



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE
BOZUKLUĞUNUN BİLİNÇLİ FARKINDALIK
SEVİYELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Günay ÖZKURT

Lefkoşa

Mayıs, 2024

Günay ÖZKURT

ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ
VE HİPERAKTİVİTE
BOZUKLUĞUNUN BİLİNÇLİ
FARKINDALIK SEVİYELERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2024

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Bilinçli Farkındalık

Seviyeleri Arasındaki İlişki

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Günay ÖZKURT

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Meryem KARAAZİZ

Lefkoşa

Mayıs, 2024

Onay

Günay Özkurt tarafından hazırlanan “Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Bilinçli Farkındalık Seviyeleri Arasındaki İlişki” başlıklı tez, kapsam ve nitelik açısından kalite standartlarına uygunluğu ile ilgili Klinik Psikoloji Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak 10/06/2024 tarihinde kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri Adı – Soyadı

İmza

Jüri Başkanı: Dr. Bingül Subaşı

.....

Jüri Üyesi: Yar. Doç. Dr. Şebnem Güldal

.....

Danışman: Doç. Dr. Meryem Karaaziz

.....

Anabilim/ Anasanat Dalı Başkanı Onayı

1.7.2024

Doç. Dr. Meryem Karaaziz

Ünvan, Ad-Soyad

Anabilim/Anasanat Dalı Başkanı

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Onayı

...../...../ 20...

Prof. Dr. Kemal Hüsnü Can Başer

Enstitü Müdürü



Etik İkelere Uygunluk Beyanı

Bu tezin içinde sunduğum verileri, bilgileri ve belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi; tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu; çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce, sonuç ve bilgilere bilimsel etik kurallar gereği olarak eksiksiz şekilde uygun atıf yaptığımı ve kaynak göstererek belirttiğimi beyan ederim.

Günay ÖZKURT

...../...../2024

Teşekkürler Sayfası

Yapmış olduğum bu yüksek lisans tez çalışmamda tez danışmanım olarak atanan değerli hocam Sayın Doç. Dr. Meryem KARAAZİZ'e bu süreçte bana kazandırdığı şeyler için ve yine bu süreçte kafamda oluşan tüm sorulara büyük bir sabırla cevap verip, asıl amacının öğretmek olmasından dolayı kendisine çok teşekkür ederim. Kazandırdığı bilgileri gerek akademik hayatımda gerekse gündelik hayatımda uygulayacak olmam bana kazandırdıklarının sadece yüksek lisans sürecimle kalmayıp hayatımın ileriki dönemlerinde de devam edeceğinin göstergesidir.

Yüksek lisans sürecimde Sayın Psk. Dr. Bingöl SUBAŞI HARMANCI hocamdan almış olduğum Araştırma Yöntemleri ve Etik dersinin bu yüksek lisans tez sürecimde bana önemli bir yol gösterici olmuştur. Kendisine gerek verdiği bu ders aracılığı ile gerekse ofis saatlerinde ayırdığı vakitler ile sahip olmamı sağladığı bu değerli kazanımlar için çok teşekkür ederim.

Lisans zamanımda kendisinden birçok ders alma fırsatım olan ve bu sebepten dolayı kendimi şanslı hissettiğim değerli hocam Sayın Psk. Dr. Lütfiye KAYA CİCERALİ'ye bana kazandırdığı bilgiler sayesinde yüksek lisansa başlamamı motive etmesinden dolayı, lisans sürecimi bitirmemin ardından 4 sene geçmiş olmasına rağmen karşıma çıkan problemlerde bana yardım etmesinden dolayı kendisine çok teşekkür ederim.

Kendisi ile çalışma hayatımda tanıştığım değerli hocam Sayın Psk. Dr. Ufuk KOCATEPE AVCI'ya süpervizyon sürecimde, çalışma hayatımda ve günlük hayatımda bana kazandırdığı sayısız bilgiden, bana olan yardım ve desteklerinden dolayı kendisine çok teşekkür ederim.

Aldığım kararlarda her zaman arkamda olan, bana hayatımın her anında destek çıkan yol gösteren bugün geldiğim noktada en büyük emekleri olan sevgili annem Özlem ÖZKURT ve sevgili babam Yusuf ÖZKURT'a, her zaman yanımda olan bana sınırsız manevi destek sağlayan sevgili kardeşim Sanberk ÖZKURT'a sonsuz teşekkür ederim. Aynı zamanda hayatımın birçok anında yanımda olup bana destek çıktıkları gibi bu süreçte de yanımda olduklarından dolayı sevgili dayılarım Prof. Dr. Mehmet SATAR ve Prof. Dr. Nihat SATAR'a çok teşekkür ederim.

Öz

Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Bilinçli Farkındalık

Seviyeleri Arasındaki İlişki

Günay ÖZKURT

Yüksek Lisans Klinik Psikoloji Ana Bilim Dalı

06/05/2024 69 Sayfa

Dikkat Eksikliği / Hiperaktivite Bozukluğu dikkatsizlik, dürtüsellik veya aşırı hareketlilik gibi semptomları içeren bir nöro-gelişimsel bozukluktur. Bilinçli Farkındalık ise, bir bireyin şu anki deneyimlerine dikkatlice odaklanması, duygularını, düşüncelerini ve bedensel duyularını fark etmesi ve kabul etmesi üzerine kurulu bir meditatif pratiktir. Bu araştırmanın amacı, erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile bilinçli farkındalık düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Araştırmada ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Araştırmanın evreni Türkiye’de yaşayan yetişkin bireyleri kapsamaktadır. Araştırmanın örneklemini gelişigüzel örnekleme yöntemi ile seçilmiş 232 (%62,9 Kadın, %37,1 Erkek) kişiden oluşmaktadır. Bu çalışmada Sosyo-demografik Bilgiler Formu, Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendini Bildirim Ölçeği ve Bilinçli Farkındalık Ölçeği kullanılmıştır. Katılımcıların, Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendini Bildirim Ölçeği ile Bilinçli Farkındalık Ölçeği arasında güçlü ve negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Bulunan bu sonuçlar Bilinçli Farkındalık seviyesinin yüksek olmasını Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite semptomlarının az olmasıyla ilişkilendirmiştir. Araştırmada ayrıca, yaş ile Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendini Bildirim Ölçeği ve Bilinçli Farkındalık Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki gözlemlenmiştir; yaş arttıkça Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendini Bildirim Ölçeği skorları düşmektedir. Aynı zamanda, yaşın artması Bilinçli Farkındalık Ölçeği skorlarının yükselmesiyle ilişkilendirilmiş, bu da bireylerin yaşları ilerledikçe bilinçli farkındalıklarının arttığını işaret etmektedir. Bu bağlamda, klinisyenlerin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile ilgili terapilerde bilinçli farkındalığı arttırmaya yönelik stratejileri ve terapötik yaklaşımları daha detaylı incelemeleri önerilmektedir. Aynı zamanda, yaşın dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve bilinçli farkındalık üzerindeki etkilerine dair daha derinlemesine araştırmalar yapılmasının gerekliliğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Bilinçli Farkındalık, Sosyo-Demografik Bilgiler

Abstract**The Relationship Between Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Levels of Mindfulness****Günay ÖZKURT****MSc., Department of Clinical Psychology****06/05/2024 69 pages**

Attention Deficit / Hyperactivity Disorder is a neurodevelopmental disorder that includes symptoms such as inattention, impulsivity, or hyperactivity. Mindfulness, on the other hand, is a meditative practice based on an individual carefully focusing on their current experiences, noticing their emotions, thoughts, and bodily sensations, and accepting them. The aim of this study is to examine the relationship between adult Attention Deficit / Hyperactivity Disorder and mindfulness levels. A correlational survey model was used in the research. The study population consists of adult individuals living in Turkey. The sample of the study consists of 232 individuals (62.9% Female, 37.1% Male) selected by random sampling method. In this study, the Socio-demographic Information Form, the Adult Attention Deficit / Hyperactivity Disorder Self-Report Scale, and the Mindfulness Scale were used. A strong and negative relationship was found between the Adult Attention Deficit / Hyperactivity Disorder Self-Report Scale and the Mindfulness Scale scores of the participants. These results indicate that higher levels of mindfulness are associated with fewer Attention Deficit / Hyperactivity Disorder symptoms. Additionally, a significant relationship was observed between age and both the Adult Attention Deficit / Hyperactivity Disorder Self-Report Scale and the Mindfulness Scale; as age increases, the scores on the Adult Attention Deficit / Hyperactivity Disorder Self-Report Scale decrease. At the same time, increasing age is associated with higher scores on the Mindfulness Scale, indicating that individuals' mindfulness increases as they get older. In this context, it is recommended that clinicians examine strategies and therapeutic approaches aimed at increasing mindfulness in therapies related to Attention Deficit / Hyperactivity Disorder in more detail. Furthermore, the necessity of conducting more in-depth research on the effects of age on Attention Deficit / Hyperactivity Disorder and mindfulness is emphasized.

Keywords: Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Mindfulness, Socio-Demographic Information

İçindekiler

Onay	iii
Etik İlkeler Uyumluk Beyanı	iv
Teşekkürler Sayfası.....	v
Öz.....	vi
Abstract	vii
İçindekiler	viii
Tablolar Listesi	x
Kısaltmalar	xi
BÖLÜM I.....	1
Giriş.....	1
Problem Durumu	2
Araştırmanın Amacı	3
Araştırmanın Önemi	3
Sınırlılıklar.....	4
Tanımlar.....	4
BÖLÜM II	5
Kavramsal Çerçeve ve İlgili Araştırmalar.....	5
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB).....	5
Mindfulness	Error! Bookmark not defined.
İlgili Araştırmalar	12
BÖLÜM III.....	15
Yöntem	15
Araştırmanın Modeli.....	15
Evren ve Örneklem	15
Veri Toplama Süreci.....	15
Veri Toplama Araçları.....	16
Veri Analizi	17
Çalışma Planı.....	19
BÖLÜM IV	20
Bulgular.....	20
BÖLÜM V	28
Tartışma.....	28

BÖLÜM VI.....	33
Sonuç ve Öneriler.....	33
Sonuçlar.....	33
Öneriler.....	33
Kaynakça.....	35
Ekler.....	45
EK-1. AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	45
EK-2. SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİLER FORMU.....	47
EK-3. KATILIM SONRASI BİLGİLENDİRME FORMU.....	48
EK-4. ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU KENDİNİ BİLDİRİM ÖLÇEĞİ (ASRS)	49
EK-5. BİLİNÇLİ FARKINDALIK ÖLÇEĞİ (MAAS).....	50
Ölçek İzinleri	51
Öz Geçmiş.....	54
İntihal Rapor Oranı	55
Etik Kurul Onayı.....	56

Tablolar Listesi

Tablo 1: ASRS ve MAAS Ölçeklerinin İç Tutarlılığı.....	17
Tablo 2: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri.....	19
Tablo 3: Katılımcıların ASRS Puanları.....	20
Tablo 4: Katılımcıların ASRS Puanlarının Yaşa Göre Karşılaştırma Sonuçları.....	20
Tablo: 5 Katılımcıların ASRS Puanlarının Yaşa Göre Gruplar Arası Karşılaştırma Sonuçları.....	20
Tablo 6: Katılımcıların ASRS Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırma Sonuçları.....	22
Tablo 7: Katılımcıların ASRS Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırma Sonuçları.....	22
Tablo 8: Katılımcıların ASRS Puanlarının Sosyo-Ekonomik Durumlarına Göre Karşılaştırma Sonuçları.....	23
Tablo 9: Katılımcıların MAAS Puanları.....	23
Tablo 10: Katılımcıların MAAS Puanlarının Yaşa Göre Karşılaştırma Sonuçları.....	24
Tablo 11: Katılımcıların MAAS Puanlarının Yaşa Göre Gruplar Arası Karşılaştırma Sonuçları.....	24

Kısaltmalar

ASRS: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendini Bildirim Ölçeği

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

BFÖ: Bilinçli Farkındalık Ölçeği

DEHB: Dikkat Eksikliği / Hiperaktivite Bozukluğu

DSM: Ruhsal Bozuklukların Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı

MBCT: Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi

MBSR: Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı

MTM: Bilinçli Farkındalık Temelli Müdahaleler

OSB: Otizm Spektrum Bozukluğu

ÖÖB: Özgül Öğrenme Bozukluğu

SPSS: Sosyal Bilimler için İstatistik Paket Programı

BÖLÜM I

Giriş

Dikkat Eksikliği / Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), dikkatsizlik, dürtüsellik veya aşırı hareketlilik gibi semptomları içeren bir nöro-gelişimsel bozukluktur. DEHB için belirlenen semptomların altı veya daha fazlası, bireyin günlük yaşamını, akademik başarısını veya işlevselliğini olumsuz yönde etkilediğinde DEHB tanısı konulur (Apa Dictionary of Psychology, 2018). DEHB, dünya genelinde çocukların %5'ini, ergenlerin %2,5'ini (Faraone vd., 2015) ve yetişkinlerin %2,58'ini etkileyen bir bozukluktur (Song vd., 2021). Çocukluk çağında DEHB belirtileri gösteren bireylerin ergenlik döneminde DEHB geliştirme olasılığı olduğu gibi, ergenlikte DEHB semptomları gösterenlerin yetişkinlikte DEHB geliştirebileceği de tahmin edilmektedir (Kuja-Halkola vd., 2015). DEHB olan yetişkinler, akademik, sosyal ve günlük yaşam alanlarında işlevsellikle ilgili zorluklar yaşarlar (Fields vd., 2017). Ayrıca, erişkin DEHB'li bireylerin, DEHB olmayanlara kıyasla bağımlılık geliştirme olasılığı yaklaşık olarak 2 ila 3 kat daha fazladır (Schellekens vd., 2020). Öfke kontrolünde güçlükler ve hızlı öfke patlamaları, erişkin DEHB'li bireylerde DEHB olmayanlara göre daha yaygındır (Retz vd., 2012). Ayrıca, erişkin DEHB olan bireylerin %10 ila %75'inde DEHB'ye eşlik eden bir kişilik bozukluğu bulunabilir (Matthies, & Philipsen, 2016).

Bilinçli Farkındalık, bir bireyin şu anki deneyimlerine dikkatlice odaklanması, duygularını, düşüncelerini ve bedensel duyularını fark etmesi ve kabul etmesi üzerine kurulu bir meditatif pratiktir (Kabat-Zinn, 2015). Temellerini budizm felsefesinden alan Bilinçli Farkındalık batı dünyasına ilk olarak 19. yüzyılın sonlarında Rhys Davids'in aynı anlamda olan Pali dilinin "sati" kelimesini "Bilinçli Farkındalık" olarak çevirmesi ile geçmiştir (Sun, 2014). Terimi kavramsallaştırıp bunu bir terapi haline getiren Jon Kabat-Zinn olmuştur. Oluşturduğu bu programa da Bilinçli Farkındalık Temelli Stress Azaltma (Mindfulness Based Stress Reduction, MBSR) programı adını vermiştir. (Shapiro, 2018). 1970'lerde Kabat-Zinn'in stres azaltma ve farkındalığı geliştirmek üzere tasarladığı bu program ileriki yıllarda kendisi ve başka araştırmacılar tarafından kronik ağrı tedavisi, DEHB tedavisi, depresyon tedavisi gibi konularda da kullanılmaya başlayıp bu gibi bozukluklarda da faydası olabileceği gözlemlenmiştir (Kabat-Zinn, 1982; Cramer vd., 2012; Cairncross, & Miller, 2020; Hofmann vd., 2010).

Bilinçli Farkındalık, bireyin dikkatini şu anki anda tutmaya yardımcı olabilir ve dikkat dağınıklığını azaltabilir. Ayrıca, Bilinçli Farkındalık uygulamaları, duygusal düzenleme becerilerini güçlendirebilir ve dürtüsel davranışları kontrol etmeyi destekleyebilir (Hölzel, 2011). Yapılan bir pilot çalışmada; 8 haftalık süren yapılandırılmış MBSR programına katılımcıların DEHB semptomlarında gerileme olduğu, programın işe yaradığı tespit edilmiştir. Uygulanan bu programın amacı katılımcıların bilişsel esnekliğini geliştirmek, duygusal düzenleme becerilerini güçlendirmek ve dürtüsel davranışları kontrol etmeyi desteklemek amaçlı olmuştur (Mitchell vd., 2017). DEHB’li bireylerin bilişsel esnekliği DEHB’li olmayan bireylere göre daha zayıftır (Roshani vd., 2020). DEHB’in tedavisinde kullanılan metilfenidat ve dekstroamfetamin bazlı ilaçların sağladığı etkilerden birisi de kişinin bilişsel esnekliğini güçlendirmektir (Pietrzak vd., 2006; McBride vd., 2021). MBSR programının hedeflerinden birisi olan bilişsel esnekliği geliştirmek ile, kullanılan ilaçların fayda sağladığı alanlardan birisinin bilişsel esnekliği güçlendirmek olması MBSR programlarının DEHB’li bireylere fayda sağlayabileceğinin bir diğer göstergesidir.

Problem Durumu

İlk olarak 1930’larda tanınan ve tedavi yöntemi olarak ilaç tedavisi geliştirilen DEHB’in tanısı, tedavisi ve teşhisi seneler içerisinde birçok kez değişmiştir (Abdelnour, Jansen, & Gold, 2022). Günümüzde DEHB tanısı giderek yaygınlaşmaktadır ve neticesinden hakkında yapılan araştırmalar artmaktadır (Derbyshire, & Maes, 2023). Erişkinlerde gözlemlenen DEHB çocuklarda gözlemlenen semptomlarla benzer semptomlar içeriyor olsa bile erişkinlerde gözlemlenen DEHB’in sebebi beraberinde olan depresyon, anksiyete ya da kişilik bozukluklarından kaynaklı olabilir (Asherson, vd., 2018).

Temelleri Budizm felsefesine dayanan Bilinçli Farkındalık Kabat-Zinn (2003)’in uğraşları sayesinde meditasyon ve yoga uygulamalarını psikoterapötik teknikleriyle birleştirerek Bilinçli Farkındalık Temelli Stress Azaltma üretilmiştir. Günümüzde halen geçerli bir terapi yöntemi olan Bilinçli Farkındalık Temelli Stress Azaltma duygu durum bozuklukları ve anksiyete bozukluklarının tedavisinde fayda sağlamaktadır (Greeson vd., 2015; Goldin ve Gross, 2010). Literatürde Bilinçli Farkındalık Temelli Stress Azaltma programlarının DEHB tedavisinde de faydalı olduğunu gösteren araştırmalar olsa da bu araştırmalardaki kısıtlamalar örneklem sayılarının erişkinlerle yapılan çalışmalarda sınırlı olmasıdır (Mitchell, vd., 2015). Literatürde Bilinçli Farkındalık temelli terapilerin hangi anlarda yoğunlaştığına bakılınca; depresyon,

anksiyete, kronik ağrı, yeme bozuklukları, şizofreni ve bağımlılık alanlarında daha fazla araştırmaların yapıldığı tespit edilmiştir (Goldberg, vd., 2017). Bu bağlamda yetişkinlerle yapılacak DEHB ve Bilinçli Farkındalığın arasındaki ilişkiler ile alakalı çalışmalar bu alanda ilerlenmesine fayda sağlayacaktır.

Yapılan araştırmaların kısıtlılığı, sınırlı örneklemeler bu araştırmanın problem sorusunu; “Erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun Bilinçli Farkındalık seviyeleriyle ilişkisi var mıdır?” olmuştur.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, Erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile bilinçli farkındalık düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Ayrıca aşağıda belirtilen alt amaçlar için de cevap aranmıştır.

1. Katılımcıların demografik yapılarına göre Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendini Bildirim Ölçeği ve Bilinçli Farkındalık Ölçeği puanları farklılık göstermekte midir?
2. Katılımcıların Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendini Bildirim Ölçeği ve Bilinçli Farkındalık Ölçeği puanları arasında korelasyon var mıdır?
3. Katılımcıların Bilinçli Farkındalık Ölçeği puanları Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendini Bildirim Ölçeği puanlarını yordamakta mıdır?

Araştırmanın Önemi

DEHB, dikkatsizlik, dürtüsellik veya aşırı hareketlilik gibi semptomları içeren bir nöro-gelişimsel bozukluktur. (Apa Dictionary of Psychology, 2018). Bu bozukluğun erişkin yaşamında etkileri, kişinin işlevselliği, ilişkileri, akademik, sosyal ve gündelik yaşantısını olumsuz etkilemektedir (Fields vd., 2017). Bu nedenle, DEHB'nin doğru bir şekilde değerlendirilmesi ve etkilerinin anlaşılması klinik uygulama ve tedavi stratejileri açısından kritiktir.

Bilinçli Farkındalık ise bir bireyin şu anki deneyimlerine dikkatlice odaklanması, duygularını, düşüncelerini ve bedensel duyularını fark etmesi ve kabul etmesi üzerine kurulu bir meditatif pratiktir (Kabat-Zinn, 2015). Bu, duyguları, düşünceleri ve bedensel duyularını fark etme ve kabul etme yeteneği olarak tanımlanabilir. Bilinçli Farkındalık, bireyin stresle başa çıkma, duygusal düzenleme ve ilişkilerinde daha olumlu bir şekilde davranma becerisini artırabilir (Goldin ve Gross, 2010). Dolayısıyla erişkin DEHB ile Bilinçli Farkındalık arasındaki ilişkinin

anlaşılması; DEHB'nin bireylerin Bilinçli Farkındalık seviyeleri üzerindeki etkisini değerlendirmemize ve gerekirse müdahale stratejileri geliştirmemize yardımcı olabilir. Ayrıca DEHB ile Bilinçli Farkındalık arasında bir ilişki olduğu kanıtlandığı takdirde, DEHB semptomlarına sahip bireylerin Bilinçli Farkındalık becerilerini geliştirmenin, genel yaşam kalitesini artırabileceğini savunulmaktadır.

Sınırlılıklar

Bu araştırma; Türkiye’de yaşayan yetişkin 232 kişi ile, ve sosyo-demografik bilgiler formu, Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendini Bildirim Ölçeği (ASRS) ve Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BFÖ)’nden elde edilen veriler ile sınırlıdır.

Tanımlar

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB): Dikkatsizlik, dürtüsellik veya aşırı hareketlilik gibi semptomları içeren bir nöro-gelişimsel bozukluktur. DEHB için belirlenen semptomlar bireyin günlük yaşamını, akademik başarısını veya işlevselliğini olumsuz yönde etkilediğinde DEHB tanısı konulur (Apa Dictionary of Psychology, 2018).

Bilinçli Farkındalık: Bireyin şu anki deneyimlerine dikkatlice odaklanması, duygularını, düşüncelerini ve bedensel duyularını fark etmesi ve kabul etmesi üzerine kurulu bir meditatif pratiktir. Bu duyguları, düşünceleri ve bedensel duyularını fark etme ve kabul etme yeteneği olarak tanımlanabilir (Kabat-Zinn, 2015).

Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT): MBCT, özellikle depresyonun tekrarını önlemek amacıyla tasarlanmış bir psikoterapi yöntemidir. Bu terapi, Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) tekniklerini Bilinçli Farkındalık meditasyonu uygulamalarıyla bütünleştirir. (Gu, vd., 2015).

Bilinçli Farkındalık Temelli Stress Azaltma Programı (MBSR): Stres, anksiyete, ağrı ve genel sağlık durumunu yönetmek amacıyla tasarlanmış bir terapi yöntemidir. MBSR, sistemli bir şekilde Bilinçli Farkındalık tekniklerini ve farkındalık egzersizlerini kullanarak bireylerin stresle başa çıkma yeteneklerini artırmayı amaçlar (Creswell, 2017).

BÖLÜM II

Kavramsal Çerçeve ve İlgili Araştırmalar

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), nörogelişimsel bir bozukluk olarak tanımlanır ve genellikle dikkat eksikliği, hiperaktivite ve/veya dürtüsellik semptomlarıyla karakterizedir (Cortese, vd., 2018). DSM-5'e göre, DEHB tanısı için belirtiler, çocuğun veya yetişkinin yaş ve gelişim düzeyine uygun olmayan düzeyde dikkat eksikliği, hiperaktivite ve/veya dürtüsellik olarak tanımlanmalıdır (American Psychiatric Association, 2013).

DEHB, yaşam boyu devam eden bir durum olup, erişkinlik döneminde de belirtiler devam edebilir veya ortaya çıkabilir (Faraone, vd., 2015). Bu durum, bireylerin iş, eğitim ve ilişkilerinde sorunlar yaşamalarına neden olabilir ve genellikle yetişkinlikte de dikkat eksikliği, organizasyon güçlükleri ve dürtüsellik gibi semptomlarla ilişkilendirilir (Cortese, vd., 2018).

DEHB'nin nedenleri tam olarak bilinmemekle birlikte, genetik ve çevresel faktörlerin etkileşimi olduğu düşünülmektedir (Franke, vd., 2018). Yapılan genetik araştırmalar, DEHB'nin %70-80'inin genetik faktörlere bağlı olduğunu göstermektedir (Demontis, vd., 2019). Ayrıca, prematüre doğum, düşük doğum ağırlığı, prenatal sigara içme, alkol veya uyuşturucu kullanımı gibi çeşitli çevresel faktörlerin DEHB riskini artırdığı bulunmuştur (Cortese vd., 2018).

DEHB'nin tedavisinde, genellikle ilaç tedavisi, bilişsel davranışçı terapi (BDT), davranışsal terapi ve destekleyici tedaviler gibi çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. İlaç tedavisi genellikle DEHB semptomlarını kontrol etmek için birincil tedavi seçeneğidir ve yaygın olarak kullanılan ilaçlar arasında stimulanlar (örneğin, metilfenidat, deksamfetamin) ve non-stimulanlar (örneğin, atomoksetin, guanfisin) bulunmaktadır (Cortese, vd., 2018).

Bununla birlikte, ilaç tedavisi tek başına yeterli olmayabilir ve bu durumda bilişsel davranışçı terapi (BDT) gibi psikososyal müdahaleler kullanılabilir. BDT, DEHB semptomlarını yönetmek, dikkat ve dürtüsellik üzerinde kontrol sağlamak, organizasyon ve zaman yönetimi becerilerini geliştirmek gibi hedeflere odaklanır (Lopez, vd., 2018).

Son yıllarda, Bilinçli Farkındalık tabanlı yaklaşımların DEHB'nin yönetimindeki etkinliği üzerine artan bir ilgi vardır. Bilinçli Farkındalık, bireyin dikkatini şimdiki anın deneyimlerine

odaklamayı ve duyguları kabul etmeyi içeren bir yaklaşımdır. Bilinçli Farkındalık tabanlı tedaviler, DEHB semptomlarını azaltmada ve bireylerin işlevselliğini artırmada potansiyel olarak etkili olabilir (Mitchell, vd., 2017).

DEHB'in Tarihçesi

DEHB'ye en yakın ilk kayıtlar 1798 senesinde Sir Alexander Crichton tarafından yayınlanan ikinci kitabının ikinci kısmında "Dikkat ve Hastalıkları" ("On Attention and its Diseases") adlı başlıkta yer almıştır (Lange, vd., 2010). Crichton, dikkat eksikliğini iki tür kusur olarak tanımlar. Bir tür dikkat eksikliği, "dikkat gücünün veya enerjisinin patolojik bir azalması" olarak sunulan durumdur, diğeri ise "alışkanlık dikkatsizlik" olarak adlandırdığı düşük kullanım veya aşırı kullanımda, dikkat gücünü zayıflatarak olumsuzluğa yol açılmasıdır (Palmer ve Finger, 2001).

Heinrich Hoffmann'ın 1845 yılında yayımlanan "Struwelpeter" adlı resimli çocuk kitabında "Fidgety Phil" adlı karakterin huzursuz, yerinde duramayan davranışları günümüz DEHB belirtilerine benzer özellikler taşımaktaydı. Hoffmann'ın yayınladığı bu kitap DEHB'nin tanılarının gelişmesine katkı sağlamıştır (Thome ve Jacobs, 2004).

1902'de Sir George Frederic Still tarafından verilen dersler ile DEHB'in bilimsel araştırma ve bilimsel çalışmaları başladığı kabul edilir. Still, DEHB hakkındaki görüşlerini genel olarak, çocuklarda ahlaki kontrol eksikliğinin bir kusuru olarak tanımlar ve bu ahlaki kontrolün 3 temel faktöre dayandığını savunur; çevreye olan bilişsel ilişki, ahlaki bilinç ve irade (Lange, vd., 2010). Still'in ortaya attığı bu kavramlar DEHB hakkında yapılacak çalışmaları hızlandırmıştır (Lange, vd., 2010).

DEHB'ye ilişkin ilk tedavi planı Charles Bradley tarafından 1937'de oluşturulmuştur. "Davranış Problemleri" olan yaşları 5 ila 14 arasında değişen 30 tane çocukla yaptığı araştırmada katılımcılara Amfetamin Sülfat bazlı verdiği ilaca katılımcıların neredeyse yarısından çok olumlu geri dönüşler almıştır. Bradley direktörü olduğu ve aynı zamanda Amerika'nın ilk çocuk ruh sağlığı hastanesi olması özelliğini taşıyan "Bradley Home"da deneyimlerine dayanarak yaptığı gözlem; ilaç tedavisi kimi durumlarda yeterli olmadığı yönündeydi. Bu gibi durumlarda ilaç tedavisinin yanına psikoterapinin eklenmesinin önemini savunurdu (Singh, 2008).

O dönemlerde popülaritesi yüksek olan psikoanalizin ilaç tedavisine karşı olan duruşu bu alanda yapılacak olan gelişmelerin 1950'lere kadar çok yavaş ilerlemesine sebep oldu. 1957'de yayınlanan önemli bir araştırma'da hiperaktiviteyi biyolojik bir olay olarak tanımlamasıyla birlikte tedavisinde tercih edilen popüler yöntem ilaç tedavisi oldu. Günümüzde halen DEHB tedavisinde kullanılan en yaygın yöntem ilaç tedavisidir (Connolly, vd., 2015).

İlk olarak Ruhsal Bozuklukların Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı II (DSM-II)'de (1968) "Çocukluk çağının Hiperkinetik Tepkisi" olarak adlandırılan bu durum, aşırı motor aktivite, dürtüsellik ve dikkat eksiklikleri ile karakterize geniş bir sendrom olarak kavramsallaştırıldı. DSM-III'ün (1980) yayımlanmasıyla, tanısal çerçeve "Dikkat eksikliği bozukluğu: hiperaktivite ile ve hiperaktivite olmadan" şeklinde değişti ve dikkat eksikliğini temel bir özellik olarak vurguladı, hiperaktivite ile ve hiperaktivite olmadan sunumları ayırt etti. DSM-III-R (1987) daha da rafine bir sınıflandırma getirerek her iki sunumu da "Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu" (DEHB) altında birleştirdi ve semptom şiddetinin sürekli olduğunu kabul etti. DSM-IV'te (1994), DEHB semptom sunumuna dayalı alt tiplerin tanıtılmasıyla DEHB daha da rafine edildi. Son olarak, DSM-5'te (2013), DEHB'nin tanı ölçütleri, bozukluğun gelişimsel doğasını daha iyi yansıtmak için gözden geçirildi ve semptomların farklı ortamlarda ve farklı gelişim aşamalarında gösterilmesinin önemi vurgulandı. Bu evrim, dikkatle ilgili bozuklukların daha iyi anlaşılması ve tanınması için süregelen çabaları vurgular. İlâveten DSM-5'te DEHB'in adı güncellenip "Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik Bozukluğu" oldu.

DSM-5'e Göre Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik Bozukluğu Tanı Kriterleri

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

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

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

D. Bu belirtilerin, toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevselliği bozduğuna ya

da işlevselliğin niteliğini düşürdüğüne ilişkin açık kanıtlar vardır.

Epidemiyoloji

Ülkemizde yapılan güncel bir epidemiyoloji çalışması bulunmadığından dolayı dünya genelinde yapılan epidemiyoloji çalışmalarına bakıldığında DEHB çocukların %5'ini, ergenlerin %2,5'ini (Faraone, vd., 2015), yetişkinlerin ise %2,58'ini etkileyen bir bozukluktur. Yaklaşık olarak 16 bin üniversite birinci sınıf öğrencileriyle yapılan uluslararası bir anket çalışmasına göre öğrencilerin %16,9'unda DEHB tespit edilmiştir. Bu %16,9'luk kısmın %58,4'ünde komorbiditeler olduğu tespit edilmiştir (Mak, vd., 2022). Yapılan çalışmalara göre Erkeklerin DEHB tanısı alması kadınlara göre daha yaygındır (Davies, 2014; Sayal, vd., 2018; Thapar ve Cooper, 2016). Kendine zarar verme ya da intihar girişimleri DEHB'li kadınlarda DEHB'li erkeklere göre daha yaygın rastlanır (Hinshaw, vd., 2012).

Etiyoloji

DEHB kompleks bir etiyolojiye sahiptir ve genetik, nörobiyolojik, çevresel ve psikososyal faktörlerin etkileşimiyle açıklanmaktadır.

Genetik Faktörler: Dopamin ve noradrenalin nörotransmitterleri tarafından etkilenen DEHB (Mehta, vd., 2019) yapılan ikiz çalışmalarına göre %76 oran ile genetik aktarılabirliği en yüksek psikiyatrik bozukluklardan birisi olduğu tespit edilmiştir (Faraone ve Mick, 2010). Genetik araştırmalar, DEHB'li bireylerde belli genetik varyasyonların daha sık bulunduğunu ve bu varyasyonların DEHB riskini artırdığını göstermektedir (Gizer, vd., 2009)

Nörobiyolojik Faktörler: DEHB'nin nörobiyolojik temeli, frontal lob ve bazal gangliyonlardaki işlev bozukluğu ile ilişkilidir. Beyin görüntüleme çalışmaları, DEHB'li bireylerde frontal korteksin azalmış aktivitesi ve frontal-lob bazal gangliyon devresinde düzensizliklerin olduğunu göstermektedir (Cortese, vd., 2012).

Çevresel Faktörler: Çevresel faktörler, DEHB'nin gelişiminde önemli bir etkiye sahiptir. Prematüre doğum, düşük doğum ağırlığı, prenatal sigara içme, gebelik sırasında beslenme eksikliği, alkol veya uyuşturucu kullanımı gibi faktörlerin DEHB riskini artırdığı bilinmektedir (Cortese vd., 2018).

Psikososyal Faktörler: Psikososyal faktörler, DEHB semptomlarının şiddetini ve yaygınlığını etkileyebilir. Özellikle, aile içi iletişim problemleri ve sosyal ilişkilerdeki zorluklar, DEHB belirtilerinin şiddetini artırabilir (Chronis, vd., 2007). Ayrıca, çocukların düşük benlik saygısı ve duygusal düzenleme güçlükleri yaşamaları da semptomların yoğunluğunu etkileyebilir (Chronis, vd., 2010). Araştırmalar, aile tabanlı terapi ve ebeveyn eğitim programlarının DEHB semptomlarını hafifletmede etkili olduğunu ve çocukların işlevselliğini artırdığını göstermektedir (Daley, vd., 2014).

Eş Tanı

Çocukluk çağında oluşan, sonradan yetişkinlikte de devam eden DEHB'li bireylerin %60'ı ile %100'ü arasında DEHB'lerine eşlik eden başka bir bozukluk olduğu düşünülmektedir. Bunlar; DEHB ile %42 komorbid olan Otizm Spektrum Bozukluğu, %17 komorbid olan Özgül Öğrenme Güçlüğü, %55 komorbid olan Tik Bozuklukları, %12 ila %50 arasında komorbid olan Depresif Bozukluklar, %15 ila %35 arasında komorbid olan Anksiyete Bozuklukları ve %5 ila %47 arasında komorbid olan Bipolar Bozukluktur (Gnanavel, vd., 2019).

Otizm Spektrum Bozukluğu: Otizm spektrum bozukluğu (OSB), nörogelişimsel bir bozukluk olup, sosyal etkileşim ve iletişimdeki sınırlamaları, tekrarlayıcı davranışları ve ilgi alanlarında belirgin kısıtlamaları içeren heterojen bir yapıya sahiptir. Güncel araştırmalar, OSB'nin genetik, nörobiyolojik ve çevresel faktörlerin karmaşık etkileşimi sonucunda ortaya çıktığını göstermektedir (Tick vd., 2016). Beyin görüntüleme çalışmaları, OSB'li bireylerde beyin yapısındaki farklılıkları ortaya koymuştur, özellikle sosyal iletişim ve duygu işleme alanlarında beyin aktivitelerinde farklılıklar gözlenmektedir (Müller, vd., 2011).

Özgül Öğrenme Güçlüğü: Özgül öğrenme güçlüğü (ÖÖG), bireylerin normal zeka düzeyine sahip olmalarına rağmen belirli akademik becerilerde önemli güçlükler yaşadığı bir öğrenme bozukluğudur. Özellikle okuma (disleksi), yazma (disgrafi) ve matematik (diskalkuli) alanlarında belirgin zorluklarla karakterizedir. Güncel araştırmalar, ÖÖG'nin karmaşık bir etiyojolojiye sahip olduğunu göstermektedir. Genetik faktörler, beyin gelişimi ve işlevi ile ilişkili nörolojik farklılıklar ve çevresel etkenlerin etkileşimi, ÖÖG'nin ortaya çıkmasında rol oynar (Peterson ve Pennington, 2012).

Tik Bozukluğu: Tik bozukluğu, tekrarlayıcı, istemsiz kas hareketleri veya vokal seslerin meydana geldiği nörolojik bir durumdur. Bu hareketler, istemsizce gerçekleşir ve bireylerin günlük aktivitelerini etkileyebilir. Tik bozukluğunun kesin nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte, genetik, nörogelişimsel ve çevresel faktörlerin karmaşık etkileşimi rol oynar. Son araştırmalar, tik bozukluğunun beynin bazal ganglionları ve frontal korteksi gibi belirli bölgelerinde yapısal ve işlevsel değişikliklerle ilişkilendirildiğini göstermektedir (Hirschtritt, vd., 2015).

Depresif Bozukluklar: Depresif bozukluklar, genellikle duygudurum, düşünce ve davranışlarda belirgin bir değişikliklerle karakterizedir ve kişinin günlük yaşamını olumsuz yönde etkiler. Bu bozukluklar, klinik olarak önemli bir sıkıntıya neden olan depresif semptomlarla kendini gösterir. Major depresif bozukluk, en yaygın depresif bozukluk türüdür ve sürekli üzüntü, umutsuzluk hissi, enerji kaybı, uyku ve iştah değişiklikleri gibi semptomlarla karakterizedir (Çelik ve Hocaoglu, 2016).

Anksiyete Bozuklukları: Anksiyete bozuklukları, aşırı endişe, korku ve gerginlik gibi belirtilerle karakterize edilen psikiyatrik bozukluklardır. Bu bozukluklar, kişinin günlük işlevselliğini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir. Yaygın anksiyete bozukluğu, genel olarak belirli bir neden olmaksızın sürekli endişe ve gerginlik hissiyle karakterizedir. Panik bozukluk, beklenmedik ve yoğun panik ataklarının tekrarlayan dönemleriyle kendini gösterir. Obsesif-kompulsif bozukluk, tekrarlayan düşünceler ve zorlayıcı davranışlarla belirginleşen anksiyete durumları arasındadır. Travma sonrası stres bozukluğu, travmatik bir olayın ardından yaşanan uzun süreli korku ve stresle karakterizedir. Sosyal anksiyete bozukluğu, sosyal etkileşimlerde aşırı korku ve utanma hissiyle belirginleşen bir anksiyete durumudur (Bandelow ve Michaelis, 2015).

Bipolar Bozukluk: Bipolar bozukluk, duygulanımın aşırı dalgalanmalarıyla karakterize edilen bir psikiyatrik bozukluktur. Bu bozukluk, mani veya hipomani atakları ile belirginleşirken, depresif dönemler de yaşanabilir. Mani atakları, yüksek derecede hiperaktivite, azalmış ihtiyaç duyma, konuşkanlık, hızlı düşünme ve riskli davranışlar gibi belirtilerle kendini gösterirken, hipomani atakları daha hafif belirtilerle sınırlıdır ve işlevsellikte belirgin bir düşüşe neden olmaz (Grande, vd., 2016).

Bilinçli Farkındalık

Bilinçli Farkındalık, bir bireyin şu anki deneyimlerine dikkatlice odaklanması, duygularını, düşüncelerini ve bedensel duyularını fark etmesi ve kabul etmesi üzerine kurulu bir meditatif pratiktir (Kabat-Zinn, 2015). Bilinçli Farkındalık, bireyin dikkatini şu anki anda tutmaya yardımcı olabilir ve dikkat dağınıklığını azaltabilir. Ayrıca, Bilinçli Farkındalık uygulamaları, duygusal düzenleme becerilerini güçlendirebilir ve dürtüsel davranışları kontrol etmeyi destekleyebilir (Hölzel, vd., 2011).

Bilinçli Farkındalığın Tarihçesi

Bilinçli Farkındalık'ın tarihi, kökeni Budizm felsefesine dayanmaktadır ve binlerce yıllık bir geçmişe sahiptir. Budizmde, "sati" olarak bilinen Bilinçli Farkındalık, dikkat, farkındalık ve mevcudiyetin derin bir anlayışını içerir. Bu kavram, zihnin mevcut anıyla tam olarak meşgul olma, duygu ve düşüncelerin farkında olma ve her anı kabul etme yeteneği olarak tanımlanır (Olendzki, 2011). Batı dünyasında, Bilinçli Farkındalık terimi ilk kez 1881'de Rhys Davids

tarafından kullanıldı. Davids, Pali dilindeki "sati" kelimesini "Mindfulness" olarak İngilizceye çevirdi ve böylece bu binlerce yıllık Budizm öğretisi batı dünyasına ilk defa tanıtıldı (Sun, 2014).

Daha sonra, Jon Kabat-Zinn'in çalışmaları, Bilinçli Farkındalık'ı modern tıbbi ve psikolojik uygulamalara entegre etti. Kabat-Zinn, 1982 senesinde kronik ağrı şikayeti olan hastalarına Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma (MBSR) adlı 10 haftalık bir programını geliştirdi ve bu program, Bilinçli Farkındalık pratiğini klinik ortamlara taşıdı. MBSR, Bilinçli Farkındalık meditasyonunun stres azaltma ve duygusal iyileşme için etkili bir araç olduğunu gösterdi (Kabat-Zinn, 1982).

Sonrasında ise Dr. Zindel Segal, Dr. Mark Williams ve Dr. John Teasdale tarafından 2002 senesinde Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) geliştirildi. Geliştirdikleri bu yeni terapi yöntemi tekrarlayan depresyona karşı etkili tedavi yöntemi olabileceğini yaptıkları araştırmalar ile kanıtlamış oldular (Segal, vd., 2002).

Mindfulness Temelli Stress Azaltma (MBSR): Yapılandırılmış bir grup terapisi olan MBSR 10 ila 40 kişi arası gruplarla 8 ila 10 hafta arası süren bir programdır. MBSR, katılımcıların farkındalık becerilerini geliştirerek stresli durumlarla daha etkili bir şekilde başa çıkmalarına yardımcı olmayı hedefler. Program, Bilinçli Farkındalık meditasyonu, bedensel farkındalık egzersizleri ve yoga gibi uygulamaları içerir. Bireyler hedeflerine ulaşabilmek için MBSR programında öğrendiklerini, gündelik yaşantılarında düzenli olarak uygular ve pratiğini yaparlar (Grossman, vd., 2004).

Mindfulness Temelli Bilişsel Terapi (MBCT): Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT), bilişsel terapinin temellerini mindfulness uygulamalarıyla birleştiren bir tedavi yaklaşımıdır. Bu program, tekrarlayan depresif atakları olan bireylerde atakları önlemeye yardımcı olmayı hedefler (Ghahari, vd., 2020). MBCT, kişinin bilişsel reaktif modelini değiştirerek duygusal ve zihinsel farkındalığı artırmayı amaçlar. Program, Bilinçli Farkındalık meditasyonu, bedensel farkındalık egzersizleri ve bilişsel terapi tekniklerini bir araya getirir. Katılımcılar, negatif düşünceleri tanımak ve değiştirmek için bilişsel terapi yöntemlerini kullanırken aynı zamanda mevcut anı deneyimlemek için Bilinçli Farkındalık pratiği yaparlar (Marchand, 2012). MBCT, yapılandırılmış bir programdır ve genellikle sekiz haftalık bir süreci kapsar. Bu süreç boyunca katılımcılar, haftalık grup oturumlarına katılır ve günlük Bilinçli Farkındalık pratiği yaparlar. Programın yapılandırılmış yapısı, katılımcıların bilişsel ve

duygusal becerilerini güçlendirmelerine ve tekrarlayan depresif atakları önlemelerine yardımcı olur (Finucane ve Mercer, 2006).

İlgili Araştırmalar

Smalley ve arkadaşlarının (2009) yaptığı araştırmada DEHB ile Bilinçli Farkındalık arasındaki karmaşık bağlantıya derinlemesine iner ve DEHB'li bireylerin daha düşük düzeylerde Bilinçli Farkındalık sergileyebileceğini vurgular. Bu bağlantı, DEHB'nin dikkatsizlik belirtilerinin, Bilinçli Farkındalık eğitimi aracılığıyla iyileştirilebileceğini öne sürmektedir. Ayrıca, öz-yönetim ve öz-aşkınlık gibi kişilik özellikleri, bu ilişkiyi etkileyen temel faktörler olarak belirlenmiştir. DEHB'li bireylerin Bilinçli Farkındalık üzerinde daha düşük puanlar alması, kişilik özelliklerinin DEHB ve Bilinçli Farkındalık arasındaki etkileşimi şekillendirmedeki potansiyel rolünü vurgular.

Mitchell ve arkadaşları (2015), çalışmalarında, DEHB'li yetişkinler için tasarlanmış grup oturumlarına yönelik yapılandırılmış bir yaklaşımı detaylandırarak, interaktif tartışmalar, meditasyon egzersizleri ve aktif katılımı içeren bir program önermektedirler. Oturumlar, Bilinçli Farkındalık uygulamaları, dikkat düzenleme ve duygu yönetimi stratejilerine odaklanmaktadır. Bulguları, Bilinçli Farkındalık eğitiminin, DEHB'li bireylerde dikkat ve yürütücü işlevleri artırma üzerindeki olumlu etkisini vurgulamaktadır. Bu bütünsel yaklaşım, Bilinçli Farkındalık temelli müdahalelerin sadece DEHB belirtileriyle başa çıkmada değil, aynı zamanda geniş mental sağlık sorunlarını hedeflemede de etkili olduğunu vurgular, böylelikle bu tür tedavilerin esnekliğini ve potansiyel faydalarını ortaya koyar.

Lee ve arkadaşlarının (2017) yaptığı araştırmaya göre Bilinçli Farkındalık Temelli Müdahaleler, dikkat eksikliği olan bireylerde dikkat eksikliklerini iyileştirmede umut vaat etmektedir. Bilinçli Farkındalık Temelli Müdahaleler'in çeşitli türlerinde yaygın bir bileşen olan dikkati kendini düzenleme uygulaması, sürdürülmüş dikkat eğitimini ve anın şu anına odaklanma becerisini vurgular. Araştırmada incelenen çalışmalar, Bilinçli Farkındalık Temelli Müdahaleler eğitiminden sonra yetişkinlerde DEHB için dikkatte önemli iyileşmeler göstermiştir. Bireyleri düşüncelerde ve duyumlarda anlık değişikliklere dikkat etmeye ve odaklanmaya eğitmek suretiyle, Bilinçli Farkındalık Temelli Müdahaleler, DEHB'li bireylerin dikkat kontrolünü geliştirmelerine ve bozuklukla ilişkili semptomları azaltmalarına yardımcı olabilir.

Edel ve arkadaşları (2017) yaptıkları araştırmada DEHB'li ergenler ve yetişkinler için uyarlanmış 8 haftalık bir Bilinçli Farkındalık eğitim programı uygulayarak DEHB'nin tedavisinde başarı elde ettiler. Program, haftalık grup oturumlarını, günlük evde meditasyon uygulamasını, özsaygı ve öz düzenlemeyi artırmak için psiko-eğitim bileşenlerini içeriyordu. Terapinin yapısı, DEHB zorlukları için uyarlanmış Bilinçli Farkındalık egzersizleri ile takip edilen Bilinçli Farkındalık ilkelerine yönelik psiko-eğitim oturumlarını içeriyordu. Ana bulgular arasında DEHB semptomlarında azalma, farkındalığın artması ve öz-yeterliliğin iyileşmesi yer alıyordu, çalışmada tedavi uygunluğunun ve kabul edilebilirliğinin olumlu olduğu bildirildi.

Chimiklis ve arkadaşları (2018), DEHB'li gençler için Bilinçli Farkındalık, yoga ve meditasyon müdahalelerine ilişkin araştırmalarında, bu uygulamaların etkinliğini destekleyen ikna edici kanıtlar bulmuşlardır. Çalışmalarında gerçekleştirdikleri meta-analiz, DEHB belirtilerinde, hiperaktivite, dikkat eksikliği, yürütücü işlev ve ebeveyn-çocuk ilişkilerinde önemli iyileştirmeler ortaya koymuştur. Özellikle, Bilinçli Farkındalık temelli müdahaleler, yürütücü işlev ve dikkat süreçlerine olumlu etkileriyle ve dürtü kontrolünü teşvik ederek dürtülerin reaktif olmayan bir farkındalığıyla artırma yetenekleriyle öne çıkmıştır. Bu bulgular, Bilinçli Farkındalık tekniklerinin DEHB belirtilerini hafifletme, yürütücü işlevleri geliştirme ve DEHB'li çocuk ve ergenlerde dikkatsizlik ve dürtüsellikle ilişkilendirilen davranışları olumlu yönde etkileme potansiyelini vurgulamaktadır.

Cairncross ve Miller (2020), yaptıkları meta analiz araştırmasında Bilinçli Farkındalık temelli tedavilerin, DEHB belirtilerini etkili bir şekilde ele almakta umut vadettiğini tespit etmiştir. Çalışmalar, özellikle dikkat ve yönetici işlevler gibi temel DEHB belirtilerinde iyileşmelerin olduğunu göstermiştir, bu da Bilinçli Farkındalık müdahalelerinin DEHB'li bireylerin işlevselliğini artırma potansiyelini vurgulamaktadır. Bu bulgular, Bilinçli Farkındalık temelli terapilerin DEHB belirtilerini yönetme ve genel iyilik halini artırma konusunda geçerli bir yaklaşım olarak değerini göstermektedir. Cairncross ve Miller (2020), aynı zamanda şuna değinmektedir; farklı yaş gruplarının ve bireysel özelliklerin, Bilinçli Farkındalık temelli tedavilerin etkinliğini nasıl etkilediğini anlamak, DEHB'li bireyler için daha özelleştirilmiş ve hedefe yönelik yaklaşımlara yol açabilir, sonuçta tedavi sonuçlarını artırabilir ve genel yaşam kalitesini iyileştirebilir.

Yurteri'nin (2021) yaşı 13 ila 18 arasında değişen ergenlerle yaptığı araştırmaya göre DEHB tanısı olan ergenlerin Bilinçli Farkındalık düzeylerinin DEHB tanısı olmayan ergenlere oranla daha düşük olduğunu bulmuştur. Bu bulgular neticesinde Bilinçli Farkındalık temelli yaklaşımların DEHB belirtileri üzerindeki potansiyel etkilerinin araştırılması için ileri çalışmalar yapılmasını önermektedir araştırmacı.

Gökçek ve Bilican'ın (2022) yaptıkları araştırmaya göre DEHB tanılı bireylerde bilinçli farkındalık egzersizlerinin DEHB belirtilerinde anlamlı bir azalma sağladığı bulunmuştur. Özellikle dikkat eksikliği ve hiperaktivite-dürtüsellik belirtilerinin bilinçli farkındalık düzeyleri ile negatif korelasyon gösterdiği saptanmıştır. Bilinçli farkındalık egzersizlerinin, DEHB'li bireylerde dikkat düzenleme ve yürütücü işlevler üzerinde olumlu etkileri olduğu belirtilmiştir. Bu egzersizlerin dikkat sürecini iyileştirerek DEHB belirtilerini azalttığı ve nörogörüntüleme çalışmalarında DEHB ve bilinçli farkındalık açısından önemli olan beyin bölgelerinde iyileşmeler sağladığı vurgulanmaktadır.

BÖLÜM III

Yöntem

Araştırmanın Modeli

Bu araştırmada dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile bilinçli farkındalık arasındaki ilişkilerin incelenmesinde “İlişkisel Model” kullanılmıştır. İlişkisel model, istatistiksel bir modelleme yaklaşımıdır ve değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemek için kullanılır. Bu model, gözlem yapılan değişkenler arasındaki ilişkileri anlamak ve açıklamak için kullanılan bir araştırma yaklaşımıdır (Bekman, 2022).

Evren ve Örneklem

Bu araştırma Türkiye’de yaşayan yetişkin bireyleri kapsayan bir evreni hedeflemiştir. Araştırmanın ana değişkenleri arasındaki ilişkinin büyüklüğünü incelemek için gerekli örneklem büyüklüğü, G*Power istatistiksel güç analiz programı kullanılarak hesaplanmıştır. Yapılan analiz sonucunda, çalışmanın ana değişkenleri arasındaki ilişkiyi belirleyebilmek için gerekli minimum örneklem büyüklüğü 138 olarak hesaplanmıştır. Araştırmanın örnekleme gelişigüzel örnekleme yöntemi ile elde edilmiştir. Gelişigüzel örnekleme yöntemi, araştırmacının belirlenen örneklem büyüklüğüne göre herhangi bir şekilde evrenin bir parçasını seçmesidir (Kılıç, 2013). Örneklem çevrim içi Google Form aracılığı ile toplanmıştır, Google Form linki katılıma kapatılana kadar 232 katılımcıya ulaşılmıştır.

Veri Toplama Süreci

Araştırmanın veri, toplama sürecinde 232 katılımcıdan veri toplanmıştır. Bu araştırmada katılımcılara; Sosyo-Demografik Bilgi Formu, Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendini Bildirim Ölçeği (ASRS-v1.1) ve Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BFÖ) verilmiştir. Veriler WhatsApp ve Telegram gurupları üzerinden Google Form aracılığı ile gönüllülük esasına dayanarak çevrim içi olarak toplanmıştır. Katılımcıların verilen anketleri tamamlamaları ortalama 6 ila 10 dakika arası sürmüştür. Çalışmaya katılmak isteyen ve onam formunu dolduran katılımcılardan 14.12.2023 - 10.01.2024 tarihleri arasında veriler toplanıp, toplanan veriler Microsoft Excel programına aktarılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Sosyo-Demografik Bilgi Formu

Bu form araştırmacı tarafından katılımcıların sosyo-demografik bilgilerini alabilmek için oluşturulmuştur. Araştırmada kullanılan bu formda katılımcılara yönelik yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve sosyo-ekonomik durumları sorulmuştur.

Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendini Bildirim Ölçeği (ASRS-v1.1)

Dünya Sağlık Örgütü araştırmacıları tarafından 2005 senesinde İngilizce olarak geliştirilen, DEHB için Ruhsal Bozuklukların Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı IV (DSM IV) kriterlerine dayanan "Yetişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Kendine Değerlendirme Ölçeği" (ASRS), toplamda 18 sorudan oluşmaktadır. İlk 6 sorudan oluşan A Kısmı, dikkat eksikliği belirtilerini değerlendirirken, kalan 12 sorudan oluşan B Kısmı, hiperaktivite-dürtüsellik belirtilerini değerlendirir. Katılımcılar, her bir ögeyi belirtilen semptom sıklığına göre 0 ile 4 arasında bir Likert ölçeğinde değerlendirir (0=Asla, 1=Nadiren, 2=Bazen, 3=Sık, 4=Çok Sık). ASRS'deki toplam puanların yüksek olması, DEHB belirtilerinin daha fazla varlığını gösterir. Ayrıca, ölçek, A ve B Bölümlerinin puanlarına dayanarak dikkat eksikliği ve hiperaktivite-dürtüsellik alt ölçek puanlarının hesaplanmasına olanak tanır. ASRS'nin tamamı için iç tutarlılık güvenilirliğini ölçen Cronbach alfa katsayısı 0,84 olarak hesaplanmıştır bu ölçeğin iyi bir iç tutarlılığa sahip olduğunu gösterir. Benzer şekilde, alt testler için Cronbach alfa puanı A Kısmı için 0,83, B Kısmı için 0,73 olarak hesaplanmıştır. Soruların yeterlilik değeri hesaplanmasında hiçbir soru 0.50 sınırının altına inmemiştir (Adler, vd., 2006). Ölçek Türkçeye Doğan ve arkadaşları (2009) tarafından çevrilmiştir. Orijinal ölçekte olduğu gibi DEHB ölçmeyi amaçlanarak uyarlanmıştır. Toplamda 18 adet soru bulunmaktadır. Orijinal ölçekte olduğu gibi 2 alt boyuttan oluşmaktadır, İlk 6 sorudan oluşan A Kısmı, dikkat eksikliği belirtilerini değerlendirirken, kalan 12 sorudan oluşan B Kısmı, hiperaktivite-dürtüsellik belirtilerini değerlendirir. Ölçeğin genel iç tutarlılık değeri cronbach alfa yöntemi ile 0,87 olarak hesaplanmıştır. Alt boyutlarından "Dikkat Eksikliği" 0.79, "Hiperaktivite/ Dürtüsellik" ise 0,82 olarak hesaplanmıştır. Soruların yeterlilik değeri hesaplamasında hiçbir soru 0,50 sınırının altına inmemiştir (Ek-4.).

Bilinçli Farkındalık Ölçeği

Mindful Attention Awareness Scale (BFÖ), bireyin günlük yaşamında dikkatlilik farkındalık düzeyini değerlendirmek için tasarlanmış bir özdeğerlendirme ölçeğidir. Brown ve Ryan tarafından (2003) İngilizce olarak geliştirilmiştir. Ölçek, 15 öğeden oluşur ve dikkatli deneyimlerin sıklığını ve bireyin çeşitli durumlarda dikkatini ve farkındalığını sürdürme yeteneğini değerlendirir. BFÖ'nün belirli alt ölçekleri yoktur; bunun yerine, genel bir farkındalığı yansıtan toplam bir puan sağlar. Katılımcılar her bir öğeyi 1 ile 6 arasında değişen bir Likert ölçeğinde değerlendirir (1=Hemen Hemen Her Zaman, 2=Çoğu Zaman, 3=Bazen, 4=Nadiren, 5=Oldukça Seyrek, 6=Hemen Hemen Hiçbir Zaman) ve daha yüksek puanlar daha fazla farkındalığı gösterir. BFÖ için Cronbach alfa katsayısı 0,80 olarak hesaplanmıştır, iyi iç tutarlılığı gösterir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasını Özyeşil ve arkadaşları (2011) yapmıştır. Herhangi bir soru ekleme veya çıkartılması yapılmayan Türkçe uyarlamasının Cronbach alfa katsayısı 0,83 olarak hesaplanmıştır (Ek-5.).

Veri Analizi

Çalışmada, toplanan verilerin analiz edilmesinde Sosyal Bilimler için İstatistik Veri Analizi (SPSS) 26.0 paket program kullanılmıştır.

Katılımcıların ASRS ve BFÖ ölçeklerine verdikleri yanıtların ilk önce Cronbach alfa iç tutarlılıkları hesaplanmıştır. ASRS ölçeği için genel Cronbach alfa iç tutarlılığı 0,87 olarak, A Kısmı için 0,79, B Kısmı için 0,82 ve BFÖ için Cronbach alfa iç tutarlılığı 0,83 olarak hesaplanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1.

ASRS ve MAAS Ölçeklerinin İç Tutarlılıkları

	Cronbach alfa	p
ASRS	0,87	<0,001*
ASRS A Kısmı	0,79	<0,001*
ASRS B Kısmı	0,82	<0,001*
MAAS	0,83	<0,001*

(ASRS A Kısmı=ASRS Dikkat Eksikliği Bölümü, ASRS B Kısmı=ASRS Hiperaktivite/Dürtüsellik Bölümü, *p < 0,05)

Tablo 2.
Ölçeklere İlişkin Normallik Testleri

	İst.	Shapiro-Wilk sd	p
MAAS Ölçeği	.990	232	.000
ASRS A Bölümü	.976	232	.000
ASRS B Bölümü	.981	232	.003
ASRS Ölçeği	.984	232	.011

Katılımcılara ait verilerin normal dağılım göstermesinden dolayı araştırmada parametrik olmayan testler kullanılmıştır (Tablo 2).

Bu bağlamda katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre ASRS ve MAAS Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasında t-testi, ANOVA testleri, korelasyon testleri ve gerekli durumlarda post-hoc Tukey testi uygulanmıştır. Katılımcıların ASRS ve MAAS Ölçeği puanları arasındaki korelasyonlar Pearson testi ile ölçek puanlarının birbirini yordama durumu regresyon modelleriyle test edilmiştir.

Tablo 2.

Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş Grubu		
18-26 yaş	73	31,5
27-35 yaş	47	20,2
36-44 yaş	34	14,7
45-53 yaş	52	22,4
54 yaş ve üzeri	26	11,2
Cinsiyet		
Kadın	146	62,9
Erkek	86	37,1
Eğitim		
Ortaokul veya Altı	2	0,9
Lise	23	9,9
Üniversite	143	61,6
Yüksek Lisans	44	19

Doktora veya Yukarısı	20	8,6
Sosyo-Ekonomi		
Düşük	6	2,6
Düşük Orta	18	7,8
Orta	122	52,6
Yüksek Orta	75	32,3
Yüksek	11	4,7

Tablo 2’de araştırmada yer alan katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları yer almaktadır.

Tablo 2 incelendiğinde katılımcıların; %31,5’inin 18-26 yaş, %20,2’sinin 27-35 yaş, %14,7’sinin 36-44 yaş, %22,4’ünün 45-53 yaş, %11,2’sinin 54 yaş ve üzeri olduğu, %62,9’unun kadın, %37,1’inin erkek olduğu, katılımcıların eğitim seviyelerinin %0,9’unun ortaokul veya altında, %9,9’unun lise, %61,6’sının üniversite, %19’unun yüksek lisan, %8,6’sının doktora veya yukarısında olduğu, katılımcıların sosyo-ekonomik durumlarının %2,6’sının düşük, %7,8’inin düşük orta, %52,6’sının orta, %32,3’ünün yüksek orta ve %4,7’sinin yüksek olduğu görülmüştür.

Çalışma Planı

Eylül 2023	Problemin Tanımlanması
Ekim 2023	Kuramsal Çerçevenin Oluşturulması
Kasım 2023	Ölçek İzinleri İçin Yazışma ve İzinlerin Alınması- Etik Kurul Başvurusu
Aralık 2023	Etik Kurul İzini Alınması- Veri Toplama Süreci
Şubat 2024	Veri Toplama Sürecinin Tamamlanması- Analiz İşlemleri ve Raporlama Süreci
Nisan 2024	Raporlama Süreci
Haziran 2024	Raporlama Sürecinin Tamamlanması- Jüri Savunması

BÖLÜM IV

Bulgular

Tablo 1.

Katılımcıların ASRS Puanları

	n	\bar{x}	SD	Min	Max
Yetişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Kendine Değerlendirme Ölçeği	232	28,30	9.90	7	60

Tablo 3'te araştırma kapsamına alınmış olan katılımcıların ASRS Ölçeğinden aldıkları puanların ortalama, standart sapma, en düşük ve en yüksek değerleri gösterilmiştir. Tablo 3'te katılımcıların ASRS Ölçeğinden ortalama $28,30 \pm 9,90$ puan, en düşük 7 puan ve en yüksek 60 puan aldıkları tespit edilmiştir.

Tablo 4.

Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine göre Dağılımı ve ASRS puanlarına göre Karşılaştırma Sonuçları

	Katılımcılar		t	F	p
	N	%			
Cinsiyet					
Erkek	86	37,1	-0,71	-	0,38
Kadın	146	62,9			
Eğitim Durumu					
Ortaokul veya altı	2	0,9	-	0,70	0,59
Lise	23	9,9			
Üniversite	143	61,6			
Yüksek Lisans	44	19			
Doktora veya yukarısı	20	8,6			
Sosyo-ekonomik Durum					
Düşük	6	2,6	-	0,89	0,46
Düşük Orta	18	7,8			
Orta	122	52,6			
Yüksek Orta	75	32,3			
Yüksek	11	4,7			
Yaş Grubu					
18-26	73	31,5			
27-35	47	20,2			

36-44	34	14,7	-	8,11	0,000*
45-53	52	22,4			
54+	26	11,2			

*: $p < .05$

Tablo 4'te araştırmada yer alan katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları yer almaktadır. Tablo 4 incelendiğinde katılımcıların; %31,5'inin 18-26 yaş, %20,2'sinin 27-35 yaş, %14,7'sinin 36-44 yaş, %22,4'ünün 45-53 yaş, %11,2'sinin 54 yaş ve üzeri olduğu, %62,9'unun kadın, %37,1'inin erkek olduğu, katılımcıların eğitim seviyelerinin %0,9'unun ortaokul veya altında, %9,9'unun lise, %61,6'sının üniversite, %19'unun yüksek lisan, %8,6'sının doktora veya yukarısında olduğu, katılımcıların sosyo-ekonomik durumlarının %2,6'sının düşük, %7,8'inin düşük orta, %52,6'sının orta, %32,3'ünün yüksek orta ve %4,7'sinin yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 4'e bakıldığında araştırmadaki katılımcıların ASRS Ölçeği puanlarının cinsiyete göre karşılaştırmalarında kullanılan bağımsız örneklem için t testi sonuçları verilmiştir. Tablo 4'te iki grup arasındaki farkın küçük olduğu ($t = -0,71$) ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p > 0,05$) saptanmıştır.

Tablo 4'te araştırmadaki katılımcıların ASRS Ölçeği puanlarının eğitim durumlarına göre karşılaştırmalarında kullanılan örneklem için ANOVA sonuçları verilmiştir. Tablo 4'te gruplar arasındaki farkın küçük olduğu ($F = 0,70$) ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p > 0,05$) saptanmıştır.

Tablo 4'te araştırmadaki katılımcıların ASRS Ölçeği puanlarının sosyo-ekonomik durumlarına göre karşılaştırmalarında kullanılan örneklem için ANOVA sonuçları verilmiştir. Tablo 4'te gruplar arasındaki farkın küçük olduğu ($F = 0,89$) ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p > 0,05$) saptanmıştır.

Tablo 4'te katılımcıların ASRS Ölçeği puanlarının yaşa göre karşılaştırmaları için ANOVA bulgularına yer verilmiştir. Tablodan görüleceği üzere katılımcıların yaşları ile ASRS Ölçeği puanları arasında istatistiki açıdan önemli fark bulunmaktadır ($p < 0,05$). Bu anlamlı farklılık ileri istatistiksel analiz olan post-hoc Tukey testi ile incelenmiş, sonuçlar Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5.
Katılımcıların ASRS Puanlarının Yaşa Göre Gruplararası Karşılaştırma Sonuçları

Yaş Grubu	Karşılaştırılan Yaş Grubu	p
18-26	27-35	0,964
	36-44	0,019*
	45-53	0,008*
	54+	0,002*
27-35	18-26	0,964
	36-44	0,007*
	45-53	0,003*
	54+	0,001*
36-44	18-26	0,019*
	27-35	0,007*
	45-53	1,000
	54+	0,909
45-53	18-26	0,008*
	27-35	0,003*
	36-44	1,000
	54+	0,830
54+	18-26	0,002*
	27-35	0,001*
	36-44	0,909
	45-53	0,830

*: $p < 0,05$

Tablo 5 incelendiğinde, post-hoc Tukey testi sonuçlarına göre, 18-26 yaş grubunun toplam ASRS puanlarının 27-35 yaş grubu hariç diğer yaş gruplarıyla arasında anlamlı bir farklılık bulunduğu benzer şekilde 27-35 yaş grubunun toplam ASRS puanlarının 18-26 yaş grubu hariç diğer yaş gruplarıyla arasında anlamlı bir farklılık bulunduğu saptanmıştır. 36-44, 45-53 ve 54+ yaş grupları arasında toplam ASRS puanları yönünden anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir.

Tablo 6.

Katılımcıların MAAS Puanları

	n	\bar{x}	SD	Min	Max
Bilinçli Farkındalık Ölçeği	232	49,62	10,32	22	80

Tablo 6’da araştırma kapsamına alınmış olan katılımcıların BFÖ’den aldıkları puanların ortalama, standart sapma, en düşük ve en yüksek değerleri gösterilmiştir. Tablo 6’da katılımcıların BFÖ’den ortalama $49,62 \pm 10,32$ puan, en düşük 22 puan ve en yüksek 80 puan aldıkları tespit edilmiştir.

Tablo 7.

Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine göre Dağılımı ve MAAS puanlarına göre Karşılaştırma Sonuçları

	Katılımcılar		t	F	p
	N	%			
Cinsiyet					
Erkek	86	37,1	0,90	-	0,38
Kadın	146	62,9			
Eğitim Durumu					
Ortaokul veya altı	2	0,9	-	0,39	0,81
Lise	23	9,9			
Üniversite	143	61,6			
Yüksek Lisans	44	19			
Doktora veya yukarısı	20	8,6			
Sosyo-ekonomik Durum					
Düşük	6	2,6	-	0,54	0,70
Düşük Orta	18	7,8			
Orta	122	52,6			

Yüksek Orta	75	32,3			
Yüksek	11	4,7			
Yaş Grubu					
18-26	73	31,5			
27-35	47	20,2			
36-44	34	14,7	-	2,49	0,04*
45-53	52	22,4			
54+	26	11,2			
*: $p < .05$					

Tablo 7’de araştırmadaki katılımcıların MAAS Ölçeği puanlarının cinsiyete göre karşılaştırmalarında kullanılan bağımsız örneklemler için t testi sonuçları verilmiştir. Tablo 7’de iki grup arasındaki farkın küçük olduğu (t = 0,90) ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı (p > 0,05) saptanmıştır.

Tablo 7’de araştırmadaki katılımcıların MAAS Ölçeği puanlarının eğitim durumlarına göre karşılaştırmalarında kullanılan örneklemler için ANOVA sonuçları verilmiştir. Tablo 7’de gruplar arasındaki farkın küçük olduğu (F = 0,39) ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı (p > 0,81) saptanmıştır.

Tablo 7’de araştırmadaki katılımcıların MAAS Ölçeği puanlarının sosyo-ekonomik durumlarına göre karşılaştırmalarında kullanılan örneklemler için ANOVA sonuçları verilmiştir. Tablo 7’de gruplar arasındaki farkın küçük olduğu (F = 0,54) ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı (p > 0,70) saptanmıştır.

Tablo 7’de katılımcıların MAAS Ölçeği puanlarının yaşa göre karşılaştırmaları için ANOVA bulgularına yer verilmiştir. Tabloya göre katılımcıların yaş gruplarıyla MAAS Ölçeği puanlarının arasında istatistiki açıdan önemli fark bulunmuştur (p < 0,04). Bu anlamlı farklılık ileri istatikselsel analiz olan post-hoc Tukey testi ile incelenmiş, sonuçlar Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 8.

Katılımcıların MAAS Puanlarının Yaşa Göre Gruplararası Karşılaştırma Sonuçları

Yaş Grubu	Karşılaştırılan Yaş Grubu	P
	27-35	1,000
18-26	36-44	0,046*
	45-53	0,620
	54+	0,291

	18-26	1,000
27-35	36-44	0,145
	45-53	0,699
	54+	0,353
	18-26	0,046*
36-44	27-35	0,145
	45-53	0,760
	54+	0,999
	18-26	0,620
45-53	27-35	0,699
	36-44	0,760
	54+	0,932
	18-26	0,291
54+	27-35	0,353
	36-44	0,999
	45-53	0,932

*: $p < 0,05$

Tablo 8 incelendiğinde, post-hoc Tukey testi sonuçlarına göre, gruplararası 18-26 yaş grubunun toplam MAAS puanlarıyla 36-44 yaş grubunun toplam MAAS puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 2

Katılımcıların ASRS Ölçeği ve MAAS Ölçeği Puanları Arasındaki Korelasyonlar

		MAAS	ASRS A Kısmı	ASRS B Kısmı	ASRS
MAAS	r	1	-0,462**	-0,600**	-0,611**
	p	.	0,000*	0,000*	0,000*
	r	-0,462**	1	0,579**	0,828**

ASRS A Kısmı	p	0,000*	.	0,000*	0,000*
ASRS B Kısmı	r	-0,600**	0,579**	1	0,937**
	p	0,000*	0,000*	.	0,000*
ASRS	r	-0,611**	0,828**	0,937**	1
	p	0,000*	0,000*	0,000*	.

ASRS A Kısmı = ASRS Dikkat Eksikliği Bölümü, ASRS B Kısmı = ASRS Hiperaktivite/Dürtüsellik Bölümü

*: $p < 0,05$

** : pozitif veya negatif yönde yüksek ilişki ($0.7 < r < 1$ veya $-1 < r < -0.5$)

Tablo 9’da ASRS Ölçeği, ASRS dikkat eksikliği bölümü (ASRS A), ASRS hiperaktivite/dürtüsellik bölümü (ASRS B) ve MAAS Ölçeği puanları arasındaki korelasyonlar verilmiştir. Tabloya göre MAAS Ölçeği toplam puanlarıyla ASRS Ölçeği, ASRS A kısmı ve ASRS B kısmı arasında oldukça güçlü ve negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. ASRS A kısmıyla ASRS B kısmı ve ASRS ölçeği puanları arasında istatistiki olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki bulunmaktadır. ASRS B kısmıyla ASRS A kısmı ve ASRS Ölçeği arasında da oldukça anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır.

Tablo 10.

Katılımcıların MAAS Ölçek Puanlarının ASRS Ölçek Puanlarını Yordama Durumu

	Std. Olm	Std.			F	R²
	B	S.H.	Beta	t	p	AdjR²
(Sabit)	19,042	0,024		-7,890	0,000	0,213
MAAS Ölçeği	-0,190	1,220	-0,462	15,606	0,000*	0,210
(Sabit)	27,196	4,723		5,758	0,000*	
ASRS A Bölümü	-0,190	0,024	-0,473	-7,890	0,000*	0,577
ASRS B Bölümü	-0,396	0,035	-0,600	-11,365	0,000*	0,600

*: $p < 0,05$

Tablo 10’da katılımcıların MAAS Ölçeği puanlarının ASRS Ölçek puanlarını yordama durumuna ait çok değişkenli regresyon analizi sonuçları verilmiştir. Tabloya göre katılımcıların MAAS Ölçeği genelinden aldıkları puanların ASRS ölçek puanlarını istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü olarak yordadığı görülmüştür ($\beta = -0,462$; $p < 0,05$).

Ayrıca katılımcıların ASRS Ölçeğinde bulunan ASRS A bölümü ($\beta = -0,473$; $p < 0,05$) ve ASRS B bölümünden ($\beta = -0,600$; $p < 0,05$) aldıkları puanların ASRS Ölçeği puanlarının istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü olarak yordayıcısı olduğu tespit edilmiştir.

BÖLÜM V

Tartışma

Bu araştırmada erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile bilinçli farkındalık düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Elde edilen sonuçlar ile literatürdeki benzer çalışmaların sonuçları karşılaştırılmıştır.

Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendini Bildirim Ölçeği için genel iç tutarlılık oranı yüksek olarak hesaplanmıştır; bu değer, ölçeğin genel güvenilirliğinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ayrıca, ölçeğin A Kısmı (Dikkat Eksikliği Bölümü) ve B Kısmı (Hiperaktivite/Dürtüsellik Bölümü) için de iç tutarlılık oranları yüksek olarak hesaplanmıştır. Bu sonuçlar da Adler ve arkadaşlarının (2006) ölçeği geliştirdikten sonra elde ettikleri sonuçlarla yakındır. Bilinçli Farkındalık Ölçeği için genel iç tutarlılık oranı yüksek olarak belirlenmiştir. Özyeşil ve arkadaşlarının (2011) uyarılma çalışmalarında elde ettikleri iç tutarlılık katsayısına oldukça yakındır. Bu sonuçlar, her iki ölçeğin de yüksek derecede tutarlı ve güvenilir olduğunu ortaya koymaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin yaş gruplarına dağılımını incelendiğinde, en yüksek katılımın 18-26 yaş grubundan, en düşük katılımın ise 54 yaş ve üzeri grubundan olduğu görölmektedir. Cinsiyet dağılımında kadın katılımcıların çoğunluğu oluşturduğu tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi açasından bakıldığında, katılımcıların büyük bir kısmının üniversite mezunu olduğu anlaşılmaktadır. Sosyo-ekonomik durum dağılımında ise, katılımcıların çoğunluğunun orta sosyo-ekonomik düzeyde olduğu, bunun hemen ardından yüksek orta düzeyin izlediği görölmektedir. Bu durum, araştırmada elde edilen verilerin genellenebilirliğini ve güvenilirliğini artırmaktadır. Sonuç olarak, katılımcıların geniş bir demografik yelpazeden seğilmesi, araştırmanın bulgularının daha geniş bir popölasyona uygulanabilirliğini desteklemektedir.

Katılımcıların demografik yapılarından yaş ile Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendini Bildirim Ölçeği anlamlı bir farklılık gözlemlenmiştir. Buna göre kişide DEHB semptomlarının daha az gözlemlenmesi kişinin yaşının artmasıyla bağlantılıdır. Özellikle genç yetişkinlerin DEHB semptomlarıyla orta ve ileri yaş yetişkinlerin DEHB semptomlarını karşılaştırdığımızda genç yetişkinlerde daha çok semptom gözlemlenmektedir. Gözlemlenen bu sonuçlar alanda yapılan çalışmalara benzerlik taşımaktadır. Rob ve arkadaşları (2016) yaptıkları çalışmada; DEHB belirtilerinin, özellikle hiperaktivite ve dürtüselliliğin, yaş ilerledikçe azalmakta ve bu azalma ile birlikte DEHB belirtilerinin

ergenlikten yetişkinliğe kadar devam etme olasılığının, çocukluktan ergenliğe kadar devam etme olasılığından daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir. Vos ve Hartman'ın (2022) araştırmalarında buldukları üzere, hem semptomatik hem de sürekli DEHB'nin yetişkin ömrü boyunca yaygınlığı azalmaktadır. Bu azalma, sürekli DEHB'de daha belirgindir ve özellikle çocukluktan itibaren tam teşhis kriterlerini karşılayan DEHB semptomlarının bireyler yaşlandıkça daha az yaygın hale geldiğini öne sürmektedir. Bulguları, yetişkinler yaşlandıkça sadece DEHB semptomlarının genel olarak azalmakla kalmayıp, aynı zamanda semptomları yaşam boyu kriterlerini sürekli olarak karşılayanların oranının daha da önemli ölçüde azaldığını vurgulamaktadır. Katılımcıların demografik yapılarından cinsiyet ile Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktifite Bozukluğu Kendini Bildirim Ölçeği anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir, sonuçlar literatürde yapılan araştırmalarla benzerlik göstermektedir. Gómez-Benito ve arkadaşlarının (2019) 902 genç yetişkinle ilgili yaptığı kültürler arası çalışmanın sonuçlarına göre cinsiyet ile DEHB arasında anlamlı bir bağlantı tespit edilmemiştir. Katılımcıların demografik yapılarından eğitim durumu ile Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktifite Bozukluğu Kendini Bildirim Ölçeği anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir. Bu sonuç, eğitim seviyesinin yetişkinlerdeki DEHB semptomları üzerinde önemli bir etkiye sahip olmadığını vurgulamaktadır. Bu bulgular literatürdeki bazı çalışmalar ile çelişmektedir. Ceroni ve arkadaşlarının (2022) yaptığı çalışma, DEHB'li yetişkinlerde daha yüksek eğitim seviyelerinin, dikkat ve yürütücü işlevleri ölçen testlerde eğitim seviyesi düşük olanlara göre daha iyi performans sergiledikleri gözlemlenmiştir. Aynı zamanda daha yüksek eğitim düzeyine sahip bireyler, planlama konusunda daha fazla dürtüsellik bildirmişlerdir, bu da eğitimin ve DEHB semptomları arasındaki ilişkinin karmaşık doğasını göstermektedir. de Zeeuw ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada DEHB semptomları ile eğitim başarısı arasında negatif bir korelasyon bulmuşlardır. Yaptıkları çalışmada daha fazla DEHB semptomu gösteren çocukların eğitim başarıları genellikle daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir. Bu da eğitim başarılarının olumsuz olmasının ileriki yaşantılarına yansiyebileceğini göstermektedir. Bu alanda yapılacak daha detaylı araştırmalar eğitim ve DEHB arasındaki bağlantının daha net anlaşılmasını sağlayacaktır. Son olarak katılımcıların demografik yapılarından ekonomik durumu ile Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktifite Bozukluğu Kendini Bildirim Ölçeği anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir. Bu sonuç, sosyo-ekonomik durumun yetişkinlerde DEHB semptomları üzerinde belirleyici bir etki yapmadığını göstermektedir. Yapılan çalışmalara göre sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan grupların sosyoekonomik düzeyi düşük olmayan gruplara göre DEHB semptomlarının daha fazla olduğu gözlemlenmiştir (Machlin

vd., 2020 ; Michaëlsson 2022). Ancak Russell ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada sosyo-ekonomik faktörlerin bireylerin sağlık hizmetlerine erişimi ve tedaviye uyumu gibi dolaylı yollarla DEHB yönetimi üzerinde etkili olabileceğini öne sürmektedir. Bu da düşük sosyo-ekonomik seviyedeki kişilerin bu tespit ve tedavi yöntemlerine ulaşamayıp DEHB semptomlarının artmasına sebep olabilir. Sosyo-ekonomik durumun DEHB üzerindeki etkisini araştırmak için eşit dağıtılmış bir örneklem ile daha detaylı bir araştırma yapılması gerekmektedir.

Katılımcıların demografik yapılarından yaş ile Bilinçli Farkındalık Ölçeği anlamlı farklılık göstermektedir. Bu bulgular, orta yaş grubunun bilinçli farkındalık düzeylerinin diğer gruplardan farklılaştığını ve özellikle genç yetişkinlere göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bulgular literatürde yapılmış benzer çalışmalarla da uyumludur. Mahlo ve Windsor (2021) yaptıkları araştırmada; Yaşın artmasını, yaşlı yetişkinlerin genellikle farkındalık niteliklerini daha yüksek seviyelerde sergilemesi sebebiyle Bilinçli Farkındalık üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu gösterilmiştir. Çalışma, bireyler yaşlandıkça, Bilinçli Farkındalık bileşenleri ile iyi oluş arasındaki ilişkilerin güçlendiğini öne sürmektedir. Bu bulgular, yaşlanma ile ilişkili zorluklarla başa çıkmalarına yardımcı olmak amacıyla yaşlı yetişkinlere yönelik Bilinçli Farkındalık müdahalelerinin potansiyel faydalarını vurgulamaktadır. Boekel ve Hsieh (2018), yaptıkları çalışmada, özellik olarak Bilinçli Farkındalığın yaşla birlikte artma eğiliminde olduğunu buldu ve yaş ile Bilinçli Farkındalık seviyeleri arasında pozitif bir korelasyon olduğunu gösterdi. Katılımcıların demografik yapılarından cinsiyet ile Bilinçli Farkındalık Ölçeği anlamlı farklılık gözlemlenmemiştir. Bu bulgular Bilinçli Farkındalık Ölçeği puanlarının cinsiyete bağlı olarak değişmediğini ve Bilinçli Farkındalık uygulamalarının her iki cinsiyet için de benzer faydalar sağlayabileceğini ortaya koymaktadır. Literatürde benzer sonuçlar elde eden çalışmalar mevcuttur. Yapılan çalışmalarda, cinsiyetler arasında Bilinçli Farkındalık düzeyleri açısından anlamlı bir fark bulunmadığını rapor etmiştir (Heath, vd., 2016 ; Shorey, vd., 2015). Katılımcıların demografik yapılarından eğitim durumu ile Bilinçli Farkındalık Ölçeği anlamlı farklılık gözlemlenmemiştir. Bu sonuçlar, Bilinçli Farkındalık düzeylerinin eğitim seviyesinden bağımsız olarak benzer olabileceğini işaret eder ve Bilinçli Farkındalık uygulamalarının eğitim düzeyine özgü olmadığını gösterir. Literatürde farklı bulgulara ulaşan çalışmalar bulunmaktadır. Zhu ve arkadaşlarının (2020) 1727 yetişkinle yaptığı çalışmada yüksek eğitim seviyelerinin daha yüksek Bilinçli Farkındalık seviyeleri ile bağdaştığı kanısına varmışlardır.

Yapılan araştırmada anlamlı bir fark bulunamamasının sebebi kısıtlı örneklem ya da örneklem içerisindeki kişilerin eğitim seviyelerinin eşit dağılmaması gibi konulardan kaynaklanıyor olabilir. Bu bağlamda gelecekte yapılacak çalışmalar bunlar dikkate alınarak yapılabilir. Katılımcıların demografik yapılarından ekonomik durum ile Bilinçli Farkındalık leği anlamlı farklılık gözlemlenmemiştir. Bu sonuçlar, Bilinçli Farkındalık düzeylerinin sosyo-ekonomik durumdan bağımsız olarak benzer olabileceğini işaret eder ve Bilinçli Farkındalık pratiklerinin her sosyo-ekonomik gruptan bireyler için eşit derecede etkili olabileceğini gösterir. Bautista ve arkadaşlarının (2022) yaptığı çalışmaya göre düşük gelirli kişilerin sınırlı kaynağa sahip olmaları ve sağlık imkanlarına sınırlı erişebilmeleri Bilinçli Farkındalık pratikleri ve rutinleri geliştirebilmeleri bakımından dezavantajlıdırlar. Ancak doğru müdahalelerle düşük gelirli kişiler de Bilinçli Farkındalığın faydalarından yararlanabilirler.

Araştırmada elde edilen diğer bulgulara göre Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktifite Bozukluğu Kendini Bildirim leği'nin dikkat eksikliği kısmı ile Bilinçli Farkındalık leği puanları arasında negatif yönde anlamlı bir korelasyon bulunmaktadır. Benzer şekilde, ölçeğin hiperaktivite kısmı ile Bilinçli Farkındalık leği puanları arasında da negatif yönde anlamlı bir korelasyon bulunmuştur. Bu sonuçlar, dikkat eksikliği ve hiperaktivite belirtilerinin artmasının bilinçli farkındalık düzeyinin azalması ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca Bilinçli Farkındalık leğinden alınan puanlar Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktifite Bozukluğu Kendini Bildirim leği genelinde anlamlı ve negatif bir yordama göstermektedir. Bu bulgu, bilinçli farkındalığın artmasıyla birlikte dikkat eksikliği ve hiperaktivite belirtilerinin azalabileceğini ortaya koymaktadır. Ek olarak ölçeğin dikkat eksikliği kısmı ve hiperaktivite kısmında benzer şekilde anlamlı ve negatif yordayıcı etkiler tespit edilmiştir. Bu sonuçlar, bilinçli farkındalığın hem dikkat eksikliği hem de hiperaktivite belirtileri üzerinde önemli bir azaltıcı etkiye sahip olabileceğini göstermektedir. Literatürde elde edilen bulguları destekleyen çalışmalar bulunmaktadır.. Mitchell ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada farkındalık müdahalelerinin, DEHB semptomlarında, yönetici işlevlerde ve duygu düzensizliğinde önemli iyileşmelere yol açabileceğini göstermektedir. Dikkat düzenleme ve duygu düzenleme süreçlerini geliştirerek, Bilinçli Farkındalık pratikleri, DEHB ile ilişkili temel semptomların hafifletilmesi için potansiyel bir mekanizma sunmaktadır. Bulgular, farkındalık temelli müdahalelerin, DEHB tanısı almış yetişkinlerin tedavisinde faydalı bir yaklaşım olabileceğini ve farkındalığın, DEHB semptomatolojisinin çeşitli yönlerini iyileştirme potansiyelini vurgulamaktadır. Mitchell ve arkadaşlarının (2015) yaptığı bir diğer çalışmaya göre ise Bilinçli

Farkındalık eğitiminin, DEHB'li bireylerin çatışmaları tespit etme ve yönetme yeteneklerini geliştirmelerine, öz düzenlemeyi artırmalarına ve bozuklukla ilişkili negatif otomatik düşünceleri azaltmalarına yardımcı olabileceğini öne sürmektedir. Cairncross ve Miller (2016), yaptıkları çalışmada, bilinçli farkındalık temelli bir programın DEHB'li yetişkinlerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite belirtilerini azalttığını ve genel yaşam kalitesini iyileştirdiğini göstermiştir.

Bu sonuçlar, Bilinçli Farkındalığın bireylerin dikkat ve dürtü kontrolü gibi fonksiyonlarını iyileştirmedeki potansiyelini göstermekte olup, farkındalık temelli terapilerin geniş yaş aralığındaki bireyler için adaptasyonunun ve uygulanmasının önemini vurgulamaktadır. Bu ilişkilerin daha derinlemesine anlaşılması, hem teorik açıdan hem de pratik uygulamalar açısından önemli katkılar sağlayabilir.

BÖLÜM VI

Sonuç ve Öneriler

Sonuçlar

Araştırmamızda katılımcıların Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktifite Bozukluğu Kendini Bildirim Ölçeği puanları ile yaşları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sonuçlar, yaş arttıkça ölçeğin puanlarının düştüğünü, yani DEHB semptomlarının azaldığını göstermektedir. Araştırmada ASRS puanları ile diğer sosyo-demografik bilgiler (cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyo-ekonomik durum) arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Bilinçli Farkındalık Ölçeği puanları ile yaş arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Bulgular, yaş arttıkça bilinçli farkındalık seviyelerinin arttığını göstermektedir. Bilinçli Farkındalık Ölçeği puanları ile diğer sosyo-demografik bilgiler arasında da anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktifite Bozukluğu Kendini Bildirim Ölçeği ve Bilinçli Farkındalık Ölçeği puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. DEHB semptomları arttıkça bilinçli farkındalık seviyelerinin düştüğü, ya da bilinçli farkındalık seviyeleri arttıkça DEHB semptomlarının azaldığı gözlemlenmiştir. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktifite Bozukluğu Kendini Bildirim Ölçeği'nin alt ölçeklerinden dikkat eksikliği kısmı ve hiperaktivite kısmı ile de Bilinçli Farkındalık Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu da bilinçli farkındalığın artmasıyla birlikte dikkat eksikliği ve hiperaktivite belirtilerinin azalabileceğini ortaya koymaktadır.

Öneriler

Araştırmada DEHB'nin bilinçli farkındalığı yordadığı keşfedilmiştir. Bu sonuçlar araştırmacılara, bilinçli farkındalığın DEHB'yi etkileyebileceğini göstererek bu alandaki çalışmaların artması için bir fırsat sunmaktadır. Bu alanda daha fazla araştırma yaparak DEHB ile bilinçli farkındalığın ilişkileri daha detaylı incelenebilir, ikisini de etkileyen yaş faktörü de ele alınıp DEHB tedavisinde yaş guruplarına yönelik özel terapötik müdahaleler geliştirilebilir.

Araştırmada elde edilen Bilinçli farkındalığın artması DEHB semptomlarını azaltıyor sonucu, klinisyenlerin DEHB'li bireylerle yaptıkları terapilerde bilinçli farkındalık metotlarından

yararlanmaları, kişinin bilinçli farkındalığını arttıracak çözümler bulmaları DEHB'li kişinin semptomlarını azaltabilir.

Araştırmada elde edilen Bilinçli farkındalığın artması DEHB semptomlarını azaltıyor sonucu, devletin kamuya bilinçli farkındalığı arttıracak uygulamalar yapmasına fırsat tanınması kamunun yararına olabilir. Bu uygulamalar devlet hastaneleri, iş yerleri, kamusal alanlar gibi yerlerde yapılabilir. Ayrıca devletin imkanları kullanılarak yapılan araştırmanın çapı büyütülebilir, böylece araştırmanın sınırlılıkları aşılabılır.

Bu tez çalışması Türkiye Cumhuriyeti'nde yaşayan 18-65 yaş arası Türkçe konuşan 232 kişi ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmada elde edilen sonuçların güvenilirliğinin artırılması adına daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Bu nedenle araştırmanın daha geniş ve farklı örnekleme üzerinde tekrarlanması önerilebilir.

Kaynakça

- Abdelnour, E., Jansen, M. O., & Gold, J. A. (2022). ADHD Diagnostic Trends: Increased Recognition or Overdiagnosis?. *Missouri Medicine*, 119(5), 467–473.
- Adler, L. A., Spencer, T., Faraone, S. V., Kessler, R. C., Howes, M. J., Biederman, J., & Secnik, K. (2006). Validity of Pilot Adult ADHD Self- Report Scale (ASRS) to Rate Adult ADHD Symptoms. *Annals of Clinical Psychiatry*, 18(3), 145–148.
- Asherson, P., Ramos-Quiroga, J. A., & Young, S. (2018). Adult ADHD clinical presentation and assessment. *Oxford Textbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, 179-189.
- American Psychiatric Association. (1968). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (2nd ed.). *American Psychiatric Association*.
- American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.). *American Psychiatric Association*.
- American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed., rev.). *American Psychiatric Association*.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). *American Psychiatric Association*.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). *American Psychiatric Association*.
- American Psychological Association. (2018, April 19). Apa Dictionary of Psychology. *American Psychological Association*. <https://dictionary.apa.org/attention-deficithyperactivity-disorder>
- Bandelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 327–335.
- Bautista, T., A Cash, T., Meyerhoefer, T., & Pipe, T. (2022). Equitable Mindfulness: The practice of mindfulness for all. *Journal of Community Psychology*, 50(7), 3141–3155.
- Bekman, M. (2022). Halkla ilişkiler uygulamalarında nicel araştırma yöntemi: ilişkiel tarama modeli. *Meriç Uluslararası Sosyal ve Stratejik Araştırmalar Dergisi*, 6(16), 238-258.

- Boekel, W., & Hsieh, S. (2018). Cross-sectional white matter microstructure differences in age and trait mindfulness. *PloS one*, 13(10), e0205718.
- Cairncross, M., & Miller, C. J. (2020). The effectiveness of mindfulness-based therapies for ADHD: A meta-analytic review. *Journal of Attention Disorders*, 24(5), 627-643.
- Chimiklis, A. L., Dahl, V., Spears, A. P., Goss, K., Fogarty, K., & Chacko, A. (2018). Yoga, mindfulness, and meditation interventions for youth with ADHD: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Child and Family Studies*, 27, 3155-3168.
- Chronis, A. M., Lahey, B. B., Pelham, W. E., Jr, Williams, S. H., Baumann, B. L., Kipp, H., Jones, H. A., & Rathouz, P. J. (2007). Maternal depression and early positive parenting predict future conduct problems in young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Developmental Psychology*, 43(1), 70–82.
- Chronis-Tuscano, A., Molina, B. S., Pelham, W. E., Applegate, B., Dahlke, A., Overmyer, M., & Lahey, B. B. (2010). Very early predictors of adolescent depression and suicide attempts in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 67(10), 1044–1051.
- Ceroni, M., Rossi, S., Zerboni, G., Biglia, E., Soldini, E., Izzo, A., Morellini, L., & Sacco, L. (2022). Attentive-executive functioning and compensatory strategies in adult ADHD: A retrospective case series study. *Frontiers in Psychology*, 13, 1015102.
- Connolly, J. J., Glessner, J. T., Elia, J., & Hakonarson, H. (2015). ADHD & Pharmacotherapy: Past, Present and Future: A Review of the Changing Landscape of Drug Therapy for Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Therapeutic Innovation & Regulatory Science*, 49(5), 632–642.
- Cortese, S., Adamo, N., Del Giovane, C., Mohr-Jensen, C., Hayes, A. J., Carucci, S., Atkinson, L. Z., Tessari, L., Banaschewski, T., Coghill, D., Hollis, C., Simonoff, E., Zuddas, A., Barbui, C., Purgato, M., Steinhausen, H. C., Shokraneh, F., Xia, J., & Cipriani, A. (2018). Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 5(9), 727–738.

- Cortese, S., Kelly, C., Chabernaud, C., Proal, E., Di Martino, A., Milham, M. P., & Castellanos, F. X. (2012). Toward systems neuroscience of ADHD: a meta-analysis of 55 fMRI studies. *The American Journal of Psychiatry*, 169(10), 1038–1055.
- Cramer, H., Haller, H., Lauche, R., & Dobos, G. (2012). Mindfulness-based stress reduction for low back pain. A systematic review. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 12, 1-8.
- Creswell J. D. (2017). Mindfulness Interventions. *Annual Review of Psychology*, 68, 491–516.
- Çelik, F. H., & Hocaoğlu, Ç. (2016). Major depresif bozukluk'tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6(1), 51-66.
- Daley, D., van der Oord, S., Ferrin, M., Danckaerts, M., Doepfner, M., Cortese, S., Sonuga-Barke, E. J., & European ADHD Guidelines Group (2014). Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(8), 835–847.e8475.
- Davies W. (2014). Sex differences in Attention Deficit Hyperactivity Disorder: candidate genetic and endocrine mechanisms. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 35(3), 331–346.
- Demontis, D., Walters, R. K., Martin, J., Mattheisen, M., Als, T. D., Agerbo, E., Baldursson, G., Belliveau, R., Bybjerg-Grauholm, J., Bækvad-Hansen, M., Cerrato, F., Chambert, K., Churchhouse, C., Dumont, A., Eriksson, N., Gandal, M., Goldstein, J. I., Grasby, K. L., Grove, J., Gudmundsson, O. O., ... Neale, B. M. (2019). Discovery of the first genome-wide significant risk loci for attention deficit/hyperactivity disorder. *Nature Genetics*, 51(1), 63–75.
- Derbyshire, E., & Maes, M. (2023). The role of choline in neurodevelopmental disorders—a narrative review focusing on ASC, ADHD and dyslexia. *Nutrients*, 15(13), 2876.
- Doğan, S., Öncü, B., Varol Saraçoğlu, G. ve Küçükgöncü, S. (2009). Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1. 1): Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10, 77-87.

- Edel, M.-A., Hölter, T., Wassink, K., & Juckel, G. (2017). A Comparison of Mindfulness-Based Group Training and Skills Group Training in Adults With ADHD: An Open Study. *Journal of Attention Disorders*, 21(6), 533-539.
- Faraone, S. V., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J. K., Ramos-Quiroga, J. A., Rohde, L. A., Sonuga-Barke, E. J., Tannock, R., & Franke, B. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews. Disease Primers*, 1, 15020.
- Faraone, S. V., & Mick, E. (2010). Molecular genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 33(1), 159–180.
- Fields, S. A., Johnson, W. M., & Hassig, M. B. (2017). Adult ADHD: Addressing a unique set of challenges. *J Fam Pract*, 66(2), 68-74.
- Finucane, A., & Mercer, S. (2006). An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of mindfulness -based cognitive therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. *BMC Psychiatry*, 6, 14 - 14.
- Franke, B., Michelini, G., Asherson, P., Banaschewski, T., Bilbow, A., Buitelaar, J. K., Cormand, B., Faraone, S. V., Ginsberg, Y., Haavik, J., Kuntsi, J., Larsson, H., Lesch, K. P., Ramos-Quiroga, J. A., Réthelyi, J. M., Ribases, M., & Reif, A. (2018). Live fast, die young? A review on the developmental trajectories of ADHD across the lifespan. *European neuropsychopharmacology : The Journal of The European College of Neuropsychopharmacology*, 28(10), 1059–1088.
- Ghahari, S., Mohammadi-Hasel, K., Malakouti, S. K., & Roshanpajouh, M. (2020). Mindfulness-based cognitive therapy for generalised anxiety disorder: a systematic review and meta-analysis. *East Asian Archives of Psychiatry*, 30(2), 52-56.
- Gizer, I. R., Ficks, C., & Waldman, I. D. (2009). Candidate gene studies of ADHD: a meta-analytic review. *Human Genetics*, 126(1), 51–90.
- Gnanavel, S., Sharma, P., Kaushal, P., & Hussain, S. (2019). Attention deficit hyperactivity disorder and comorbidity: A review of literature. *World Journal of Clinical Cases*, 7(17), 2420–2426.

- Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Wampold, B. E., Kearney, D. J., & Simpson, T. L. (2018). Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 59*, 52–60.
- Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion, 10*(1), 83–91.
- Gökçek, V. U., & Bilican, F. I. (2022). Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu için diyalektik davranış terapisi: Bir narativ derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 14*(3), 383-399.
- Grande, I., Berk, M., Birmaher, B., & Vieta, E. (2016). Bipolar disorder. *Lancet, 387*(10027), 1561–1572.
- Greeson, J. M., Smoski, M. J., Suarez, E. C., Brantley, J. G., Ekblad, A. G., Lynch, T. R., & Wolever, R. Q. (2015). Decreased symptoms of depression after mindfulness-based stress reduction: potential moderating effects of religiosity, spirituality, trait mindfulness, sex, and age. *Journal of Alternative and Complementary Medicine, 21*(3), 166–174.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research, 57*(1), 35–43.
- Gu, J., Strauss, C., Bond, R., & Cavanagh, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical Psychology Review, 37*, 1–12.
- Heath, N. L., Carsley, D., De Riggi, M. E., Mills, D., & Mettler, J. (2016). The Relationship Between Mindfulness, Depressive Symptoms, and Non-Suicidal Self-Injury Amongst Adolescents. *Archives of suicide research : Official Journal of The International Academy for Suicide Research, 20*(4), 635–649.
- Hinshaw, S. P., Owens, E. B., Zalecki, C., Huggins, S. P., Montenegro-Nevado, A. J., Schrodek, E., & Swanson, E. N. (2012). Prospective follow-up of girls with attention-deficit/hyperactivity disorder into early adulthood: continuing impairment includes

- elevated risk for suicide attempts and self-injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(6), 1041–1051.
- Hirschtritt, M. E., Lee, P. C., Pauls, D. L., Dion, Y., Grados, M. A., Illmann, C., King, R. A., Sandor, P., McMahon, W. M., Lyon, G. J., Cath, D. C., Kurlan, R., Robertson, M. M., Osiecki, L., Scharf, J. M., Mathews, C. A., & Tourette Syndrome Association International Consortium for Genetics (2015). Lifetime prevalence, age of risk, and genetic relationships of comorbid psychiatric disorders in Tourette syndrome. *JAMA Psychiatry*, 72(4), 325–333.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169.
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective. *Perspectives on psychological science. Journal of The Association for Psychological Science*, 6(6), 537–559.
- Kabat-Zinn J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4(1), 33–47.
- Kabat-Zinn, J. (2015). Mindfulness. *Mindfulness*, 6(6), 1481-1483.
- Kılıç, S. (2013). Örneklem yöntemleri. *Journal of Mood Disorders*, 3(1), 44-6.
- Kuja-Halkola, R., Lichtenstein, P., D'Onofrio, B.M. and Larsson, H. (2015), Codevelopment of ADHD and externalizing behavior from childhood to adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(6), 640–647.
- Lange, K. W., Reichl, S., Lange, K. M., Tucha, L., & Tucha, O. (2010). The history of attention deficit hyperactivity disorder. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 2(4), 241–255.
- Lee, C. S., Ma, M. T., Ho, H. Y., Tsang, K. K., Zheng, Y. Y., & Wu, Z. Y. (2017). The effectiveness of mindfulness-based intervention in attention on individuals with

- ADHD: A systematic review. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 30(1), 33-41.
- López, P., Torrente, F., Ciapponi, A., Lischinsky, A., Cetkovich-Bakmas, M., Rojas, J., Romano, M., & Manes, F. (2018). Cognitive-behavioural interventions for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3).
- Machlin, L., McLaughlin, K. A., & Sheridan, M. A. (2020). Brain structure mediates the association between socioeconomic status and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Developmental Science*, 23(1), e12844.
- Mahlo, L., & Windsor, T. D. (2021). Older and more mindful? Age differences in mindfulness components and well-being. *Aging & Mental Health*, 25(7), 1320–1331.
- Mak, A. D., Lee, S., Sampson, N. A., Albor, Y., Alonso, J., Auerbach, R. P., ... & Kessler, R. C. (2022). ADHD comorbidity structure and impairment: Results of the WHO world mental health surveys international college student project (WMH-ICS). *Journal of Attention Disorders*, 26(8), 1078-1096.
- Marchand, W. R. (2012). Mindfulness-based stress reduction, mindfulness-based cognitive therapy, and Zen meditation for depression, anxiety, pain, and psychological distress. *Journal of Psychiatric Practice*, 18(4), 233-252.
- Matthies, S., & Philipsen, A. (2016). Comorbidity of personality disorders and adult attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)—Review of recent findings. *Current Psychiatry Reports*, 18, 1-7.
- McBride, M., Appling, C., Ferguson, B., Gonzalez, A., Schaeffer, A., Zand, A., ... & Beversdorf, D. (2021). Effects of stimulant medication on divergent and convergent thinking tasks related to creativity in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychopharmacology*, 238, 3533-3541.
- Mehta, T. R., Monegro, A., Nene, Y., Fayyaz, M., & Bollu, P. C. (2019). Neurobiology of ADHD: a review. *Current Developmental Disorders Reports*, 6, 235-240.

- Michaëlsson, M., Yuan, S., Melhus, H., Baron, J. A., Byberg, L., Larsson, S. C., & Michaëlsson, K. (2022). The impact and causal directions for the associations between diagnosis of ADHD, socioeconomic status, and intelligence by use of a bi-directional two-sample Mendelian randomization design. *BMC Medicine*, 20(1), 106.
- Mitchell, J. T., McIntyre, E. M., English, J. S., Dennis, M. F., Beckham, J. C., & Kollins, S. H. (2017). A Pilot Trial of Mindfulness Meditation Training for ADHD in Adulthood: Impact on Core Symptoms, Executive Functioning, and Emotion Dysregulation. *Journal of Attention Disorders*, 21(13), 1105-1120.
- Mitchell, J. T., Zylowska, L., & Kollins, S. H. (2015). Mindfulness Meditation Training for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adulthood: Current Empirical Support, Treatment Overview, and Future Directions. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(2), 172–191.
- Müller, R. A., Shih, P., Keehn, B., Deyoe, J. R., Leyden, K. M., & Shukla, D. K. (2011). Underconnected, but how? A survey of functional connectivity MRI studies in autism spectrum disorders. *Cerebral Cortex*, 21(10), 2233–2243.
- Olendzki, A. (2011). The construction of mindfulness. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 55–70.
- Özyeşil, Z., Arslan, C., Kesici, Ş. ve Deniz, M. E. (2011). Bilinçli Farkındalık Ölçeği'ni Türkçeye uyarlama çalışması. *Eğitim ve Bilim*, 36(160), 224-235.
- Palmer, E. D., & Finger, S. (2001). An early description of ADHD (inattentive subtype): Dr Alexander Crichton and 'Mental Restlessness'(1798). *Child Psychology and Psychiatry Review*, 6(2), 66-73.
- Peterson, R. L., & Pennington, B. F. (2012). Developmental dyslexia. *Lancet*, 379(9830), 1997–2007.
- Pietrzak, R. H., Mollica, C. M., Maruff, P., & Snyder, P. J. (2006). Cognitive effects of immediate-release methylphenidate in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 30(8), 1225-1245.

- Retz, W., Stieglitz, R. D., Corbisiero, S., Retz-Junginger, P., & Rösler, M. (2012). Emotional dysregulation in adult ADHD: what is the empirical evidence? *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12(10), 1241–1251.
- Roshani, F., Piri, R., Malek, A., Michel, T. M., & Vafaei, M. S. (2020). Comparison of cognitive flexibility, appropriate risk-taking and reaction time in individuals with and without adult ADHD. *Psychiatry Research*, 284, 112494.
- Roy, A., Hechtman, L., Arnold, L. E., Sibley, M. H., Molina, B. S., Swanson, J. M., ... & Stern, K. (2016). Childhood factors affecting persistence and desistence of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in adulthood: results from the MTA. *Journal of The American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(11), 937-944.
- Russell, A. E., Ford, T., Williams, R., & Russell, G. (2016). The Association Between Socioeconomic Disadvantage and Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A Systematic Review. *Child Psychiatry and Human Development*, 47(3), 440–458.
- Sayal, K., Prasad, V., Daley, D., Ford, T., & Coghill, D. (2018). ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *The Lancet Psychiatry*, 5(2), 175–186.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. *Guilford Press*.
- Schellekens, A. F., van den Brink, W., Kiefer, F., & Goudriaan, A. E. (2020). Often overlooked and ignored, but do not underestimate its relevance: ADHD in addiction—addiction in ADHD. *European Addiction Research*, 26(4-5), 169-172.
- Shapero, B. G., Greenberg, J., Pedrelli, P., de Jong, M., & Desbordes, G. (2018). Mindfulness-Based Interventions in Psychiatry. *Focus*, 16(1), 32–39.
- Shorey, R. C., Anderson, S., Lookatch, S., Moore, T. M., & Stuart, G. L. (2015). The Relation Between Moment-to-Moment Mindful Attention and Anxiety Among Young Adults in Substance Use Treatment. *Substance Abuse*, 36(3), 374–379.
- Singh, I. (2008). ADHD, culture and education. *Early Child Development and Care*, 178(4), 347–361.

- Smalley, S. L., Loo, S. K., Hale, T. S., Shrestha, A., McGough, J., Flook, L., & Reise, S. (2009). Mindfulness and attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychology, 65*(10), 1087-1098.
- Song, P., Zha, M., Yang, Q., Zhang, Y., Li, X., & Rudan, I. (2021). The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder: A global systematic review and meta-analysis. *Journal of Global Health, 11*.
- Sun, J. (2014). Mindfulness in Context: A Historical Discourse Analysis. *Contemporary Buddhism, 15*(2), 394–415.
- Thapar, A., & Cooper, M. (2016). Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet, 387*(10024), 1240–1250.
- Tick, B., Bolton, P., Happé, F., Rutter, M., & Rijdsdijk, F. (2016). Heritability of autism spectrum disorders: a meta-analysis of twin studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 57*(5), 585–595.
- Thome, J., & Jacobs, K. A. (2004). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in a 19th century children's book. *European Psychiatry, 19*(5), 303–306.
- Vos, M., & Hartman, C. A. (2022). The decreasing prevalence of ADHD across the adult lifespan confirmed. *Journal of Global Health, 12*.
- Yurteri, N. (2021). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Ergenlerde Bilinçli Farkındalık. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 11*(1), 76-81.
- de Zeeuw, E. L., van Beijsterveldt, C. E. M., Ehli, E. A., de Geus, E. J. C., & Boomsma, D. I. (2017). Attention Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms and Low Educational Achievement: Evidence Supporting A Causal Hypothesis. *Behavior Genetics, 47*(3), 278–289.
- Zhu, L., Wang, J., & Schroevers, M. J. (2020). Looking beyond the value of individual facets of mindfulness: A person-centered examination of mindfulness. *Mindfulness, 11*(10), 2349-2359.

Ekler

EK-1. AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Araştırmanın Adı;

“Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Bilinçli Farkındalık Seviyeleriyle İlişkisi”

“Sayın Gönüllü,

Yakın Doğu Üniversitesi Tezli Klinik Psikoloji öğrencisi Günay Özkurt’un Doç. Dr. Meryem Karaaziz’in tez danışmanlığını yürüttüğü yukarıda adı belirtilen araştırmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunuyorsunuz. Araştırmada yer almayı kabul etmeden önce araştırmanın hangi amaçla yapılmak istediğini anlamanız ve kararınızı buna göre vermeniz önem arz eder. Lütfen aşağıda paylaşılan bilgileri dikkatlice okuyunuz, eğer bir sorunuz olursa lütfen açık yanıtlar isteyiniz.”

Sorumlunun İletişim Bilgisi: 20223580@std.neu.edu.tr

1. Çalışmanın Amacı Nedir?

Çalışmanın amacı, erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu semptomlarının çokluğuna göre bilinçli farkındalık düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

2. Çalışmaya Katılım Koşulları Nelerdir?

18 yaşının üzerlerinde ve 65 yaşının altında okuma yazma bilen, ana dili Türkçe olan tüm gönüllüler çalışmaya katılabilirler.

3. Çalışma Kapsamında Nasıl Bir Uygulama Yapılacaktır?

Çalışmaya katılımınız anketler üzerinden olacaktır, anketler Google Form’da çevrimiçi olarak size sunulacaktır.

4. Bir Gönüllünün Çalışmaya Harcayacağı Ortalama Süre Ne Kadardır?

Katılımcılar araştırma için yaklaşık olarak 4-8 dakika arasında vakit ayıracaktır.

5. Araştırmaya Katılmayı Kabul Etmeme ya da Araştırmadan Çekilmek İsteme Herhangi Bir Olumsuzluğa Yol Açar mı?

Herhangi bir gerekçe sunmaksızın araştırmaya katılmayı reddedebilirsiniz ya da anketleri bitirmeden araştırmadan çekilebilirsiniz. Ancak çalışmayı tamamladıktan sonra araştırmadan çekilme isteğiniz gerçekleştirilemez çünkü çalışma sırasında sizin kimliğinizi ifşa eden bilgiler toplamadığımız için tamamlanan çalışmaların kime ait olduğunu tesbit etmek mümkün değildir.

“Gönüllülük esaslı yapılan bu araştırmada yer almak tümüyle sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da başladıktan sonra yarıda bırakabilirsiniz. Bu araştırmanın sonuçları bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından

araştırmadan çıkarılmanız halinde, sizle ilgili veriler kullanılmayacaktır. Ancak veriler bir kez anonimleştikten sonra araştırmadan çekilmeniz mümkün olmayacaktır. Sizden elde edilen tüm bilgiler gizli tutulacak, araştırma yayınlandığında da varsa kimlik bilgilerinizin gizliliği korunacaktır.”

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllülere verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum. Eksik kaldığını düşündüğüm konularda sorularımı araştırmacılara sordum ve doyurucu yanıtlar aldım. Yazılı olarak tarafıma sunulan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladığım kanısındayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğim konusunda karar vermem için yeterince zaman tanındı.

Bu koşullar altında, araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim.

Onaylıyorum

Onaylamıyorum

EK-2. SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİLER FORMU**1. Yaş:**

.....

2. Cinsiyet:

Kadın ()

Erkek ()

Diğer ()

3. Eğitim Durumu:

Ortaokul veya altı ()

Lise()

Lisans()

Yüksek Lisans ()

Doktora veya üzeri ()

4. Sosyo-Ekonomik Düzey:

Düşük ()

Düşük orta ()

Orta()

Orta yüksek ()

Yüksek ()

EK-3. KATILIM SONRASI BİLGİLENDİRME FORMU

“Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Bilinçli Farkındalık Seviyeleriyle İlişkisi” isimli bu tez çalışmasında sizlere demografik bilgi formu ve 2 farklı ölçek sunduk. Demografik bilgi formu sizin cinsiyetiniz, yaşınız gibi demografik özellikleriniz hakkında sorular içermektedir. Ölçekler de ise dikkat dağınıklığı ve hiperaktivite bozukluğunuz olup olmadığını eğer var ise ne kadar yoğun olduğunu, bir de bilinçli farkındalık seviyenizin ne kadar yüksek olduğunu ölçüp tesbit etmeye yönelik sorular bulunmaktadır. Onam formunda da belirtildiği gibi cevaplarınız anonim olarak saklanacaktır. Eğer çalışmayla ilgili herhangi bir şikayet, görüş veya sorunuz varsa bu çalışmanın araştırmacılarından biri ile aşağıdaki iletişim bilgilerinden irtibata geçebilirsiniz.

Eğer araştırmanın sonuçlarıyla ilgileniyorsanız, Haziran 2024 tarihinden itibaren araştırmacıyla iletişime geçebilirsiniz.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Psikolog Günay Özkurt

E-posta; 20223580@std.neu.edu.tr

Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı,

Yakın Doğu Üniversitesi, Lefkoşa/KKTC

EK-4. ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU KENDİNİ BİLDİRİM ÖLÇEĞİ (ASRS)

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

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?					
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?					
B BÖLÜMÜ					

EK-5. BİLİNÇLİ FARKINDALIK ÖLÇEĞİ (MAAS)

Açıklama: Aşağıda sizin günlük deneyimlerinize ilgili bir dizi durum verilmiştir. Lütfen her bir maddenin sağında yer alan 1 ile 6 arasındaki ölçeği kullanarak her bir deneyimi ne kadar sık veya nadiren yaşadığınızı belirtiniz. Lütfen deneyiminizin **ne olması gerektiğini değil, sizin deneyiminizi gerçekten neyin etkilediğini** göz önünde bulundurarak cevaplayınız. Lütfen her bir maddeyi diğerlerinden ayrı tutunuz.

	1	2	3	4	5	6
	Hemen hemen her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren	Oldukça Seyrek	Hemen hemen hiçbir zaman
1. Belli bir süre farkında olmadan bazı duyguları yaşayabilirim.						1 2 3 4 5 6
2. Eşyaları özensizlik, dikkat etmeme veya başka bir şeyleri düşündüğüm için kırarım veya dökerim.						1 2 3 4 5 6
3. Şu anda olana odaklanmakta zorlanırım.						1 2 3 4 5 6
4. [Redacted]						1 2 3 4 5 6
5. [Redacted]						1 2 3 4 5 6
6. [Redacted]						1 2 3 4 5 6
7. [Redacted]						1 2 3 4 5 6
8. [Redacted]						1 2 3 4 5 6
9. [Redacted]						1 2 3 4 5 6
10. [Redacted]						1 2 3 4 5 6
11. [Redacted]						1 2 3 4 5 6
12. [Redacted]						1 2 3 4 5 6
13. [Redacted]						1 2 3 4 5 6
14. [Redacted]						1 2 3 4 5 6
15. [Redacted]						1 2 3 4 5 6

Ölçek İzinleri

Gmail - ASRS-v1.1 Türkçe Formu Hakkında

1.05.2024 15:29



Goonai <gunayozkurt@gmail.com>

ASRS-v1.1 Türkçe Formu Hakkında

3 ileti

Goonai <gunayozkurt@gmail.com>
Alıcı: sultandogan@yahoo.com

16 Ekim 2023 11:53

İyi günler,

Ben Yakın Doğu Üniversitesi Klinik Psikoloji yüksek lisans öğrencisi Günay Özkurt. Erişkin Hiperaktivite Bozukluğu ve Bilinçli Farkındalık arasındaki ilişkisel bağlarla alakalı yazacağım tezimde Sayın Prof. Dr. Sultan Doğan'ın Türkçe'ye çevrilmesine destek olduğu Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1.1) tezimi oluşturmamda ve data toplamamda büyük katkı sağlayacaktır. Kendisinin bu ölçeğini tezimde kullanmak için izin isteyebilir miyim?

Vaktiniz için teşekkür ederim,
Günay Özkurt

sultan dogan <sultandogan@yahoo.com>
Alıcı: Goonai <gunayozkurt@gmail.com>

16 Ekim 2023 12:00

Merhaba,
Tez çalışmanızda ölçeği kullanabilirsiniz.
Başarı dilekleriyle.
Prof. Dr. Sultan Doğan

[Alıntılanan metin gizlendi]

Goonai <gunayozkurt@gmail.com>
Alıcı: sultan dogan <sultandogan@yahoo.com>

16 Ekim 2023 12:05

Geri dönüşünüz için ve izniniz için çok teşekkür ederim,
İyi günler dilerim.
Günay Özkurt

sultan dogan <sultandogan@yahoo.com>, 16 Eki 2023 Pzt, 12:00 tarihinde şunu yazdı:

[Alıntılanan metin gizlendi]



Goonai <gunayozkurt@gmail.com>

Bilinçli Farkındalık Ölçeği'ni Türkçeye Uyarlama Çalışması Hakkında

3 ileti

Goonai <gunayozkurt@gmail.com>
Alıcı: atalayz@mef.edu.tr

16 Ekim 2023 12:03

İyi günler Sayın Prof. Dr. Zümra Atalay,

Ben Yakın Doğu Üniversitesi Klinik Psikoloji yüksek lisans öğrencisi Günay Özkurt. Erişkin Hiperaktivite Bozukluğu ve Bilinçli Farkındalık arasındaki ilişkisel bağlarla alakalı yazacağım tezimde Sizin Türkçe'ye uyarlanmasında katkıda bulunduğunuz Bilinçli Farkındalık Ölçeği tezimi oluşturmamda ve data toplamamda büyük katkı sağlayacaktır. Eğer izniniz olursa ölçeğinizi tezimde kullanabilir miyim?

Vaktiniz için teşekkür ederim,
Günay Özkurt

ZÜMRA ATALAY <atalayz@mef.edu.tr>
Alıcı: Goonai <gunayozkurt@gmail.com>

16 Ekim 2023 12:25

Merhaba,

Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz;
<https://www.mindfulnessinstitute.com.tr/makaleler>

İyi çalışmalar,

Goonai <gunayozkurt@gmail.com>, 16 Eki 2023 Pzt, 12:03 tarihinde şunu yazdı:

[Alıntılanan metin gizlendi]

--

Prof. Dr. Zümra Atalay
MEF Üniversitesi Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Bölümü Öğretim Üyesi
Yüksek Lisans Program Koordinatörü

<https://mindfulnessinstitute.com.tr>

Zümra Atalay, Ph.D.
Prof. Dr.
Department of Psychological Counseling and Guidance
Faculty of Education
MEF University
Ayazağa Cad. No: 4 34396 Maslak - Sarıyer - İstanbul / TURKEY

*Yasal Uyarı: MEF ÜNİVERSİTESİ bu mesajın içeriği ile ilgili hiçbir yasal sorumluluk taşımaz.
Legal Disclaimer: MEF UNIVERSITY does not accept any legal liability or responsibility for the content of this message.*

Goonai <gunayozkurt@gmail.com>
Alıcı: ZÜMRA ATALAY <atalayz@mef.edu.tr>

16 Ekim 2023 12:27

Geri dönüşünüz ve izniniz için çok teşekkür ederim,
İyi günler dilerim.
Günay Özkurt

ZÜMRA ATALAY <atalayz@mef.edu.tr>, 16 Eki 2023 Pzt, 12:26 tarihinde şunu yazdı:

[Alıntılanan metin gizlendi]

Öz Geçmiş

Günay Özkurt 10 Haziran 1998 senesinde Adana'da doğmuştur. İlk okuldan liseye kadar eğitim hayatını Adana'da tamamlamıştır. 2016 senesinde Özel Çukurova Bilfen Koleji'nin Anadolu Lisesinden mezun olmuştur. Üniversite eğitimine Yeditepe Üniversitesinde İngilizce Psikoloji Bölümünde başlayıp 2021 Ocak ayında Yeditepe Üniversitesi'nden mezun olmuştur. 2021 Şubat ayında Dr. Atilla Birdir'in Muayenehanesi'nde çalışmaya başlamıştır ve halen orada devam etmektedir. Çalışma süresince Dr. Atilla Birdir'den ve Psk. Dr. Ufuk Kocatepe Avcı'dan 1000 saatin üzerinde süpervizyon almıştır. Yine Çalışma süresince Mindfulness eğitimleri, Bilişsel Davranışçı Terapi eğitimleri ve Cinsel Terapi eğitimlerini alıp tamamlamıştır. Çalıştığı kurumda aktif olarak yüz yüze ya da çevrim içi olarak danışan görmektedir. 2023 Eylül ayında Yakın Doğu Üniversitesi Tezli Klinik Psikoloji programına başlamıştır.

İntihal Rapor Oranı

tez

ORJİNALLİK RAPORU

% **11**
BENZERLİK ENDEKSİ

% **10**
İNTERNET KAYNAKLARI

% **8**
YAYINLAR

% **5**
ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	% 3
2	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% 2
3	Submitted to Istanbul Medipol Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% 1
4	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	% 1
5	jawoo.com İnternet Kaynağı	<% 1
6	Submitted to Abant İzzet Baysal Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
7	acikerisim.ybu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
8	Bozdemir, Gokcen. "Özel Gereksinimli Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Yaşam Doyumlarının Öz Anlayış Ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri	<% 1

Etik Kurul Onayı



BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

07.12.2023

Sayın Günay Özkurt

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na yapmış olduğunuz YDÜ/SB/2023/1710 proje numaralı ve **“Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Bilinçli Farkındalık Seviyeleriyle İlişkisi”** başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur. Bu yazı ile birlikte, başvuru formunuzda belirttiğiniz bilgilerin dışına çıkmamak suretiyle araştırmaya başlayabilirsiniz.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Aşkın KİRAZ'.

Prof. Dr. Aşkın KİRAZ

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Koordinatörü