Relat Disord*. 2020 Jan 1;24:100496.

139. Tolin DF, Frost RO, Steketee G, Gray KD, Fitch KE. The economic and social burden of compulsive hoarding. *Psychiatry Res.* 2008 Aug 15;160(2):200.
140. Büscher TP, Dyson J, Cowdell F. The effects of hoarding disorder on families: an integrative review. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2014;21(6):491–8.
141. Wilbram M, Kellett S, Beail N. Compulsive hoarding: a qualitative investigation of partner and carer perspectives. *Br J Clin Psychol.* 2008 Mar;47(Pt 1):59–73.
142. Frost RO, Steketee G, Williams L. Hoarding: a community health problem. *Health Soc Care Community.* 2000;8(4):229–34.
143. Bratiotis C, Woody S, Lauster N. Coordinated Community-Based Hoarding Interventions: Evidence of Case Management Practices. 2018 Nov 9;100(1):93–105.
144. Lucini GL, Monk IM, Szlatenyi CS. An Analysis of Fire Incidents Involving Hoarding Households. Melbourne: Worcester Polytechnic Institute; 2009.
145. Akbari M, Seydavi M, Mohammadkhani S, Turchmanovych N, Chasson GS, Majlesi N, et al. Emotion dysregulation and hoarding symptoms: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychol.* 2022 Jul 1;78(7):1341–53.
146. Tolin DF, Levy HC, Wootton BM, Hallion LS, Stevens MC. Hoarding Disorder and Difficulties in Emotion Regulation. *J Obsessive Compuls Relat Disord.* 2018 Jan 1;16:98.
147. Frost RO, Hartl TL. A cognitive-behavioral model of compulsive hoarding. *Behaviour research and therapy.* 1996;34(4):341–50.
148. Grisham JR, Frost RO, Steketee G, Kim HJ, Tarkoff A, Hood S. Formation of attachment to possessions in compulsive hoarding. *J Anxiety Disord.* 2009 Apr;23(3):357–61.

EKLER



EK 1. Etik Kurul Onayı

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Yetişkinlerde Biriktirme Davranışının İncelenmesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Nasip Yavuz Efe			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	As. Dr.			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
Karar Bilgileri	Karar No: 736	Tarih: 01.08.2024		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna “oybirliği” ile karar verilmiştir.			

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrağınızı <https://turkiye.gov.tr/istanbul-medipol-universitesi-ebys> linkinden B1F39596XD kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Mahmut TOKAÇ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Dr. Öğr. Üyesi Mahmut TOKAÇ	Tıp Tarihi ve Etik	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	E imzalıdır
Prof. Dr. Mete ÜNGÖR	Endodonti	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	E imzalıdır
Prof. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	E imzalıdır
Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	E imzalıdır
Dr. Öğr. Üyesi Neziha HACIHASANOĞLU ÇAKMAK	Biyokimya	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	E imzalıdır
Dr. Öğr. Üyesi Erman GEDİKLİ	Sağlık Yönetimi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	E imzalıdır
Dr. Öğr. Üyesi Pakize YİĞİT	Biyostatistik/ Sayısal Yöntemler	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	Katılmadı

* :Toplantıda Bulunma

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakınızı <https://turkiye.gov.tr/istanbul-medipol-universitesi-ebys> linkinden B1F39596XD kodu ile doğrulayabilirsiniz.

EK 2. Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi İstanbul Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı tarafından yürütülen “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Yetişkinlerde Biriktiricilik Davranışı” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz.

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

- Araştırmanın Amacı: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanılı yetişkinlerde biriktirme davranışının incelenmesi, biriktirme davranışını etkileyen faktörlerin araştırılması ve biriktirme davranışının yaşam kalitesi üzerindeki etkisini incelemek amaçlanmaktadır.
- Araştırmanın İçeriği: Çalışmaya alınan hastalarla bir görüşme yapılacaktır, görüşme sırasında size bazı sorular sorulacak ve araştırmacı tarafından DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme yapılacaktır. Ayrıca sizin de doldurmanız için; Sosyodemografik veri formu, Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, Barratt Dürtüsellik Ölçeği, Biriktirme Envanteri-Gözden Geçirilmiş Formu, Yetişkin Yürütücü İşlevler Testi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği verilecektir. Araştırmacı formları doldururken size yardımcı olmak için yanınızda olacaktır. Görüşme ve formların doldurulması yaklaşık 90 dakika sürecektir.
- Araştırmanın Nedeni: Uzmanlık tezi
- Araştırmanın Öngörülen Süresi: **12 Hafta**
- Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: 180

Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz araştırmacıya sorunuz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra istediğiniz zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin çalışmadan çıkma hakkında sahipsiniz. Çalışmadan çıkmanız halinde tedavinizde herhangi bir aksaklık olmayacaktır. Araştırma konusuyla ilgili gönüllünün araştırmaya katılmaya devam etme isteğini etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde gönüllünün veya yasal temsilcisi zamanında bilgilendirilecektir. Araştırma sırasında elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır. Araştırma sırasında izleyiciler, yoklama yapan kişiler, etik kurul, kurum ve diğer ilgili sağlık otoritelerinin gönüllünün orijinal tıbbi kayıtlarına doğrudan erişimlerinin bulunabileceğini ancak bu bilgilerin gizli tutulacağı, yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun imzalanmasıyla gönüllü veya yasal temsilcisinin söz konusu erişime izin vermiş olacaktır. İlgili mevzuat gereğince gönüllünün kimliğini ortaya çıkaracak kayıtların gizli tutulacağı, kamuoyuna açıklanmayacağı, araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi gönüllünün kimliği gizli kalacaktır. Araştırmayla ilgili herhangi bir sorun ile karşılaştığınızda Dr. Nasip Yavuz Efe'ye veya numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli olarak veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı –Soyadı:.....

İmzası:

Tarih:

Araştırmacının

Adı-Soyadı: N. Yavuz Efe

İmzası:

Tarih:

EK 3. Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

TELEFON numarası:

AD SOYAD:

YAŞ:

CİNSİYET:

1.Kadın () 2.Erkek ()

MEDENİ DURUM:

1.Bekar() 2.Evli() 3.Boşanmış() 4.Dul()

EĞİTİM DURUMU

1.Okur yazar() 2.İlköğretim mezunu()

3.Lise mezunu() 4.Üniversite ve üzeri()

KİMLERLE YAŞADIĞI:

1.Yalnız () 2.Ebeveynleri ile()

3.Eş ve çocukları ile () 4.Diğer ()

KARDEŞ SAYISI:....

MESLEK:

(1)işsiz (2)ev hanımı (3)memur (4)işçi

(5)serbest (6)çiftçi (7)emekli

(8)öğrenci (9)diğer

AİLEDE PSİKİYATRİK HASTALIK ÖYKÜSÜ:

1.Yok ()

2.Var (). Var ise belirtiniz:.....

EK TIBBİ HASTALIKLAR:

1.Yok ()

2.Var (). Var ise belirtiniz:.....

Kullanmakta olduğunuz psikiyatrik ilaç:

1. Yok

2. Var (ismi nedir?):

Sigara kullanımı

3. Var (Ne kadar?)

4. Yok

5. Bırakmış (Ne zaman bırakıldığını belirtiniz):

Alkol kullanımı

1. Var (Ne kadar?)

2. Yok

3. Bırakmış (Ne zaman bırakıldığını belirtiniz):.....

Madde kullanım öyküsü

1. Var

2. Yok

3. Bırakmış. (Ne zaman bırakıldığını belirtiniz):.....

EK 4. SCID-5 Formu

	Şu anda	Yaşam boyu
DUYGUDURUM EPİZODLARI		
Major depresif epizod	? - +	? - +
Manik epizod	? - +	? - +
Hipomanik Epizod	? - +	? - +
Distimik bozukluk	? - +	? - +
Genel tıbbi duruma bağlı duygudurum bozukluğu	? - +	? - +
Madde kullanımının yol açtığı duygudurum bozukluğu	? - +	? - +
PSİKOTİK SEMPTOMLAR		
Hezeyanlar	? - +	? - +
Hallüsinasyonlar	? - +	? - +
Dezorganize konuşma ve davranış	? - +	? - +
Katatonik davranış	? - +	? - +
Negatif semptomlar	? - +	? - +
PSİKOTİK BOZUKLUKLAR		
Şizofreni	? - +	? - +
Şizofreniform bozukluk	? - +	? - +
Şizoafektif bozukluk		
Sanrılar bozukluk	? - +	? - +
Kısa psikotik bozukluk	? - +	? - +
Genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk	? - +	? - +
Madde kullanımının yol açtığı psikotik bozukluk	? - +	? - +
Başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk	? - +	? - +
DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI		
Bipolar I bozukluk	? - +	? - +
Bipolar II bozukluk	? - +	? - +
Başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk		
Major depresif bozukluk	? - +	? - +
Başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk	? - +	? - +
MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI		
Alkol kullanım bozukluğu	? - +	? - +
Sedatif/hipnotik anksiyolitik kullanım bozukluğu	? - +	? - +
Kanabis kullanım bozukluğu	? - +	? - +
Uyarıcı kullanım bozukluğu		
Opiyat kullanım bozukluğu	? - +	? - +
Fensiklidin kullanım bozukluğu	? - +	? - +
Başka halüsinojen kullanım bozukluğu	? - +	? - +
Uçucular kullanım bozukluğu	? - +	? - +
Diğer madde kullanım bozukluğu	? - +	? - +
ANKSİYETE VE DİĞER BOZUKLUKLAR		
Panik bozukluğu	? - +	? - +
Agorafobi	? - +	? - +
Toplumsal kaygı bozukluğu	? - +	? - +
Yaygın anksiyete bozukluğu	? - +	? - +
OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK ve TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU		
Obsesif-kompulsif bozukluk	? - +	? - +
Travma sonrası stres bozukluğu	? - +	? - +
ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ/HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU		
Erişkin dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu	? - +	? - +
DİĞER BOZUKLUKLAR / TANI ÖLÇÜTÜ OLMADAN İÇERİLEN HASTALIKLAR		
Adet öncesi disfori bozukluğu	? - +	? - +
Özgül fobi		
Ayrılma anksiyetesi bozukluğu	? - +	? - +
Birikiricilik bozukluğu	? - +	? - +
Beden algısı bozukluğu	? - +	? - +
Trikotillomani	? - +	? - +
Deri yolma bozukluğu	? - +	? - +
Uykusuzluk bozukluğu	? - +	? - +
Aşırı uyku bozukluğu	? - +	? - +
Anoreksiya nervroza		
Bulimiya nervroza	? - +	? - +
Kaçınan / kısıtlı yiyecek alımı	? - +	? - +
Bedensel belirti bozukluğu	? - +	? - +
Hastalık kaygısı bozukluğu	? - +	? - +
Aralıklı patlayıcı bozukluk	? - +	? - +
Kumar oynama bozukluğu	? - +	? - +
Uyum bozukluğu	? - +	? - +

EK 5. Yetişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği

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

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

EK 6. Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Form

BARRATT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ -11 KISA FORMU

Açıklamalar:

İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir.

Lütfen her cümleyi okuyunuz ve bu sayfanın sağındaki, size en uygun daire içine X koyunuz.

Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.

		Nadiren/ Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman/ Her zaman
1	İşlerimi dikkatle planlarım				
2	Düşünmeden iş yaparım				
3	Dikkat etmem				
4	Uçuşan düşüncelerim var				
5	Dikkatli düşünen birisiyim				
6	İş güvenliğine dikkat ederim				
7	Düşünmeden bir şeyler söylerim				
8	Düşünmeden hareket ederim				
9	Zor problemler çözmem gerektiğinde kolayca sıkılırım.				
10	Aklıma estiği gibi hareket ederim				
11	Düşünerek hareket ederim				
12	Düşünmeden alışveriş yaparım				
13	Hobilerimi değiştiririm				
14	Kazandığımdan daha fazla harcarım				
15	Geleceğini düşünen birisiyim				

EK 7. Biriktirme Envanteri-Gözden Geçirilmiş Formu

BİRİKTİRME ENVANTERİ-GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ FORMU
Lütfen aşağıdaki soruları okuyarak size en uygun cevabı işaretleyiniz.

1. Herhangi bir şeyi atmakta ne kadar zorlanırsınız?
0 = Hiç
1 = Az
2 = Orta derecede
3 = Oldukça
4 = Çok
2. Herhangi bir şeyi atmak sizin için ne kadar rahatsız edicidir?
0 = Hiç
1 = Az
2 = Orta derecede
3 = Çok
4 = Aşırı
3. Oda(lar)nızı dağınık hale getiren ne kadar eşyanız vardır?
0 = Hiç
1 = Az
2 = Orta derecede
3 = Oldukça
4 = Çok
4. Sizi çok rahatsız ettiği ya da zamanınızı aldığı için, eşyalarınızı atmaktan ne sıklıkla kaçınırsınız?
0 = Hiçbir zaman, eşyalarımı kolayca atabilirim
1 = Nadiren kaçınıyorum, biraz zorlanarak atabilirim
2 = Bazen kaçınıyorum
3 = Sıklıkla kaçınıyorum, zaman zaman eşyalarımı atabilirim
4 = Neredeyse her zaman kaçınıyorum, nadiren eşya atabilirim
5. İsteddiğiniz bir şeye sahip olamamak size ne kadar sıkıntı verir veya rahatsız eder?
0 = Hiç
1 = Biraz, sadece biraz endişelenirim
2 = Orta düzeyde, stresim artar ama baş edebilirim
3 = Şiddetli, sıkıntım belirgin ve çok rahatsız edici bir şekilde artar
4 = Aşırı düzeyde, böyle bir çabadan dolayı başka bir şey yapamayacak kadar rahatsızlık duyarım
6. Evinizdeki yaşam alanlarının ne kadarı eşyalarla doludur? (mutfak, oturma odası, yemek odası, koridor, yatak odası, banyo ve diğer yerlerdeki eşya miktarını dikkate alın)
0 = Hiçbirinde eşya kalabalığı yoktur
1 = Azında eşya kalabalığı vardır
2 = Bazılarında eşya kalabalığı vardır
3 = Çoğunluğunda eşya kalabalığı vardır
4 = Hepsinde ya da neredeyse hepsinde eşya kalabalığı vardır

7. Evinizdeki eşya kalabalığı sizin sosyal ve iş hayatınızı veya günlük işlerinizi ne kadar engeller? Eşya kalabalığı yüzünden yapmadığınız işleri düşününüz.
- 0 = Hiç
1 = Hafif düzeyde, biraz engeller ama genel işleyişi aksatmaz
2 = Orta düzeyde, belirgin şekilde engeller ama baş edebilirim
3 = Ciddi düzeyde, önemli biçimde engeller
4 = Aşırı düzeyde, bir şey yapamaz hale gelirim
8. Ne sıklıkta, gördüğünüz şeyleri almaya zorunlu hissedersiniz? (Örneğin alışverişte ya da bedava şeyler sunulduğunda)
- 0 = Hiç zorunlu hissetmem
1 = Nadiren zorunlu hissedirim
2 = Bazen zorunlu hissedirim
3 = Sık sık zorunlu hissedirim
4 = Neredeyse her zaman zorunlu hissedirim
9. Acil ihtiyacınız olmadığı halde ücretsiz verilen şeyleri edinmek veya satın almak için duyduğunuz istek ne kadar güçlüdür?
- 0 = Hiç
1 = Az
2 = Orta
3 = Güçlü
4 = Çok güçlü
10. Bir şeyler alma isteğinizi ne kadar kontrol edebilirsiniz?
- 0 = Tam kontrole sahibim
1 = Oldukça kontrollüyüm, genellikle alma isteğimi kontrol edebilirim
2 = Biraz, alma isteğimi ancak zorlanarak kontrol edebilirim
3 = Çok az, alma isteğimi çok zorlanarak ancak erteleyebilirim
4 = Hiç kontrol sahibi değilim, alma isteğimi durduramam
11. İhtiyacınız olmayan ve koymak için çok az yeriniz olan eşyaları hangi sıklıkta saklamaya karar verirsiniz?
- 0 = Asla böyle şeyleri tutmam
1 = Nadiren
2 = Bazen
3 = Sıklıkla
4 = Neredeyse her zaman böyle şeyleri saklarım
12. Eşya kalabalığı evinizin bazı kısımlarının kullanılmasını ne ölçüde engeller?
- 0 = Hiç engellemez, evin her yeri kullanılabilir
1 = Çok az engeller, evin çok az kısmı kullanılamamakta
2 = Biraz engeller, evin bazı kısımları kullanılmamakta
3 = Çok engeller, evin birçok yeri kullanılmamakta
4 = Oldukça çok engeller, neredeyse evin her yeri kullanılamaz durumda

13. Evinizdeki eşya kalabalığı sizi ne ölçüde rahatsız eder?
- 0 = Hiç rahatsızlık hissetmem
 - 1 = Hafif düzeyde rahatsızlık hissedirim
 - 2 = Orta düzeyde rahatsızlık hissedirim
 - 3 = Ciddi düzeyde rahatsızlık hissedirim
 - 4 = Aşırı düzeyde rahatsızlık hissedirim
14. Eşya kalabalığı ne sıklıkta insanları evinize davet etmenizi engeller?
- 0 = Hiç
 - 1 = Nadiren
 - 2 = Bazen
 - 3 = Sık sık
 - 4 = Çok sık ya da neredeyse her zaman
15. Ne sıklıkla, acil ihtiyacınız olmayan ya da kullanmayacağınız eşyaları satın alırsınız (ya da ücretsiz edirsiniz)?
- 0 = Hiç
 - 1 = Nadiren
 - 2 = Bazen
 - 3 = Sık sık
 - 4 = Neredeyse her zaman
16. Hiç kullanmayacağınızı bildiğiniz halde bir şeyi saklama isteğiniz ne kadar güçlüdür?
- 0 = Hiç güçlü değil
 - 1 = Az derecede güçlü
 - 2 = Orta derecede güçlü
 - 3 = Çok güçlü
 - 4 = Oldukça çok güçlü
17. Eşyaları saklama isteğinizi ne kadar kontrol edebilirsiniz?
- 0 = Tam kontrol edebilirim
 - 1 = Oldukça, saklama isteğimi genellikle kontrol edebilirim
 - 2 = Biraz, saklama arzumu ancak zorlanarak kontrol edebilirim
 - 3 = Az, saklama isteğimi ancak çok zorlanarak durdurabilirim
 - 4 = Hiç, saklama isteğimi durduramam
18. Evinizin ne kadarı, eşya kalabalığı yüzünden yürünemez durumdadır?
- 0 = Her yeri yürünebilir durumda
 - 1 = Bazı yerleri yürünemez durumda
 - 2 = Bir kısmı yürünemez durumda
 - 3 = Çoğunluğu yürünemez durumda
 - 4 = Hepsi ya da neredeyse hepsi yürünemez durumda

19. Bir şeyler edinme (sahip olma) alışkanlıklarınız sizi ne kadar rahatsız eder?
- 0 = Hiç
 - 1 = Az
 - 2 = Orta düzeyde
 - 3 = Çok
 - 4 = Aşırı düzeyde
20. Evinizdeki eşya kalabalığı, evin bazı kısımlarının amacı doğrultusunda kullanılmasını ne ölçüde engeller? (Örneğin yemek yapma, mobilyaları kullanma, bulaşık yıkama, temizlik yapma gibi)
- 0 = Hiç
 - 1 = Nadiren
 - 2 = Bazen
 - 3 = Sık sık
 - 4 = Çok sık, ya da neredeyse her zaman
21. Evinizdeki eşya kalabalığını kontrol etmede kendinizi ne ölçüde yetersiz hissedersiniz?
- 0 = Hiç
 - 1 = Hafif
 - 2 = Orta
 - 3 = Oldukça fazla
 - 4 = Çok fazla
22. Saklama ya da tekrarlayıcı (takıntılı) biçimde satın alma davranışı, sizin için ne ölçüde maddi zorluklara yol açıyor?
- 0 = Hiç
 - 1 = Çok az
 - 2 = Biraz
 - 3 = Oldukça fazla
 - 4 = Aşırı düzeyde
23. Elden çıkarmak istediğiniz bir eşyayı atmakta ne sıklıkta başarısız olursunuz?
- 0 = Asla
 - 1 = Nadiren
 - 2 = Arada bir
 - 3 = Sık sık
 - 4 = Neredeyse her zaman eşyalarımı elden çıkartmayı beceremem

EK 8. Yetişkin Yürütücü İşlevler Envanteri

YETİŞKİN YÜRÜTÜCÜ İŞLEVLER ÖLÇEĞİ- TÜRKÇE FORMU

Aşağıda çeşitli ifadeler görmektesiniz. Lütfen her bir ifadenin sizi ne kadar iyi tanımladığını belirtmek için bir sayıyı daire içine alın. Tanıdığınız insanlar sizin hakkınızda farklı hissedebilirler, ancak biz sizin kendiniz hakkında ne düşündüğünüzü bilmek istiyoruz. Lütfen mümkün olduğunca içten yanıtlar vermeye çalışın.

Kesinlikle doğru değil	Doğru değil	Kısmen doğru	Doğru	Kesinlikle doğru	
1	2	3	4	5	
1. Uzun yönergeleri hatırlamakta zorlanırım.	1	2	3	4	5
2. Bir etkinliğin ortasındayken ne yaptığımı hatırlamakta zorlanırım.	1	2	3	4	5
3. Sonrasında neler olabileceğini düşünmeden bir şeyleri yapma eğilimim vardır.	1	2	3	4	5
4. Biri bana buna izin verilmediğini söylese de sevdiğim şeyleri yapmaktan kendimi alıkoymakta zorluk çekerim.	1	2	3	4	5
5. Birisi benden birçok şey yapmamı istediğinde, istediklerinden sadece ilkini veya sonuncusunu hatırlarım.	1	2	3	4	5
6. Uygunsuz durumlarda gülümsemekten veya gülmekten kaçınmakta güçlük çekerim.	1	2	3	4	5
7. Bir problemde takıldığım zaman, o problemi çözmek için farklı bir yol bulmakta güçlük çekerim.	1	2	3	4	5
8. Birisi benden bir şey getirmemi istediğinde, ne getirmem gerektiğini unuturum.	1	2	3	4	5
9. Bir etkinlik için plan yapmakta güçlük çekerim (örneğin, bir seyahate / işe / okula giderken gerekli olan her şeyi getirmeyi hatırlamak).	1	2	3	4	5
10. Sevdiğim bir etkinliği bırakmakta güçlük çekerim (örneğin, akşamları yatma zamanının geldiğini bildiğim halde televizyon izlerim veya bilgisayarın başında otururum).	1	2	3	4	5
11. Bir şeyin nasıl yapılacağı da gösterilmedikçe sözlü talimatları anlamakta güçlük çekerim.	1	2	3	4	5
12. Birkaç adım içeren görevler veya etkinliklerle ilgili zorluklar yaşarım.	1	2	3	4	5
13. İleriyi düşünmekte veya deneyimlerden öğrenmekte güçlük çekerim.	1	2	3	4	5
14. Tanıştığım insanlar benim yaşıtlarım diğer insanlara göre daha canlı / daha coşkulu olduğumu düşünüyor gibi görünüyor.	1	2	3	4	5

EK 9. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form

WHOQOL-KISA FORM

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, Ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1	Yaşam kalitenizi nasıl değerlendirirsiniz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri **ne kadar** yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Hemen hemen hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne derece engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4	Günlük işlerinizi yürütmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hemen hemen hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
7	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde **tam olarak** yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüzün kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11	Bedensel görüntünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12	İhtiyaçlarınızı karşılamak için yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13	Günlük yaşamınızda gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?	1	2	3	4	5
14	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde **iyi ya da doyurucu** bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17	Günlük işleri yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20	Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

23	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24	Sağlık hizmetlerini alma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri **ne sıklıkta** hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Arasıra	Çoğunlukla	Her zaman
26	Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5

EK 10. Benzerlik Raporu

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANILI YETİŞKİNLERDE BİRİKTİRME DAVRANIŞININ İNCELENMESİ

ORJİNALLİK RAPORU

% **19**

BENZERLİK ENDEKSİ

% **15**

İNTERNET KAYNAKLARI

% **14**

YAYINLAR

% **11**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1

Submitted to Saglik Bilimleri Universitesi

Öğrenci Ödevi

% **5**

2

acikbilim.yok.gov.tr

İnternet Kaynağı

% **3**

3

Submitted to Ege Üniversitesi

Öğrenci Ödevi

% **1**

4

dergipark.org.tr

İnternet Kaynağı

% **1**

5

Bilgin, Taha Selim. "Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Hastalarında Emosyonel Disregülasyon ve Impulsivite İlişkisi", Dokuz Eylul Universitesi (Turkey), 2024

Yayın

<% **1**

6

acikerisim.sakarya.edu.tr

İnternet Kaynağı

<% **1**

7

Submitted to Sabanci Universitesi

Öğrenci Ödevi

<% **1**

8

openaccess.hacettepe.edu.tr

İnternet Kaynağı

		<% 1
9	Submitted to Inonu University Öğrenci Ödevi	<% 1
10	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	<% 1
11	Demirhan, Nilufer. "Kompulsif biriktirmenin bilissel-davranisci modeli'nin incelenmesi ve biriktirme envanteri-gozden gecirilmis formu'nun turkceye uyarlanması", Bursa Uludag University (Turkey), 2021 Yayın	<% 1
12	Esenkaya Usta, Zeynep. "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuk ve Gençlerde Sigara Alkol ve Madde Kullanımını Yordayan Etmenlerin Değerlendirilmesi", Ankara Üniversitesi (Turkey), 2024 Yayın	<% 1
13	Submitted to Baskent University Öğrenci Ödevi	<% 1
14	tez.sdu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
15	Submitted to Ondokuz Mayıs Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
16	openaccess.bezmialem.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1

- 17 Submitted to Istanbul Gelisim University <% 1
Öğrenci Ödevi
-
- 18 Arat, Hidayet Ece. "İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu Tanılı Hastalarda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ek Tanısı Varlığında Dürtüsellik, Risk Alma Davranışının ve Nörobilişsel İşlevlerin Sağlıklı Kontrollerle Karşılaştırması", Dokuz Eylul Üniversitesi (Turkey), 2024 <% 1
Yayın
-
- 19 dspace.kocaeli.edu.tr:8080 <% 1
İnternet Kaynağı
-
- 20 "Saving Cognitions Inventory: Turkish Form, Validity and Reliability Study", Nesne Psikoloji Dergisi, 2022 <% 1
Yayın
-
- 21 Muslum Kul, Mahmut Kara, Fatih Unal, Zeynep Tuzun, Filiz Akbiyik. "Serum Copper and Ceruloplasmin Levels in Children and Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder", Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology, 2016 <% 1
Yayın
-
- 22 adudspace.adu.edu.tr:8080 <% 1
İnternet Kaynağı
-

acikerisim.omu.edu.tr

23	İnternet Kaynağı	<% 1
24	acikerisim.ybu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
25	Bandırma, Aylin. "Bipolar Bozukluk Tanılı Remisyon Sürecindeki Ergenlerin Sosyal Kognisyon ve Nörobilişsel Özelliklerinin Sağlıklı Kardeşleri ve Kontroller ile Karşılaştırılması", Bursa Uludag University (Turkey), 2023 Yayın	<% 1
26	iksadyayinevi.com İnternet Kaynağı	<% 1
27	repository.ukim.mk İnternet Kaynağı	<% 1
28	Dirimeşe, Elif. "Hemşirelerin ve Öğrenci Hemşirelerin Eleştirel Düşünme Eğilimlerinin İncelenmesi", Dokuz Eylul Üniversitesi (Turkey), 2024 Yayın	<% 1
29	Kamar, Nurten Gozde. "Erken başlangıçlı Bipolar Bozukluk tanısı Olan Hastalarda Hipotalamo-pitüiter-Adrenal Eksen İle BDNF val66val ve val66met Polimorfizmi İle Antidepresan Tedavisi İle Ortaya çıkan Mani gelişimi arasındaki ilişkinin Retrospektif	<% 1

Olarak araştırılması", Dokuz Eylul Universitesi
(Turkey), 2023

Yayın

-
- 30 Submitted to Suleyman Demirel University <% 1
Öğrenci Ödevi
-
- 31 acikerisim.dicle.edu.tr <% 1
İnternet Kaynağı
-
- 32 "Abstracts of the 16th International Congress of ESCAP European Society for Child and Adolescent Psychiatry", European Child & Adolescent Psychiatry, 2015 <% 1
Yayın
-
- 33 Ergünay, Volkan. "Kolon Poliplerinin Demografik, Klinik ve Histopatolojik Özelliklerinin Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi", Bursa Uludag University (Turkey), 2023 <% 1
Yayın
-
- 34 KAYA, Nurten, TURAN, Nuray, ALİEVA KAMBEROVA, Hatice, CENAL, Yeşim, KAHRAMAN, Azize and EVREN, Müge. "Hemşirelik Öğrencilerinin Sanat Özelliklerine Göre İletişim Becerileri ve Sosyal Zekâ Düzeyleri", Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma, 2016. <% 1
Yayın
-
- 35 Submitted to Istanbul University <% 1
Öğrenci Ödevi

		<% 1
36	Yılmaz, Diğdem. "Cerrahi Alanda Çalışan Hemşirelerin Covid 19 Pandemisi Sürecinde Mesleksel Bağlılığını Etkileyen Sorunlarının Belirlenmesi", Maltepe University (Turkey), 2024 Yayın	<% 1
37	acikerisim.medipol.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
38	acikerisim.pau.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
39	pmc.ncbi.nlm.nih.gov İnternet Kaynağı	<% 1
40	rekcad.org İnternet Kaynağı	<% 1
41	Submitted to Kirikkale University Öğrenci Ödevi	<% 1
42	Uluslan, Semra. "Yaygın gelişimsel bozukluğu Olan çocukların kardeşlerinde Psikopatoloji.", Marmara Üniversitesi (Turkey), 2021 Yayın	<% 1
43	Submitted to Vrije Universiteit Amsterdam Öğrenci Ödevi	<% 1
44	turkpediatri.org.tr İnternet Kaynağı	

		<% 1
45	Alparslan Cansız, Ahmet Nalbant, Kaasım Yavuz. "Investigation of Psychological Flexibility in Patients with Schizophrenia", Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research, 2019 Yayın	<% 1
46	Submitted to Gaziantep Aniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
47	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	<% 1
48	Türkmen, Ayşe. "Şizofreni Tanısı Almış Bireylerde Aerobik Egzersizin Yaşam Kalitesi ve Fonksiyonelkapasite Üzerine Etkileri", Dokuz Eylul Üniversitesi (Turkey), 2024 Yayın	<% 1
49	libratez.cu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
50	www.turkpsikiyatri.com İnternet Kaynağı	<% 1
51	Albayrak, Merve Fatima. "20-45 yas arasi kadınlarda Premenstruel Sendromun Beslenme Durumuna Etkisinin saptanması", Marmara Üniversitesi (Turkey), 2020 Yayın	<% 1

52	Baltaci, Umay Bilge. "internet Bagimlilikinda Durtusellik Ve Kacinmanin Yordayici Rolunun Karma Yontemle Incelenmesi", Necmettin Erbakan University (Turkey), 2021 Yayın	<% 1
53	Taner Oznur, Mehmet Toygar, Bulent Karaahmetoglu, Havva Oznur, Abdullah Bolu, Barbaros Ozdemir. "Posttraumatic Stress Disorder Patients and Results of Violent Behavior", TAF Preventive Medicine Bulletin, 2014 Yayın	<% 1
54	acikerisim.gelisim.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
55	hdl.handle.net İnternet Kaynağı	<% 1
56	www.atuder.org.tr İnternet Kaynağı	<% 1
57	www.raeddergisi.org İnternet Kaynağı	<% 1
58	Özdel, Kadir. "Bilişsel davranışçı terapi ile tedavi edilen vajinismus olgularında tedavi öncesi ve sonrası depresyon anksiyete ve mükemmeliyetçilik düzeyleri", Ankara Üniversitesi (Turkey), 2024 Yayın	<% 1

59	Beyrek, Beyza. "Fibromiyaljili kadın hastalarda İkili görev İle fiziksel ve psikososyal faktörler arasındaki İlişkinin İncelenmesi", İzmir Katip Celebi University (Turkey), 2024 Yayın	<% 1
60	Canlı, Merve. "Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda pragmatik dil duygu tanıma ve zihin kuramı becerilerinin değerlendirilmesi", Ankara Üniversitesi (Turkey), 2024 Yayın	<% 1
61	Karay, Eyaz. "Ergenlerde Bipolar Bozukluk ve Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile Birlikte Olan Dürtüselliğin Karşılaştırılması", Dokuz Eylül Üniversitesi (Turkey), 2024 Yayın	<% 1
62	Tekneci, Belma. "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Tanısı Konmuş Bireylerde Metilfenidat Kullanımına Bağlı Genotoksikite Riskinin Araştırılması.", Marmara Üniversitesi (Turkey), 2021 Yayın	<% 1
63	acikarsiv.aydin.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
64	acikerisim.deu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1

acikerisim.gedik.edu.tr:8080

65	İnternet Kaynağı	<% 1
66	adumilas.adu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
67	dspace.ankara.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
68	halksagligiokulu.org İnternet Kaynağı	<% 1
69	synapse.koreamed.org İnternet Kaynağı	<% 1
70	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	<% 1
71	www.meryemkaraaziz.com İnternet Kaynağı	<% 1
72	Submitted to Bahcesehir University Öğrenci Ödevi	<% 1
73	Cengiz, Özge. "Erken Çocukluk Döneminde Aşırı Annelik Davranışı Gösteren Anneler ile Çocuklarının Davranışsal ve Gelişimsel Özelliklerinin İncelenmesi", Marmara Üniversitesi (Turkey), 2023 Yayın	<% 1
74	Gümüşkesen, Peren. "Bipolar Bozukluk Tanili Ötimik Hastalarda Sosyal Biliş, Özyeterlilik,	<% 1

Sosyal Uyum ve Tedaviye Katılım İlişkisi",
Dokuz Eylul Universitesi (Turkey), 2024

Yayın

75 Ozel-Kizil, Erguvan Tugba, Ahmet Kokurcan, Umut Mert Aksoy, Bilgen Bicer Kanat, Direnc Sakarya, Gulbahar Bastug, Burcin Colak, Umut Altunoz, Sevinc Kirici, Hatice Demirbas, and Bedriye Oncu. "Hyperfocusing as a dimension of adult attention deficit hyperactivity disorder", Research in Developmental Disabilities, 2016.

Yayın

76 Ozyurt, Gonca, Aynur Pekcanlar, Yusuf ozturk, Burak Baykara, and Neslihan Emiroglu. "Evaluating emotional regulation in children with attention deficit and hyperactivity disorder and their mothers", Anatolian Journal of Psychiatry, 2016.

Yayın

77 core.ac.uk
İnternet Kaynağı

78 openaccess.marmara.edu.tr
İnternet Kaynağı

79 papyrus.bib.umontreal.ca
İnternet Kaynağı

80 pdffox.com
İnternet Kaynağı

81	www.dogus.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
82	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
83	www.tk.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
84	www.utsakcongress.com İnternet Kaynağı	<% 1
85	Şen, Şafak. "Sedef Hastalığı Güçlendirme Ölçeği Geçerlik-Güvenirlilik Çalışması", Bursa Uludag University (Turkey), 2023 Yayın	<% 1
86	Kacmaz, Nesiba. "Karaciger Nakli yapılan Hasta Ve Hasta yakınlarının Psikososyal durumlarının yaşam Kalitesi üzerine Etkisi", Marmara Üniversitesi (Turkey), 2021 Yayın	<% 1
87	Karagöz, Yüksel. "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Anksiyete Bozukluğu Olan Çocukların Nitrik Oksit ve Adrenomedüllin Düzeylerinin Karşılaştırılması", Ankara Üniversitesi (Turkey), 2024 Yayın	<% 1
88	doczz.net İnternet Kaynağı	<% 1

- 89 Çakar, Elif. "ÖZ Anlayış, Psikolojik Dayanıklılık ve Benlik Saygısının Meme Kanseri Tanısı Alıp Mastektomi Uygulanmış Olan Hastalarda ve Sağlıklı Gönüllülerde Depresyon ve Anksiyete Düzeyleriyle İlişkisi", Bursa Uludağ University (Turkey), 2023
Yayın <% 1
-
- 90 Önder, Betül. "Obsesif Kompulsif Bozuklukta Nörobilişsel Esneklik, Mükemmelliyetçilik ve Obsesif İnanışlar", Dokuz Eylül Üniversitesi (Turkey), 2024
Yayın <% 1
-
- 91 "Meeting Abstracts from The 13th International Symposium on Sjögren's Syndrome Bergen, Norway, May 19-22, 2015", Scandinavian Journal of Immunology, 2015.
Yayın <% 1
-
- 92 Soylu, Seçil. "Psikiyatri Kliniğinde Yatarak Tedavi Gören Şizofreni ve Şizofreni Spektrum Bozukluğu Tanılı Hastaların 10 yıl Sonraki Psikososyal İşlevsellik Düzeyinin Değerlendirilmesi", Dokuz Eylül Üniversitesi (Turkey), 2024
Yayın <% 1
-
- 93 Taş Dölek, Gamze. "Erişkin dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu bulunan hastalarda zaman algısı ve zaman reproduksiyonunun

değerlendirilmesi", Ankara Üniversitesi
(Turkey), 2024

Yayın

94

Tubanur Kuzgun, Ebru İu. "Travma Sonrası
Utanç Ölçeğinin Cinsel Travma Yaşantısı Olan
Kadın Örnekleminde Türkçe Psikometrik
Özellikleri", Journal of Cognitive-Behavioral
Psychotherapy and Research, 2022

Yayın

<% 1

95

www.ncbi.nlm.nih.gov
İnternet Kaynağı

<% 1

Alıntıları çıkart

üzerinde

Eşleşmeleri çıkar

Kapat

Bibliyografayı Çıkart

üzerinde