T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNUN ERKEN TEŞHİSİNİN VE TEDAVİ DURUMUNUN YETİŞKİNLERİN HAYAT KALİTESİ VE KİŞİLİK BOZUKLUKLARI ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tuğçe Gizem KIRAT

İstanbul
Haziran–2025

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNUN ERKEN TEŞHİSİNİN VE TEDAVİ DURUMUNUN YETİŞKİNLERİN HAYAT KALİTESİ VE KİŞİLİK BOZUKLUKLARI ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tuğçe Gizem KIRAT

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Ali Güven KILIÇOĞLU

İstanbul
Haziran-2025

Tuğçe Gizem KIRAT

Haziran-2025

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNUN ERKEN TEŞHİSİNİN VE TEDAVİ DURUMUNUN YETİŞKİNLERİN HAYAT KALİTESİ VE KİŞİLİK BOZUKLUKLARI ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman Prof. Dr. Ali Güven KILIÇOĞLU

Üye Dr. Öğr. Üyesi Gülşah BALABAN

Üye Doç. Dr. Yıldız BİLGE

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Erhan İÇENER
Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım "**Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğunun Erken Teşhisinin Ve Tedavi Durumunun Yetişkinlerin Hayat Kalitesi Ve Kişilik Bozuklukları Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi"** adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

Tuğçe Gizem KIRAT

ÖN SÖZ

Bu tez çalışmasının yürütülmesi ve tamamlanmasında değerli bilgi, deneyim ve rehberliğiyle yolumu aydınlatan saygıdeğer danışmanım Prof. Dr. Ali Güven KILIÇOĞLU'na ve büyük emeklerle literatüre kazandırdığı CATI+TR-KF ölçeğini kullanmama izin veren bölüm başkanımız Doç. Dr. Yusuf BİLGE'ye en derin teşekkürlerimi sunarım. Ayrıca, akademik ve kişisel gelişimim süresince daima yanımda olan, özellikle destek ve sevgisiyle bana güç veren babam Zafer Şükrü KIRAT başta olmak üzere, tüm aileme ve arkadaşlarıma minnettarlığımı ifade etmek isterim. Bu süreçte göstermiş oldukları anlayış, sabır ve destek, çalışmamın başarıyla tamamlanmasında büyük bir rol oynamıştır.

Tuğçe Gizem KIRAT
İstanbul-2025

ÖZET

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNUN ERKEN TEŞHİSİNİN VE TEDAVİ DURUMUNUN YETİŞKİNLERİN HAYAT KALİTESİ VE KİŞİLİK BOZUKLUKLARI ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Tuğçe Gizem KIRAT

Yüksek Lisans, Klinik Psikoloji

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ali Güven KILIÇOĞLU

Haziran, 2025 – 153 Sayfa

Bu araştırma, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısının alındığı yaş aralığı ile tedavi geçmişinin, genç erişkinlerde yaşam kalitesi ve kişilik patolojisi üzerindeki etkilerini incelemektedir. Örneklem, 18–25 yaş aralığında olup DEHB tanısı aldığını belirten üniversite öğrencilerinden oluşmuştur. Katılımcılar, tanı yaş aralığına göre erken tanı (12 yaş ve öncesinde tanı alanlar) ve geç tanı (12 yaşından sonra tanı alanlar) olarak; ayrıca DEHB tedavi geçmişine göre ilaç kullanmış olmak ve olmamak üzere gruplara ayrılmıştır. Veriler, çevrimiçi olarak elde edilmiştir ve sosyodemografik bilgi formu, yaşam kalitesi için WHOQOL-BREF-TR ve kişilik bozuklukları için Coolidge Eksen II Envanteri Plus Türkçe Kısa Formu (CATI+TR-KF) kullanılmıştır. Sonuçlar, "geç teşhis" grubundaki katılımcıların yaşam kalitesi puanlarının anlamlı düzeyde daha düşük olduğunu, "erken teşhis" grubundaki katılımcıların bazı kişilik bozuklukları için daha yüksek puanlar aldığını, daha önce DEHB için ilaç tedavisi görmemiş bireylerin ise bazı yaşam kalitesi alanlarında düşük puanlar elde ettiğini ve şizoid ve paranoid kişilik bozukluğu puanlarının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Çalışmanın sınırlılıkları ve klinik çıkarımları tartışılmış, ileri araştırmalara yönelik öneriler verilmiştir.

Anahtar Kelimeler: DEHB, tanı yaşı aralığı, yaşam kalitesi, kişilik bozukluğu, WHOQOL-BREF-TR, CATI+TR-KF, genç erişkinlik

ABSTRACT

ASSESMENT OF THE IMPACT OF EARLY DIAGNOSIS AND TREATMENT STATUS OF ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER ON QUALITY OF LIFE AND PERSONALITY DISORDERS IN ADULTS

Tuğçe Gizem KIRAT

Master, Clinical Psychology

Thesis Advisor: Prof. Dr. Ali Güven KILIÇOĞLU

June, 2025 – 153 Pages

This study examines how the age range at which individuals are diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and their treatment history affect quality of life and personality pathology in emerging adulthood. The sample comprised university students aged 18–25 who reported having received an ADHD diagnosis. Participants were divided into early-diagnosed (diagnosed at or before the age of 12) and late-diagnosed (diagnosed after the age of 12) groups, and were also divided according to their medicine use. Data were collected online using a sociodemographic form, the WHOQOL-BREF-TR for quality of life, and the Coolidge Axis II Inventory Plus Turkish Short Form (CATI+TR-KF) for personality disorders. Statistical analyses included group comparisons and correlations to assess differences and relationships between variables. The findings revealed that participants in the "late-diagnosed" group scored significantly lower overall and domain-specific quality of life, however, participants in the "early diagnosed" group showed some increased scores for certain personality disorders, contrary to the present study's initial hypothesis. Additionally, individuals who had never received medicinal treatment for ADHD showed worse outcomes in some quality of life areas, but the increased scores of personality disorders for said participants were only limited to schizoid and paranoid personality disorders. The study discusses limitations and offers recommendations for clinical practice and further research.

Keywords: ADHD, age range of diagnosis, quality of life, personality disorders, WHOQOL-BREF-TR, CATI+TR-KF, young adulthood

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... **i**

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ ..... **ii**

ÖN SÖZ ..... **iii**

ÖZET ..... **iv**

ABSTRACT ..... **v**

İÇİNDEKİLER ..... **vi**

TABLOLAR LİSTESİ ..... **xi**

KISALTMALAR ..... **xiv**

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ **1**

1.1. Problem 5

1.2. Amaç 8

1.3. Araştırmanın Önemi 8

1.4. Hipotezler 10

1.5. Varsayımlar 11

1.6. Sınırlılıklar 11

1.7. Tanımlar 12

İKİNCİ BÖLÜM

İLGİLİ ALAN YAZIN **13**

2.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu 13

2.1.1. Klinik Görünüm 13

2.1.1.1. Dikkat Eksikliği 13

2.1.1.2. Hiperaktivite 13

2.1.1.3. Dürtüsellik 14

2.1.2. DSM-V-TR Kriterleri 14
2.1.2.1. Görünümleri 16
2.1.3. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Epidemiyolojisi 17
2.1.4. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Etiyolojisi 17
2.1.4.1. Genetik Faktörler 18
2.1.4.2. Çevresel Faktörler 18
2.1.4.2. Nörolojik Faktörler 19
2.1.5. DEHB Tedavisi 19
2.1.5.1. Farmakolojik Tedaviler 20
2.1.5.2. Psikoterapi 23
2.1.6. DEHB'de Birliktelik Durumları (Eş Tanılar) 24
2.1.6.1.DEHB'ye Eşlik Eden Fiziksel Durumlar 25
2.1.6.1.DEHB'ye Eşlik Eden Psikopatolojik Durumlar 25
2.1.7. Ayırıcı Tanı 26
2.2. Hayat Kalitesi 27
2.2.1. Hayat Kalitesi Alt Boyutları 27
2.2.2. DEHB ve Hayat Kalitesi 28
2.3. Kişilik Patolojileri 29
2.3.1. Kategorizasyon 30
2.3.1.1. A Kümesi Kişilik Bozuklukları 30
2.3.1.2. B Kümesi Kişilik Bozuklukları 31
2.3.1.3. C Kümesi Kişilik Bozuklukları 32
2.3.2. Kişilik Bozukluklarının Etiyolojisi 33
2.3.3. Kişilik Bozukluklarının Tedavisi 34

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ 35

3.1. Araştırmanın Modeli 35
3.2. Evren ve Örneklem 35
3.3. Veri Toplama Araçları 36
3.3.1. Demografik Bilgi Formu 37
3.3.2. Hayat Kalitesi Ölçeği 37

3.3.3. Kişilik Bozukluğu Ölçeği 38
3.4. İstatiksel Analizler 39

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
ARAŞTIRMA BULGULARI 40
4.1. Tanımlayıcı İstatistikler ve Örneklem Özellikleri 40
4.1.1. Demografik Özellikler 40
4.1.1.1. Erken Teşhis Grubunun Demografik Özellikleri 41
4.1.1.2. Geç Teşhis Grubunun Demografik Özellikleri 43
4.1.1.3. Tedavi Alan Grubun Demografik Özellikleri 45
4.1.1.4. Tedavi Almayan Grubun Demografik Özellikleri 47
4.1.2. Temel Değişkenlere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler 48
4.1.2.1. Erken Teşhis Grubu İçin Tanımlayıcı İstatistikler 49
4.1.2.2. Geç Teşhis Grubu İçin Tanımlayıcı İstatistikler 51
4.1.2.3. Tedavi Alan Grup İçin Tanımlayıcı İstatistikler 53
4.1.2.4. Tedavi Almayan Grup İçin Tanımlayıcı İstatistikler 55
4.1.3. Normallik Testleri 57
4.1.3.1. Erken Teşhis Grubu İçin Normallik Testleri 58
4.1.3.2. Geç Teşhis Grubu İçin Normallik Testleri 60
4.1.3.3. Tedavi Alan Grup İçin Normallik Testleri 62
4.1.3.4. Tedavi Almayan Grup İçin Normallik Testleri 64
4.2. Ölçeklerin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri 65
4.2.1. CATI + TR KF 66
4.2.2.WHOQOL-BREF TR 66
4.2.3. Mevcut Alan Yazında Ölçeklerin Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışmaları. 68
4.3. Gruplar Arasındaki Farklara İlişkin Bulgular 70
4.3.1. Demografik Değişkenlere İlişkin Bulgular 70
4.3.1.1.Teşhis Zamanına Göre Demografik Değişkenlerin Karşılaştırılması 71
4.3.1.2. Tedavi Durumuna Göre Demografik Değişkenlerin Karşılaştırılması 72
4.3.2. Kişilik Bozukluğu ve Hayat Kalitesi Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Ön Analizler 74

4.3.2.1. Teşhis Zamanına Göre Karşılaştırma Analizleri 74
4.3.2.2. Tedavi Durumuna Göre Karşılaştırma Analizleri 76
4.4. Kişilik Bozukluğu Puanları ve Yaşam Kalitesi Alt Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon Analizine İlişkin Bulgular 78
4.5. İki Yönlü Kovaryans Analizine İlişkin Bulgular 82
4.5.1. Hayat Kalitesi Alt Boyutları 82
4.5.1.1. Fiziksel Sağlık Alanı 83
4.5.1.2. Psikolojik Sağlık Alanı 84
4.5.1.3. Sosyal İlişkiler Alanı 85
4.5.1.4. Çevresel Alan 86
4.5.1.5. Genel Yaşam Kalitesi 87
4.5.1.6. Sağlık Memnuniyeti 88
4.5.2. Kişilik Bozukluğu Ölçeği Alt Boyutları 89
4.5.2.1. Paranoid Kişilik Bozukluğu 89
4.5.2.2. Şizotipal Kişilik Bozukluğu 90
4.5.2.3. Şizoid Kişilik Bozukluğu 91
4.5.2.4. Antisosyal Kişilik Bozukluğu 92
4.5.2.5. Borderline Kişilik Bozukluğu 93
4.5.2.6. Histrionik Kişilik Bozukluğu 94
4.5.2.7. Narsistik Kişilik Bozukluğu 95
4.5.2.8. Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu 96
4.5.2.9. Çekingen Kişilik Bozukluğu 97
4.5.2.10. Bağımlı Kişilik Bozukluğu 98

BEŞİNCİ BÖLÜM

DEĞERLENDİRME VE TARTIŞMA 100

5.1. Demografik Bilgilerin Değerlendirilmesi 100
5.2. Gruplar Arası Karşılaştırmaların Değerlendirilmesi 102
5.2.1. Kişilik Bozukluğuna Göre Gruplar Arasındaki Farklar 102
5.2.1.1. Tedavi Durumunun Kişilik Bozukluklarına Etkileri 102
5.2.1.2. Teşhis Zamanının Kişilik Bozukluklarına Etkileri 103
5.2.2. Yaşam Kalitesine Göre Gruplar Arasındaki Farklar 105
5.2.2.1. Tedavi Durumunun Yaşam Kalitesine Etkisi 105

5.2.2.2. Teşhis Zamanının Yaşam Kalitesine Etkisi 106
5.3. Yaşam Kalitesi ve Kişilik Bozuklukları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi 106
5.4. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları 107
5.5. Klinik ve Akademik Çıkarımlar, Gelecek Araştırmalara Yönelik Öneriler ... 109

SONUÇ 111

KAYNAKÇA 113

EKLER 129

ÖZGEÇMİŞ 136

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2.1: Kişilik Bozukluklarının Kümelendirilmesi 30
Tablo 4.1: Erken Teşhis Grubunun Demografik Verileri 41
Tablo 4.2: Geç Teşhis Grubunun Demografik Verileri 43
Tablo 4.3: Tedavi Alan Grubun Demografik Verileri 45
Tablo 4.4: Tedavi Almayan Grubun Demografik Verileri 47
Tablo 4.5: Erken Teşhis Grubu İçin Kişilik Bozukluğu Ölçeği Tanımlayıcı İstatistikleri 49
Tablo 4.6: Erken Teşhis Grubu İçin Hayat Kalitesi Ölçeği Tanımlayıcı İstatistikleri 50
Tablo 4.7: Geç Teşhis Grubu İçin Hayat Kalitesi Ölçeği Tanımlayıcı İstatistikleri 51
Tablo 4.8: Geç Teşhis Grubu İçin Hayat Kalitesi Ölçeği Tanımlayıcı İstatistikleri 52
Tablo 4.9: Tedavi Alan Grup İçin Kişilik Bozukluğu Ölçeği Tanımlayıcı İstatistikleri 53
Tablo 4.10: Tedavi Alan Grup İçin Hayat Kalitesi Ölçeği Tanımlayıcı İstatistikleri 54
Tablo 4.11: Tedavi Almayan Grup İçin Kişilik Bozukluğu Ölçeği Tanımlayıcı İstatistikleri 55
Tablo 4.12: Tedavi Almayan Grup İçin Hayat Kalitesi Ölçeği Tanımlayıcı İstatistikleri 56
Tablo 4.13: Erken Teşhis Grubu İçin Kişilik Bozukluğu Normallik Testleri 58
Tablo 4.14: Erken Teşhis Grubu İçin Hayat Kalitesi Normallik Testleri 59
Tablo 4.15: Geç Teşhis Grubu İçin Kişilik Bozukluğu Normallik Testleri..... 60
Tablo 4.16: Geç Teşhis Grubu İçin Hayat Kalitesi Normallik Testleri 61
Tablo 4.17: Tedavi Alan Grup İçin Kişilik Bozukluğu Normallik Testleri 62
Tablo 4.18: Tedavi Alan Grup İçin Hayat Kalitesi Normallik Testleri 63
Tablo 4.19: Tedavi Almayan Grup İçin Kişilik Bozukluğu Normallik Testleri..... 64
Tablo 4.20: Tedavi Almayan Grup İçin Hayat Kalitesi Normallik Testleri 65
Tablo 4.21: CATI+ TR KF Alt Ölçeklerinin Güvenirlik Analizi Sonuçları..... 66
Tablo 4.22: WHOQOL-BREF TR Alt Ölçeklerinin Güvenirlik Analizi Sonuçları 66
Tablo 4.23: Tek maddelik WHOQOL-BREF Alt Boyutlarının Diğer Alt Boyutlar İle Korelasyonu 68
Tablo 4.24: Teşhis Zamanına Göre Teşhis Zamanına Göre Yaş Değişkeninin Karşılaştırılması (MannWhitney U Sonuçları) 71
Tablo 4.25: Teşhis Zamanına Göre Diğer Demografik Değişkenlerin Karşılaştırılması (Ki-kare Testi Sonuçları) 71

Tablo 4.26: Tedavi Durumuna Göre Yaş Değişkeninin Karşılaştırılması (MannWhitney U Sonuçları) 72

Tablo 4.27: Tedavi Durumuna Göre Diğer Demografik Değişkenlerin Karşılaştırılması (Ki-kare Testi Sonuçları) 73

Tablo 4.28: Erken ve Geç Teşhis Gruplarının Bağımsız Gruplar T-Testi Sonuçları 74

Tablo 4.29: Erken ve Geç Teşhis Gruplarının Mann-Whitney U Testi Sonuçları .. 75

Tablo 4.30: Bonferroni Düzeltmesi Sonrası Tanı Zamanı Karşılaştırmasında Anlamlı Bulunan Değişkenlerin Etki Büyüklükleri..... 76

Tablo 4.31: Tedavi Alan ve Almayan Grupların Bağımsız Gruplar T-Testi Sonuçları 76

Tablo 4.32: Tedavi Alan ve Almayan Grupların Mann-Whitney U Testi Sonuçları 77

Tablo 4.33: Bonferroni Düzeltmesi Sonrası Tedavi Durumu Karşılaştırmasında Anlamlı Bulunan Değişkenlerin Etki Büyüklükleri..... 78

Tablo 4.34: Kişilik Bozukluğu Ve Yaşam Kalitesi Alt Boyutlarına İlişkin Normallik Testleri 79

Tablo 4.35: Kişilik Bozukluğu Puanları ve Yaşam Kalitesi Alt Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon Analizine İlişkin Bulgular..... 80

Tablo 4.36: Tanı Zamanı ve Tedavi Durumuna Göre Fiziksel Sağlık Puanlarına İlişkin ANCOVA Sonuçları..... 83

Tablo 4.37: Tanı Zamanı ve Tedavi Durumuna Göre Psikolojik Sağlık Puanlarına İlişkin ANCOVA Sonuçları..... 84

Tablo 4.38: Tanı Zamanı ve Tedavi Durumuna Göre Sosyal İlişkiler Puanlarına İlişkin ANCOVA Sonuçları..... 85

Tablo 4.39: Tanı Zamanı ve Tedavi Durumuna Göre Çevre Puanlarına İlişkin ANCOVA Sonuçları 86

Tablo 4.40: Tanı Zamanı ve Tedavi Durumuna Göre Genel Yaşam Kalitesi Puanlarına İlişkin ANCOVA Sonuçları..... 87

Tablo 4.41: Tanı Zamanı ve Tedavi Durumuna Göre Sağlık Memnuniyeti Puanlarına İlişkin ANCOVA Sonuçları..... 88

Tablo 4.42: Tanı Zamanı ve Tedavi Durumuna Göre Paranoid Kişilik Bozukluğu Puanlarına İlişkin ANCOVA Sonuçları..... 89

Tablo 4.43: Tanı Zamanı ve Tedavi Durumuna Göre Şizotipal Kişilik Bozukluğu Puanlarına İlişkin ANCOVA Sonuçları..... 90

Tablo 4.44: Tanı Zamanı ve Tedavi Durumuna Göre Şizoid Kişilik Bozukluğu Puanlarına İlişkin ANCOVA Sonuçları..... 91

Tablo 4.45: Tanı Zamanı ve Tedavi Durumuna Göre Antisosyal Kişilik Bozukluğu Puanlarına İlişkin ANCOVA Sonuçları 92

Tablo 4.46: Tanı Zamanı ve Tedavi Durumuna Göre Borderline Kişilik Bozukluğu Puanlarına İlişkin ANCOVA Sonuçları 93

Tablo 4.47: Tanı Zamanı ve Tedavi Durumuna Göre Histrionik Kişilik Bozukluğu Puanlarına İlişkin ANCOVA Sonuçları 94

Tablo 4.48: Tanı Zamanı ve Tedavi Durumuna Göre Narsistik Kişilik Bozukluğu Puanlarına İlişkin ANCOVA Sonuçları 95

Tablo 4.49: Tanı Zamanı ve Tedavi Durumuna Göre Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu Puanlarına İlişkin ANCOVA Sonuçları 96

Tablo 4.50: Tanı Zamanı ve Tedavi Durumuna Göre Çekingen Kişilik Bozukluğu Puanlarına İlişkin ANCOVA Sonuçları 97

Tablo 4.51: Tanı Zamanı ve Tedavi Durumuna Göre Bağımlı Kişilik Bozukluğu Puanlarına İlişkin ANCOVA Sonuçları 98

KISALTMALAR LİSTESİ

DEHB	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DSÖ (WHO)	: Dünya Sağlık Örgütü– World Health Organization
KB	: Kişilik Bozukluğu
Akt	: Aktaran
Çev	: Çeviren
Ed	: Editör
vd	: Ve Diğerleri
Ort	: Ortalama
OKKB	: Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu
SS	: Standart Sapma
df	: Serbestlik Derecesi (degree of freedom)
DSM	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği- American Psychiatric Association
İng	: İngilizce
FDA	: Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi

BİRİNCİ BÖLÜM
GİRİŞ

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu; dikkat eksikliği, düzensizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik ile karakterize olan yaygın, nörogelişimsel bir bozukluktur (American Psychiatric Association, 2022). Bu bozukluğun, günümüzde çocuk ve ergen psikiyatri kliniklerinde en sık konulan tanı olduğu düşünülmektedir (Işık Mengü, Işık ve Işık, 2022: 5).

DEHB, geçmişte sadece çocukluk çağında meydana gelen bir bozukluk olarak kabul edilmiş olmasına rağmen, son araştırmalar DEHB'nin yaşam boyu devam eden bir durum olduğunu belirtmektedir (Agarwal vd., 2012: 11; Ginsenberg vd., 2014; Morrison, 2014/2023: 33).

Ayrıca, DSM-5 ile DEHB'nin, nörogelişimsel bozukluklar kategorisinde sınıflandırılarak, gelişimsel bir temele sahip olduğu ve yaşamın erken dönemlerinde başlayıp farklı yaşam evrelerinde çeşitli şekillerde devam edebildiği vurgulanmıştır (APA, 2013).

DEHB'nin çocukluk çağında başlayan ancak yalnızca bu dönemle sınırlı kalmayan, kronik bir nörogelişimsel bozukluk olduğu çok sayıda uzunlamasına izlem çalışmasıyla ortaya konmuştur. Özellikle ortalama 10 yıl ve üzeri süreyle devam eden prospektif kohort çalışmaları, çocuklukta tanı almış bireylerin önemli bir kısmında DEHB belirtilerinin ergenlik ve erişkinlik döneminde de klinik açıdan anlamlı düzeyde devam ettiğini göstermektedir (Sibley vd., 2022: 142). Bu doğrultuda, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun yalnızca çocuklukla sınırlı kalmayıp, yaşam boyu sürebilen bir nörogelişimsel bozukluk olabileceği düşünülmektedir. Faraone, Biederman ve Mick'in (2006: 163) gerçekleştirdiği meta-analitik bir çalışmada, çocukluk döneminde DEHB tanısı alan bireylerin yaklaşık %15'inin erişkinlikte de tanı kriterlerini tam olarak karşılamayı sürdürdüğü, bununla birlikte DSM-IV'te tanımlanan kısmi remisyon ölçütlerine uyan ve işlevsellikte bozulma yaşamaya devam eden bireylerin de dikkate alındığında bu oranın yaklaşık %65'e kadar çıktığı belirtilmiştir. Bu bulgular, çocuklukta DEHB tanısı alan bireylerin önemli bir bölümünde belirtilerin erişkinlikte de devam edebileceğine işaret etmektedir.

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun, dünya genelinde çocukların ve ergenlerin yaklaşık %8'ini (Ayano vd., 2023: 860) yetişkinlerin ise %2,5 ila %6,7'sini etkilediği belirtilmiştir (Song vd., 2023). Çocukluk çağında erkek çocuklarına konan DEHB tanısının kız çocuklarına kıyasla 3,9 kat daha fazla olduğu düşünülmektedir (Martin vd., 2024: 1648).

Türkiye'de gerçekleştirilen en kapsamlı çocukluk dönemi psikopatolojisi yaygınlık araştırmalarından birinde, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu prevalansının %12,4 ile %19,5 arasında değiştiği ve çocukluk çağında en sık görülen nörogelişimsel bozukluk olduğu belirtilmiştir (Ercan vd., 2015, Akt. Kurt Özdöner ve Konuk Er, 2023: 80). Okul öncesi dönem çalışmalarında, erkek çocukların kız çocuklara kıyasla DEHB tanı ölçütlerini karşılama oranlarının 1,6 ila 1,8 kat daha yüksek olduğu raporlanmıştır. Bu durumun, kız çocuklarında DEHB semptomlarının farklı biçimlerde ortaya çıkma eğilimi göstermesi ve erkek çocukların tedaviye daha sık başvurmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir (Özaslan ve Bilaç, 2015, Akt. Kurt Özdöner ve Konuk Er, 2023: 80).

Erken yetişkinlik döneminde DEHB, depresyon, anksiyete, duygudurum bozuklukları, yıkıcı davranış bozuklukları (örneğin karşıt olma-karşı gelme bozukluğu) ve madde kullanımı gibi çeşitli psikiyatrik ve psikososyal durumlarla anlamlı şekilde ilişkilendirilmiştir (Kessler vd., 2006: 718; Shaw vd., 2012: 277; Barkley, 2015; Ramsay & Rostain, 2014: 5). DEHB tanısı alan yetişkinlerin çoğunun iş yaşamında düşük performans, iş kaybı veya sık iş değişikliği, aile ve romantik ilişkilerde çatışma, sosyal ilişkilerde güçlük ve genel yaşam memnuniyetinde azalma gibi çeşitli zorluklar yaşadıkları belirtilmiştir (Barkley vd., 2008: 193; Biederman vd., 2006: 303; McIntosh vd., 2009: 145).

Bu bireylerde yürütücü işlevlerde (örneğin planlama, organize olma, zaman yönetimi, öncelik belirleme), dikkati sürdürmede ve kısa süreli hafıza gibi bilişsel süreçlerde belirgin güçlükler görülebilir. Özellikle yürütücü işlevlerde zorluk yaşayan kişiler, ev ve iş yaşamındaki görevlerini yerine getirmede, projeleri zamanında tamamlamada, randevuları veya önemli detayları hatırlamada güçlük çekebilirler (Brown, 2013: 35).

Yetişkinlerde DEHB, bireylerin yaşamlarının pek çok alanında olumsuz etkiler yaratabilen nörogelişimsel bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Araştırmalar, DEHB'li yetişkinlerin, genel nüfusa kıyasla, çeşitli akademik, ekonomik, sosyal ve

psikolojik zorluklarla daha sık karşılaştığını ortaya koymaktadır. DEHB tanısı alan bireylerin, akademik başarısızlık ve okul değişikliği oranlarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Bu bireylerin, düşük gelir seviyelerine sahip olma, iş kaybı yaşama ve sıklıkla iş değişikliği yapma oranlarının da genel nüfusa göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Spencer vd., 2007, Akt. Kolar vd., 2008: 390).

Bunun yanı sıra, DEHB'li yetişkinlerin yaşamları, artan araba kazası oranları ve boşanma oranları gibi risk faktörleriyle de ilişkilendirilmiştir. Psikolojik açıdan değerlendirildiğinde, bu bireylerin anksiyete ve depresyon gibi duygudurum bozukluklarına daha yüksek oranlarda yatkınlık gösterdikleri görülmektedir (Kessler vd., 2006, Akt. Kollar vd., 2008: 390). Aynı zamanda, madde kötüye kullanımı ve antisosyal davranışların DEHB'li bireyler arasında genel nüfusa oranla daha yaygın olduğu belirtilmiştir (Barkley vd., 2004, Akt. Kollar vd., 2008: 390).

Bu bozukluğa sahip bireylerde okul terk oranlarının daha yüksek olduğu ve üniversiteye devam etme oranlarının genel nüfusa göre düşük olduğu öne sürülmektedir. Örneğin, Breslau ve arkadaşlarının (2011: 299) bir çalışmasına göre, birleşik görünümle ortaya çıkan DEHB tanısı almış öğrencilerin %32,3'ü, dikkatsizliğin önde olduğu görünümle ortaya çıkan DEHB tanısı almış öğrencilerin %28,6'sı, hiperaktivitenin önde olduğu görünümle ortaya çıkan DEHB tanısı almış öğrencilerin ise %22,4'ü lise eğitimini tamamlayamadan okulu bırakmaktadır. Bu oran, herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olmayan gençler arasında %15 ile sınırlı olarak raporlanmıştır.

Kuriyan ve arkadaşlarının (2013: 35) DEHB teşhisi konan genç yetişkinler üzerinde yaptığı başka bir çalışma ise, bu bireylerin akademik yaşamlarında önemli farklılıklar yaşadığını ortaya koymuştur. Araştırma sonuçlarında, DEHB'li bireylerin dört yıllık bir üniversiteye kaydolma olasılığı oldukça düşük raporlanmıştır. Bunun yanı sıra, herhangi bir yüksek eğitime kaydolmama olasılıklarının, dört yıllık bir üniversiteye kaydolma olasılıklarından 11 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir. DEHB'li bireylerin %50'si, kontrol grubundaki %18'e kıyasla, üniversite yerine daha çok meslek yüksekokulları veya ortaöğretim sonrası okullara yöneldiği görülmektedir. Ayrıca, dört yıllık bir dereceye sahip olma oranları %15 ile sınırlı kalırken, bu oran kontrol grubunda %48 olarak belirlenmiştir. Yüksek lisans derecesine sahip olma oranlarının ise oldukça düşük olduğu raporlanmıştır; kontrol grubunun %5,4'üne karşılık DEHB'li bireylerde bu oran sadece %0,06 olarak tespit edilmiştir.

Bu durum, DEHB'nin yarattığı dikkat dağınıklığı, dürtüsellik ve organizasyon zorlukları gibi semptomların, bireylerin uzun vadeli planlama yapma ve akademik sorumluluklarını yerine getirme becerilerini olumsuz etkilemesinden kaynaklanabilir.

DEHB'nin ekonomik alanda da negatif etkileri vardır. Bu etkiler hem bireysel hem de toplumsal düzeyde dikkate değerdir. Bu bozukluk, yetişkinlerin iş bulma ve istihdamını sürdürme yeteneklerini etkileyebilir. 2012'de gerçekleştirilen bir araştırma, DEHB ile yüksek işsizlik oranları arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir. Ayrıca, DEHB'li çalışanların, diğer çalışanlara kıyasla daha az verimli oldukları ve sorunlarla daha hızlı bir şekilde başa çıkmakta zorlandıkları ileri sürülmüştür. Bununla birlikte, DEHB'li yetişkinlerin, özellikle araç kullanımıyla ilişkili iş yeri kazalarına daha sık maruz kaldıkları da belirtilmektedir (Küpper vd., 2012: 842).

DEHB'nin semptomları, zayıf dinleme becerileri, diğerlerini sık sık kesme eğilimi ve sürekli olarak aktif ve kolayca sinirlenme gibi özellikler içerdiğinden, bu durum sadece iş arkadaşlarıyla değil, aynı zamanda aile üyeleri, arkadaşlar ve partnerlerle ilişkilerde de gerilimlere neden olabilir. DEHB'li bireylerin, dürtüsel ve karşı çıkan kişisel ilişki tarzlarının, arkadaşlar ve iş arkadaşlarıyla sosyal etkileşimi engelleyebileceği öne sürülmektedir. Örneğin, bir çalışmada DEHB'li genç kadınlar, anneleriyle daha fazla çatışma yaşamış, hayatlarında daha az romantik ilişkiye girmiş ve eşleştirilmiş kontrol grubuna göre daha fazla depresif belirti deneyimlemişlerdir. Bu hastaların ayrıca problemleri içselleştirme eğiliminde oldukları ve düşük özsaygıya sahip olduklarının daha olası olduğu belirtilmiştir (Ginsenberg vd., 2014: 4).

Ayrıca, DEHB, majör depresif bozukluk, anksiyete ve kişilik bozuklukları gibi durumlar için bir risk faktörü olarak raporlanmaktadır (Ginsenberg vd., 2014: 1).

Buna ek olarak, DEHB, diğer ruh sağlığı koşulları ve ciddi fiziksel bozukluklarla karşılaştırıldığında, yaşam kalitesi üzerinde benzer şekilde negatif bir etkiye sahip olabilir. Artan semptom seviyesi ve işlev bozukluğu, daha kötü bir yaşam kalitesini öngörmektedir (Danckaerts vd., 2010: 84). Başka bir çalışmada, DEHB'nin yetişkinlerin hayat kalitesi üzerinde kayda değer negatif bir etkiye sahip olduğu raporlanmıştır (Agarwal vd., 2012: 10).

Son olarak, DEHB'nin bireyler üzerindeki uzun vadeli sonuçlarını inceleyen bir çalışma, yetişkinlik dönemine geldiklerinde DEHB'li olmayan kontrol grubuna kıyasla, tahmini yaşam süresi açısından anlamlı derecede daha düşük değerlere sahip

olduğunu ortaya koymuştur. Bu bulgu, DEHB semptomlarının yetişkinlikte devam edip etmediğine bakılmaksızın, DEHB geçmişine sahip bireylerin, nörotipik akranlarına kıyasla yaşam sürelerini olumsuz etkileyebilecek kalıcı risklerle karşılaştığını göstermektedir (Barkley ve Fischer, 2018: 12).

1.1. Problem

DEHB yaygın bir bozukluk olmasına rağmen yetişkinlerde genellikle yeterince tanı konulmadığı düşünülmektedir. DEHB'li yetişkinler, sıklıkla karmaşık bir yaşam tarzına, düşük eğitim ve mesleki başarı seviyelerine sahip olabilir ve yüksek düzeyde madde kullanımına maruz kalabilirler. Buna rağmen, birçok yetişkin DEHB teşhisi konmadan veya tedavi almadan hayatlarını sürdürmektedir. Tanısı konulmamış DEHB'li yetişkinler genellikle DEHB yerine eşlik eden durumları için yardım ararlar (Ginsenberg vd., 2014: 6).

Bu bilgiler, tanı almamış DEHB semptomlarıyla mücadele etmek zorunda kalan ve dolayısıyla tedavi göremeyen yetişkinlerin varlığını işaret etmektedir. Bu bireyler, karşılaştıkları zorlukların kökenini anlayamama ve etkili bir tedavi sürecinden yoksun olma durumunda kendilerini yetersiz, farklı veya sorunlu hissedebilirler; ayrıca toplumsal önyargılarla karşılaşabilirler.

Çocuklukta erkeklerin genellikle daha fazla DEHB tanısı aldığı ancak yetişkinlik döneminde cinsiyet oranlarının eşitlendiği göz önüne alındığında, tanı alamamanın getirdiği bu zorlukların özellikle kadınlar için daha yaygın olduğunu söylenebilir. Attoe ve Climie (2023: 645), bu durumdaki kadınların kendilerini "farklı" "suçlu" ve "tembel" hissettiklerini belirtmiştir.

Ayrıca, birçok yetişkinin tam çocukluk dönemi kriterlerini karşılamamalarına rağmen mevcut yetişkin DEHB kriterlerini karşıladığına dair kanıtlar da bulunmaktadır (Kessler, Green ve Adler: 2010: 1169). Bu durum, DEHB tanısı koymanın zorluğuna işaret etmektedir.

DEHB'nin geç teşhis edilmesinde veya teşhisin gözden kaçırılmasında çevresel önyargılar, yetersiz bilgi ve DEHB semptomlarının diğer psikolojik bozukluklara benzerlik göstermesi gibi nedenler etkili olabilmektedir. Bu faktörler aşağıda detaylı bir şekilde açıklanmıştır.

DEHB uzun yıllar boyunca yalnızca çocukluk dönemine özgü bir bozukluk olarak değerlendirilmiş ve bireyin yaşı ilerledikçe ortadan kalktığı varsayılmıştır. Günümüzde ise bu bozukluğun bireylerin yaklaşık %50–66'sında yetişkinliğe kadar devam edebildiği ve çeşitli klinik ile psikososyal sorunlara yol açabildiği öne sürülmektedir. Ancak bazı klinisyenlerin hâlâ DEHB'nin yetişkinlikte de tanı konabilecek geçerli bir bozukluk olduğunu yeterince fark etmediği ifade edilmektedir (Johnson, Morris ve John, 2021: 60).

DEHB'ye sahip bireylerin yaşamları boyunca çeşitli zorluklar yaşadığı ve bu durumun düşük özsaygıya yol açabileceği de belirtilmektedir. Ayrıca bazı bireylerin, psikiyatrik bir tanı almanın yol açabileceği etiketlenmeden kaçınmak amacıyla yardım arayışına girmekten çekinebildiği ve ilaç kullanımına karşı temkinli yaklaştığı bildirilmektedir (Johnson, Morris ve John, 2021: 61).

DEHB'li bireylerin bazı durumlarda yaşam boyu süren güçlükleri telafi etmeye yönelik çeşitli başa çıkma stratejileri geliştirebildiği düşünülmektedir. Örneğin, bazıları dikkat dağınıklığını hoş gören iş kollarına yönelebilir veya düzenleme becerileri yüksek bir partnerden destek alabilir. Bunun yanı sıra, bazı bireylerin semptomlarını kontrol altında tutmak amacıyla kafein, alkol ya da çeşitli maddelere yönelerek kendi kendilerini tedavi etmeye çalışabildikleri de ileri sürülmektedir (Johnson, Morris ve John, 2021: 61).

DEHB belirtilerinin, duygu durum değişkenliği, huzursuzluk ve dürtüsellik gibi özellikleri nedeniyle; depresyon, anksiyete, bipolar bozukluk ya da kişilik bozukluklarıyla karıştırılabileceği belirtilmektedir. Bu durumun, özellikle DEHB farkındalığının düşük olduğu klinik ortamlarda yanlış tanılara neden olabileceği düşünülmektedir (Ginsberg vd., 2014: 4; Johnson, Morris ve John, 2021: 61).

Geç ya da eksik tanı almanın yanı sıra, bazı durumlarda DEHB'li bireylerin yanlış teşhislere de maruz kalabildiği öne sürülmektedir. Yetişkinlik döneminde DEHB'nin işlevselliği olumsuz yönde etkileyebileceği ve bu durumun, majör depresif bozukluk, anksiyete bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, bipolar bozukluk ve kişilik bozuklukları gibi yaygın komorbid durumlarla birlikte daha karmaşık bir klinik tabloya yol açabileceği ifade edilmektedir. DEHB'ye özgü belirtilerin —örneğin duygu durum değişkenliği, içsel gerilim ve huzursuzluk gibi— bazı eşlik eden bozuklukların belirtileriyle benzerlik gösterebilmesi, yanlış tanı konma riskini

artırabilir. Bu durumun, özellikle yetişkinlikte DEHB'ye yönelik farkındalığın sınırlı olduğu bağlamlarda, düşük tanı oranlarıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Buna bağlı olarak, psikiyatri kliniklerinde bu bireylere çoğunlukla eşlik eden bozukluklara yönelik müdahalelerin uygulanma olasılığının daha yüksek olabileceği öne sürülmektedir (Ginsberg vd., 2014: 1). DEHB belirtileri arasında yer alan düşük dikkat süresi, fiziksel huzursuzluk, dürtüsellik ve duygusal dalgalanmalar gibi unsurlar; depresyon, anksiyete, bipolar duygudurum bozukluğu ve borderline kişilik bozukluğu gibi diğer psikiyatrik rahatsızlıkların belirtileriyle örtüşebildiği için, bazı durumlarda yanlış tanılara yol açabileceği belirtilmektedir (Johnson, Morris ve John, 2021: 61). Ayrıca, DEHB'nin yüksek oranda komorbid psikiyatrik bozukluklarla birlikte görülebildiği; DEHB tanısı almış yetişkinlerin yaklaşık %75'inin en az bir ek psikiyatrik tanıya sahip olabileceği öne sürülmektedir (Kooij, Bejerot ve Blackwell, 2010: 6). Bu eş tanılar arasında duygudurum bozuklukları, anksiyete, kişilik bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları yer alabilmektedir. Bazı durumlarda tanı koyulan bozukluğun yalnızca eşlik eden durumlar olduğu ve DEHB semptomlarının göz ardı edilebildiği de ifade edilmektedir (Johnson, Morris ve John, 2021: 60).

Araştırmalar, DEHB ve kişilik bozuklukları tanılarının sıklıkla birlikte konulduğuna işaret etmektedir. Bu durumda en sık görülenler, DEHB semptomlarına benzerlikleriyle de bilinen "Antisosyal Kişilik Bozukluğu" ve "Sınırda Kişilik Bozukluğu"dur (Semerci ve Aksoy, 2018: 210). Bu nedenle kişilik bozuklukları ile DEHB arasındaki ilişki de göz önünde bulundurulmalıdır.

DEHB'nin geç ve/veya yanlış teşhisinin özellikle kadınlarda daha yaygın olduğu belirtilmiştir. Bu durumun temel nedenlerinden biri, kız ve erkek çocukları arasında semptomların ortaya çıkma şeklindeki farklılıklar olabilir. Kız çocukları genellikle dikkat eksikliği, düzensizlik ve unutkanlık gibi semptomlar sergilerken, erkek çocukları genelde daha çok hiperaktivite, dürtüsellik ve agresyon belirtileri gösterebilir. Bu durum, erkek çocuklarının semptomlarının özellikle okul çağında daha çabuk fark edilmesine yol açabilir (Attoe ve Climie, 2023: 646).

Kısaca özetlemek gerekecek olursa, DEHB çoğu zaman gözden kaçan veya geç konulan bir tanıdır. Geç, eksik veya yanlış teşhis ise kişilerin tedaviye ulaşmalarını engelleyecektir. Tedavi edilmemiş DEHB, aynı zamanda eşlik eden başka psikiyatrik bozuklukları olan hastalarda eşlik eden durumlar tedavi edilse bile, hastanın klinik ve işlevsel sonuçlarında kötüye gitmeye neden olabilir (Ginsenberg vd., 2014: 1).

Aynı zamanda, mevcut kaynaklarda uygun ve zamanında uygulanan tedavi yaklaşımları sayesinde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış bireylerin yaklaşık üçte ikisinin belirgin semptom göstermeyen bir noktaya ulaşabildiği ifade edilmektedir (Firouzabadi vd., 2022: 322). Bu bilgilerin ışığında, DEHB'nin uygun zamanda teşhisi ve uygun tedavi süreci çok büyük bir önem taşımaktadır.

1.2. Amaç

Bu tezin amacı, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu teşhisi konulan, 18-25 yaş arası üniversite öğrencileri arasında erken veya geç teşhisin ve tedavi durumunun, kişilerin yaşam kalitesi ve kişilik patolojileri üzerindeki etkisini ölçmektir.

Araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

• Erken teşhis alan bireylerle geç teşhis alan bireyler arasında hayat kalitesi açısından istatiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?

• Erken teşhis alan bireylerle geç teşhis alan bireyler arasında kişilik bozukluğu puanları göz önünde bulundurulduğunda bir fark var mıdır?

• Tedavi alan bireylerle tedavi almayan bireyler arasında hayat kalitesi açısından istatiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?

• Tedavi alan bireylerle tedavi almayan bireyler arasında kişilik bozukluğu puanları göz önünde bulundurulduğunda bir fark var mıdır?

• Kişilik patolojileri ve hayat kalitesi arasında bir ilişki var mıdır?

1.3. Araştırmanın Önemi

DEHB hala birçok insan için anlaşılması zor bir konudur ve toplumda yaygın yanlış inanışlar bulunmaktadır. Bu durum, DEHB tanısı konulan yetişkinler için daha da zorlayıcı hale gelebilir, çünkü DEHB genellikle çocukluk çağında ortaya çıkan bir hastalık olarak algılandığı düşünülmektedir. DEHB'nin incelenmesi ve anlaşılması, toplumsal farkındalığı artırmak için önemli bir adımdır. Doğru bilgilendirme ve eğitim, DEHB'li bireylerin desteklenmesine ve toplum tarafından kabul görmelerine

yardımcı olabilir. Güncel literatür incelendiğinde, erken teşhisin DEHB hastalarının yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin yeterince araştırılmadığı görülmektedir.

DEHB'nin erken tanınması ve uygun müdahalelerin yapılması, çocukların ve çocukluklarında DEHB semptomlarına sahip olan kişilerin yaşam deneyimlerini olumlu yönde etkileyebilir.

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun (DEHB) erken dönemde teşhis edilmesi, çoğu durumda tedaviye daha erken başlanmasına olanak sağlayabilmektedir. Mevcut literatürde, tedavinin semptomların azaltılmasında ve yaşam kalitesinin desteklenmesinde önemli bir rol oynadığına dair bulgular giderek artmaktadır (Danckaerts vd., 2010: 99). Ayrıca, erken yaşta başlanan tedavinin DEHB'nin yetişkinlik dönemindeki seyrini ve prognozunu olumlu yönde etkileyebileceği öne sürülmektedir (Agarwal vd., 2012: 10). Bununla birlikte, düzenli ilaç kullanımı ile çocukluk çağında semptomların azalmasının ve işlevsellikte anlamlı düzelmelerin gözlenebildiği de çeşitli çalışmalarda raporlanmıştır (Danckaerts vd., 2010: 98). Ancak, tüm bu bulgulara rağmen, tedaviye erken başlanmasının ve ilaç tedavisinin etkileri konusunda uzun dönemli ve geniş ölçekli araştırmalara gereksinim olduğu belirtilmektedir.

Zahmacıoğlu ve Kılıç (2017: 81) tarafından yapılan bir çalışmada, DEHB teşhisini 6-8 yaşları arasında almış ve 12-14 yaşları arasında almış yetişkin bireyler karşılaştırıldığında, 12-14 yaş aralığında teşhis almış kişilerde daha yüksek düzeyde yalnızlık hissi ve daha düşük özgüven düzeyleri belirlenmiştir**.** Ek olarak, başka psikiyatrik bozuklukların eşlik etmediği DEHB vakalarında bile bireylerin psikososyal gelişiminde sorunlar olabileceği ve bu sorunların erken bir teşhis ve standart tedavi ile azaltılabileceği belirtilmiştir.

Başka çalışmalar, DEHB'nin farmakolojik tedavisi ve erken teşhisinin DEHB'li yetişkinlerin hayat kalitesi üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu bulmuştur (Agarwal vd., 2012: 10; Hansson Halleröd vd., 2015: 2).

Tedavi edilmediği takdirde, DEHB semptomlarının duygusal, sosyal, davranışsal, akademik ve mesleki alanlarda sorunlara yol açabileceği belirtilmektedir (Ginsenberg vd., 2014: 1). Erken teşhis ve tedavinin, DEHB'li çocukların yetişkinlik dönemine geçerken yaşayabilecekleri sorunları kayda değer şekilde azaltabileceği öne sürülmektedir (Quinn, 2004. Akt. Attoe ve Climie, 2023: 645).

Araştırmalar, DEHB'nin erken teşhis edilmesinin yaşam kalitesi, özgüven, işlevsellik ve hastalığın uzun dönem seyri üzerinde olumlu etkileri olabileceğini göstermektedir (Hansson vd., 2015: 2). DEHB tedavisinde sıklıkla ilaç tedavisi, ebeveyn eğitimi, bireysel psikoterapi, aile terapisi ve grup terapisi gibi farklı yöntemlerden yararlanılmaktadır. Genellikle, bu yaklaşımların bir kombinasyonu tercih edilmekte olup, özellikle ilaç tedavisi ile davranışçı terapilerin birlikte uygulanması en yaygın uygulama biçimlerinden biridir. Mevcut bulgular, ilaç tedavisinin semptomların yönetiminde ve bireysel işlevselliğin artırılmasında önemli bir rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte, erken müdahalenin akademik ve mesleki başarısızlık riskini, sosyal ilişki zorluklarını ve psikiyatrik eş tanı olasılığını azaltmaya yardımcı olabileceği de öne sürülmektedir (Rappaport, Ornoy ve Tenenbaum, 1998: 271).

Ayrıca, bazı çalışmalar DEHB'li bireylerin toplumun geri kalanına kıyasla belirgin şekilde daha yüksek oranda kişilik bozukluğu eş tanısı aldığını bildirmektedir; örneğin, Yoshimasu ve ark. (2012) DEHB tanısı alan bireylerin, toplumun diğer bireylerine göre yaklaşık 5,8 kat daha fazla kişilik bozukluğu tanısı aldığını saptamıştır (Akt. Semerci & Aksoy, 2018: 210). Bu bulgular, DEHB tanısının konulduğu yaş dönemi ve bireylerin ilaç kullanım durumları ile kişilik bozuklukları eş tanısı arasındaki ilişkinin araştırılmasının önemine işaret etmektedir. Böylelikle, DEHB ile birlikte seyreden kişilik bozukluklarının önlenmesine ve etkili müdahale stratejilerinin geliştirilmesine katkı sağlanabilir. Ayrıca, genel psikiyatri uygulamalarında, yetişkinlerde DEHB'yi tanımlamak ve bu bireylerin yaşam boyu karşılaştıkları zorlukları yönetmede destek olmak amacıyla, DEHB semptomlarına yönelik farkındalığın artırılması ve tanı araçlarının geliştirilmesi önerilmektedir (Ginsberg ve vd., 2014: 5).

1.4. Hipotezler

Tezin ana soruları göz önünde bulundurulduğunda beş temel hipotezi vardır:

• Erken DEHB teşhisi konmuş olan bireylerin, geç teşhis almış bireylere göre hayat kaliteleri daha yüksektir.

• Daha önce tedavi görmüş, fakat artık görmeyen ve tedaviye devam eden kişilerin hayat kalitesi daha yüksek olacak, hiç tedavi görmemiş olanların hayat kalitesi daha düşük olacaktır.

• Erken teşhis alan yetişkin bireylerde kişilik bozukluğu puanları istatiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olacaktır.

• Daha önce tedavi görmüş fakat artık görmeyen ve tedaviye devam eden bireylerde kişilik bozukluğu puanları istatiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olacaktır.

• Hayat kalitesi ve kişilik bozuklukları arasında negatif bir korelasyon vardır.

1.5. Varsayımlar

• Kişilerin bağımlılık ve ilaç kullanımı gibi konularda objektif davrandıkları kabul edilmiştir.

1.6 Sınırlılıklar

- Araştırma Türkiye'de yaşayan, 18-25 yaş arası ve üniversite öğrencisi katılımcılarla sınırlıdır.
- Katılımcıların tanı bilgileri katılımcı beyanına dayandığından, bu durum verilerin doğruluğu ve nesnelliği açısından bir sınırlılık olarak değerlendirilebilir.
- Araştırmanın başlangıç aşamasında, çalışmanın ana değişkenlerinden biri olarak "tedavi süresi" ele alınmıştır. Ancak, katılımcıların anketi doldururken tedaviye başlama tarihlerini veya tedavi süresini hatırlamada zorluk yaşadıkları görülmüştür. Bu durum, verilerin doğruluğunu ve güvenilirliğini olumsuz etkileyebileceği için, ilgili değişken "tedavi durumu" olarak yeniden yapılandırılmıştır. Katılımcılara tedavi süresi yerine tedaviye ilişkin genel durumları sorulmuş ve bu bağlamda üç kategori belirlenmiştir: "Tedavi görüyor," "Daha önce tedavi gördü ancak artık görmüyor" ve "Hiç tedavi görmedi." Ardından bu üç kategori kullanılarak katılımcılar "tedavi alan" ve "tedavi almayan" kategorilerine ayrılmıştır. Bu değişiklik, araştırmanın kapsamını etkileyebilecek bir sınırlılık olarak değerlendirilmelidir.

- Araştırmada tedavi görmüş olan kişilerin toplam ne kadar süre tedavi aldığı bilinmemektedir, bunun üzerinden bir analiz yapılmamıştır.
- Araştırma verileri kullanılan ölçeklerin ölçtüğü değerler ile sınırlıdır.

1.7. Tanımlar

Hayat Kalitesi: Bireylerin veya toplumların genel refah ve erişim düzeyini ifade eden terimdir.

Tedavi: Sağlığı bozulmuş olan bireyi sağlıklı duruma kavuşturma amacıyla yapılan tıbbi işlemler bütünüdür. Mevcut çalışmada aksi belirtilmediği takdirde tedaviden kasıt farmakolojik tedavilerdir.

Teşhis: (Tanı ile eş anlamlı kullanılmıştır.) Bireyin semptomlarına dayalı olarak bir psikiyatrik veya psikolojik bozukluğun varlığını veya yokluğunu belirlemeyi içerir.

Komorbidite: (Eş tanı, birliktelik durumu) Bir kişinin aynı anda birden fazla hastalığa ve/veya bozukluğa sahip olması durumunu ifade eder.

Kişilik Patolojisi: Bir kişinin adaptasyonunu olumsuz yönde etkileyen biliş, duygu ve davranışları ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM
İLGİLİ ALAN YAZIN

2.1. Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu

DEHB; dikkat eksikliği, düzensizlik, aşırı hareketlilik (hiperaktivite) ve en az iki ayrı ortamda kendini gösteren dürtüsellik ile karakterize olan yaygın bir nörogelişimsel bozukluk olarak tanımlanmaktadır (APA, 2013). Bu tanım, en güncel versiyon olan DSM-V-TR'de de aynı kalmıştır.

2.1.1. Klinik Görünüm

DEHB'nin üç temel özelliği vardır. Bunlar, "hiperaktivite (aşırı hareketlilik)", "dürtüsellik" ve "dikkat eksikliği"dir.

2.1.1.1. Dikkat Eksikliği

Çocukluk döneminde kendini odaklanmada güçlük, kolay dağılan dikkat, dikkat gerektiren ev ödevleri gibi işlerde isteksizlik, dikkatsizlik sonucu basit hatalar yapma, eşyaları kaybetme, verilen talimatları uygulamada isteksizlik ve zorluk yaşama, unutkanlık, hayallere dalma gibi durumlarla gösterebilir (Işık Mengü, Işık ve Işık, 2022: 8).

Ergenlik ve erişkinlik döneminde ise kolayca dikkatin dağılması, dalgınlık, görevlerden kaçınma, erteleme davranışı, başlanılan görevleri tamamlayamama, randevuları hatırlayamama, faturaları ödemeyi unutma, ince dikkat gerektiren işlere odaklanamama olarak ortaya çıkabilir (Sadek, 2023: 1; Işık Mengü, Işık ve Işık, 2022: 8).

2.1.1.2. Hiperaktivite

Hiperaktivite, toplum tarafından uygunsuz olarak algılanan aşırı fiziksel hareketlilik, yerinde duramama, genellikle yürümek yerine koşma veya tırmanma ve aşırı konuşma gibi belirtilerle kendini gösterebilir (Işık Mengü, Işık ve Işık, 2022: 8). Bu belirtiler

genellikle evde ve okulda düzensiz davranışlara yol açarak, genellikle klinik bir yönlendirme ile tanı ve tedavi sürecini başlatır (Kolar vd., 2008: 389).

Ergenlik ve yetişkinlik döneminde hiperaktivite belirtileri durgunlaşabilir (Kolar vd., 2008: 389). Ancak bu durum, içsel huzursuzluk, ayak sallama veya yerinde kıpırdanma gibi davranışlarla kendini göstermeye devam edebilir (Sadek, 2023: 1; Işık Mengü, Işık ve Işık, 2022: 8).

2.1.1.3. Dürtüsellik

Dürtüsellik, kişinin sonucu veya gelecekteki etkileri düşünmeden hareket etmesi olarak tanımlanır (Winstanley, Eagle ve Robbins, 2006: 379).

Çocukluk döneminde dürtüsellik; söz kesme, sıra beklemekte zorlanma, tehlikeli davranışlara eğilim, fiziksel ve sözel kavgalara yönelme, başkalarının işlerine karışma, araya girme ve sabırsızlık gibi durumlarla kendini gösterebilir (Işık Mengü, Işık ve Işık, 2022: 8).

Dürtüsellik, yaş ilerledikçe farklı şekillerde ortaya çıkabilir. Ergenlik döneminde tehlikeli davranışlar, ani öfke patlamaları, düşünmeden hızlı kararlar verme gibi durumlarla kendini gösterebilir. Örneğin, ergenlerde aşırı cinsel davranışlar, izinsiz dışarı çıkma, tehlikeli araba kullanma ve bağımlılık yapıcı maddelere yönelme gibi riskli davranışlar görülebilir. Yetişkinlikte ise öfke kontrolü zorlukları, düşüncesiz para harcamalar, sık sık iş değiştirme ve evlilik ya da ilişki sorunları şeklinde kendini gösterebilir (Işık Mengü, Işık ve Işık, 2022: 8).

2.1.2. DSM-V-TR 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:

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

Not: Belirtiler, yalnızca, karşıt olmanın, karşıt gelmenin, düşmancıl tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışa vurumu değildir. Yaşı ileri

gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekir.

a) Çoğu kez, ayrıntılara özen göstermez ya da okul çalışmalarında, işte ya da etkinlikler sırasında yanlışlar yapar.

b) Çoğu kez, iş yaparken ya da oyun oynarken dikkatini sürdürmekte güçlük çeker.

c) Çoğu kez, doğrudan kendisine doğru konuşulurken, dinlemiyor gibi görünür.

d) Çoğu kez, verilen yönergeleri izlemez ve okluda verilen görevleri, sıradan günlük işleri ya da sorumlulukları tamamlayamaz.

e) Çoğu kez, işleri ve etkinlikleri düzenlemekte güçlük çeker.

f) Çoğu kez, sürekli zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır, bu tür işleri sevmez ya da bu tür işlere girmek istemez.

g) Çoğu kez, işi ya da etkinlikleri için gerekli nesneleri kaybeder.

h) Çoğu kez, dış uyaranlarla dikkati kolaylıkla dağılır.

i) Çoğu kez, günlük etkinliklerde unutkandır.

2. Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik: Gelişimsel düzeye uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı (ya da daha çok) belirti en az altı aydır sürmektedir. Not: Belirtiler, yalnızca, karşıt olmanın, karşı gelmenin, düşmancıl tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekir.

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

b) Çoğu kez, oturması beklendiği durumlarda oturduğu yerden kalkar.

c) Çoğu kez, uygunsuz ortamlarda, ortalıkta koşturur durur ya da bir yerlere tırmanır. (Not: Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, kendini huzursuz hissetmekle sınırlı olabilir.)

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

e) Çoğu kez, "her an hareket halinde" dir, "motor takılmış" gibi davranır.

f) Çoğu kez aşırı konuşur.

g) Çoğu kez, sorulan soru tamamlanmadan yanıtını yapıştırır.

h) Çoğu kez sırasını bekleyemez.

i) Çoğu kez, başkalarının sözünü keser ya da araya girer.

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.

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

E- Bu belirtiler, yalnızca, şizofreni ya da psikozla giden bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz

(American Psychiatric Association, 2022).

2.1.2.1. Görünümleri

DSM-V-TR, DEHB için üç farklı görünüm tanımlamaktadır. Bu görünümler, semptomların baskınlık derecesine göre sınıflandırılır: "Dikkat eksikliğinin Baskın olduğu görünüm," "Aşırı hareketlilik/dürtüselliğin baskın olduğu görünüm" ve "Birleşik görünüm."

Okul öncesi dönemde genellikle aşırı hareketlilik/dürtüselliğin önde olduğu görünümün, ilköğretim döneminde birleşik görünümün, lise ve yetişkinlik döneminde ise dikkat eksikliğinin önde olduğu görünümün daha yaygın olarak görüldüğü düşünülmektedir (Işık Mengü, Işık ve Işık, 2022: 7).

a) Dikkat Eksikliğinin Baskın Olduğu Görünüm

Bu görünümde tanı koyulabilmesi için DSM-V-TR kriterlerine göre, son 6 ay içinde yalnızca dikkat eksikliği tanı ölçütlerinin karşılanması, ancak aşırı hareketlilik/dürtüsellik tanı ölçütlerinin karşılanmamış olması gerekmektedir. Bazı kaynaklar, bu görünümün DEHB alt tipleri arasında en yaygın olduğunu öne sürmektedir. Yapılan araştırmalar, bu tipin kadınlar arasında daha sık görüldüğünü göstermektedir (Işık Mengü, Işık ve Işık, 2022: 7).

b) Aşırı Hareketlilik (Hiperaktivite)/Dürtüselliğin Baskın Olduğu Görünüm

Bu görünümde tanı koyulabilmesi için DSM-V-TR kriterlerine göre, son 6 ay içinde yalnızca aşırı hareketlilik/dürtüsellik tanı ölçütlerinin karşılanması, ancak dikkat eksikliği tanı ölçütlerinin karşılanmamış olması gerekmektedir.

c) Birleşik Görünüm

Bu görünümde tanı koyulabilmesi için DSM-V-TR kriterlerine göre, bireyin son 6 ay içinde hem aşırı hareketlilik/dürtüsellik, hem de dikkat eksikliği tanı ölçütlerini karşılamış olması gerekmektedir. Bu görünüm, en çok tedaviye başvurulan görünüm olarak raporanmıştır (Işık Mengü, Işık ve Işık, 2022: 7).

2.1.3. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Epidemiyolojisi

Amerika Birleşik Devletleri'nde Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri (CDC) tarafından 2016-2019 yılları arasında gerçekleştirilen bir araştırmaya göre, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) olan 6 milyon çocuğun yaklaşık 265.000'i 3-5 yaş aralığında, 2.400.000'i 6-11 yaş aralığında ve 3.300.000'ü ise 12-17 yaş aralığında teşhis edilmiştir (Centers for Disease Control and Prevention, 2022).

DEHB'nin, dünya üzerindeki çocukların ve ergenlerin yaklaşık %5 ila 7.2'sini, yetişkinlerin ise %2,5 ila 6,7'sini etkilediği düşünülmektedir (Abdelnour, Jansen ve Gold: 2022: 468). Çocukluk çağında erkek çocuklarının teşhis oranı kız çocuklarına kıyasla 3 kat daha fazla olduğu, yetişkinlikte ise bu oranın eşitlendiği öne sürülmüştür (da Silva vd., 2020: 215).

Aynı zamanda, kız çocuklarının daha çok "Dikkat eksikliğinin ön planda olduğu görünüm" erkek çocuklarının ise daha çok "Birleşik görünüm" tanısı aldığı düşünülmektedir (Attoe ve Climie, 2023: 646).

2.1.4. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Etiyolojisi

DEHB, genetik, nörolojik, çevresel faktörler ve bunların birleşimiyle ortaya çıkan etkilerle ilişkilendirilir (Akutagava-Martins vd., 2016 Akt Nazarova vd., 2022: 2).

Fakat tam anlamıyla neyin bu bozukluğa sebep olduğu hala bilinmemektedir (Thapar ve Cooper, 2016 Akt. Nazarova vd., 2022: 2).

2.1.4.1. Genetik Faktörler

DEHB'nin ortaya çıkmasında genetik faktörlerin önemli bir rol oynadığına dair güçlü kanıtlar bulunmaktadır. Aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları, DEHB'nin kalıtsallık oranının oldukça yüksek olabileceğini göstermektedir. Özellikle ikiz çalışmaları, genetik faktörlerin DEHB gelişiminde yaklaşık %70-80 oranında etkili olabileceğini öne sürmektedir (Faraone ve Larsson, 2019: 562; Franke vd., 2018: 1060). Aile temelli araştırmalar ise, birinci derece akrabalarında DEHB bulunan bireylerde bu bozukluğun görülme riskinin artabileceğini göstermiştir (Thapar ve Cooper, 2016: 1242). Moleküler genetik çalışmalar, DEHB ile ilişkili çeşitli genetik varyantları tanımlamış; özellikle dopamin sistemiyle ilişkili genler (örneğin DRD4 ve DAT1) üzerinde bulgular yoğunlaşmıştır (Faraone vd., 2005: 1319). Ancak, mevcut bulgular DEHB'nin poligenik bir yapıya sahip olabileceğini ve birçok genetik ile çevresel faktörün etkileşimiyle ortaya çıkabileceğini düşündürmektedir. Son yıllarda yürütülen genom çapında ilişkilendirme çalışmaları (GWAS: genome-wide association studies), DEHB ile ilişkili çok sayıda risk aleli tanımlamış ve bozukluğun genetik mimarisi hakkında daha fazla bilgi edinilmesini sağlamıştır (Demontis vd., 2019: 74). Tüm bu veriler, DEHB'nin ortaya çıkışında genetik etkilerin güçlü olabileceğini, ancak gen-çevre etkileşimlerinin de bu süreçte önemli rol oynayabileceğini göstermektedir.

2.1.4.2. Çevresel Faktörler

DEHB'nin etiyolojisinde çeşitli çevresel faktörlerin de katkıda bulunabileceği öne sürülmektedir. Araştırmalar, gebelik ve doğum dönemine ilişkin bazı risklerin (örneğin, prematürite, düşük doğum ağırlığı, doğum komplikasyonları ve doğum öncesi dönemde sigara, alkol veya madde kullanımı) DEHB gelişiminde etkili olabileceğini göstermektedir (Banerjee vd., 2007: 1272; Thapar ve Cooper, 2016: 1242). Ayrıca, erken çocukluk döneminde yaşanmış olabilecek psikososyal stres, yoksulluk, ebeveyn ilgisizliği, aile içi çatışmalar ve çocuk istismarı gibi olumsuz çevresel koşulların da DEHB riskini artırabileceği öne sürülmektedir (Froehlich vd., 2011: 340). Kurşun gibi çevresel toksinlere maruziyetin, beslenme eksikliklerinin ve

bazı enfeksiyonların da DEHB gelişiminde potansiyel rol oynayabileceği belirtilmiştir (Sciberras vd., 2017: 6; Froehlich vd., 2011: 334). Bununla birlikte, mevcut bulgular çevresel risklerin genellikle DEHB'nin ortaya çıkışını tamamen açıklamakta yetersiz kaldığını ve çoğunlukla genetik yatkınlık ile çevresel faktörlerin etkileşimi sonucunda bozukluğun geliştiğini göstermektedir (Thapar ve Cooper, 2016: 1241). Sonuç olarak, çevresel etmenlerin DEHB üzerindeki etkisinin karmaşık ve çok boyutlu olduğu düşünülmektedir.

2.1.4.3. Nörolojik Faktörler

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, nörolojik düzeyde özellikle dopamin ve norepinefrin gibi nörotransmitterlerin düzenlenmesindeki anormalliklerle ilişkilendirilmektedir. Bu nedenle, mevcut tedavi yaklaşımlarında sıklıkla dopaminerjik ve noradrenerjik sistemleri hedef alan ilaçlar kullanılmaktadır (Faraone vd., 2015: 17).

Ek olarak, arasında prefrontal korteks, kaudat çekirdeği, bazal gangliyonlar, anterior singulat korteks ve beyincik bulunan önemli beyin bölgeleri, bozukluğun patolojik mekanizmalarıyla ilişkilendirilmiştir. Fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme çalışmaları, DEHB tanısı konmuş bireyler arasında bu bölgelerin hem yapısal olgunlaşma hem de fonksiyonel etkinliğinde farklılıklar tespit etmiştir (Nazarova vd., 2022: 2). Shaw ve arkadaşlarının (2007: 19649) yürüttüğü bir çalışmada, DEHB'li çocukların kortikal gelişiminde genel popülasyona kıyasla anlamlı bir gecikme olduğu raporlanmıştır. Ayrıca, difüzyon tensör görüntüleme çalışmaları, beyaz cevher gelişiminde de benzer gecikmelerin görülebileceğine işaret etmektedir (Liston vd., 2011 1169). Sonuç olarak, DEHB'nin nörolojik temellerinin, beyin yapılarındaki ve nörotransmitter işlevlerindeki karmaşık etkileşimlerle şekillendiği ve bu bulguların bozukluğun klinik yansımalarıyla yakından ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

2.1.5. DEHB Tedavisi

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda erken ve uygun tedavi, bozukluğun uzun dönem sonuçlarını olumlu yönde etkileyebilir ve çocukların erişkinlik

dönemlerinde daha az psikososyal güçlük yaşamalarına katkıda bulunabilir (Işık Mengü, Işık ve Işık, 2022: 44).

Günümüzde DEHB tedavisinde en yaygın başvurulan yöntemin farmakolojik tedaviler olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte, psikososyal müdahaleler ve davranışsal terapiler, tedavi etkinliğini artırmak ve bireysel işlevselliği desteklemek açısından önemli olabilir (Faraone vd., 2015: 14).

2.1.5.1. Farmakolojik Tedaviler

DEHB tedavisinde kullanılan ilaçlar iki ana gruba ayrılır: uyarıcı (stimulan) ilaçlar ve uyarıcı olmayan (non-stimulan) ilaçlar. Farmakolojik tedavinin, semptomların kontrolü ve genel işlevsellik açısından kısa ve uzun vadede olumlu derecede etkili olduğu gösterilmiştir (Bellato vd., 2024: 346).

a) Stimulanlar

Stimulanların, DEHB tedavisinde kullanılan ilaçların en yaygın ve en etkili tür olduğu düşünülmektedir (Kolar vd., 2008: 391). Advokat ve Scheithauer (2013: 2) tarafından yapılan bir çalışmada, bu tür ilaçların yetişkinlerin semptomlarını azaltmada %70, çocuk ve ergenlerin semptomlarını azaltmada ise %70 ila %80 arası etkili olduğu ve aynı zamanda, stimulan ilaçların öfke kontrolü, duygusal düzenleme ve hedefe yönelik davranışlarda gelişme sağladığı belirtilmiştir.

Stimulanların, dikkatsizlik, dürtüsellik, hiperaktivite ve huzursuzluk gibi temel DEHB semptomlarını hafifletmede etkili olduğu düşünülmektedir. Ek olarak, bu ilaçların uyanıklık, bilişsel performans, kısa süreli hafıza, tepki süresi ve tepki inhibisyonu üzerinde olumlu etkileri olduğu raporlanmıştır (Connor 2005; Hechtman 2005 Akt. Kolar vd., 2008: 391).

Stimulanlar genel olarak ani salınımlı (kısa etkili), uzun salınımlı (uzun etkili) ve değiştirilmiş/kontrollü salınımlı olmak üzere üç farklı formda bulunur.

- Ani salınımlı (kısa süreli etkili): Genellikle ihtiyaç duyulduğunda alınırlar ve etkileri 4 saate kadar sürebilir. Fakat etkisi bittikten sonra kişi geri çekilme

semptomları veya bir "çöküş"[1] yaşayabilir (Cleveland Clinic, 2022). Ritalin bu ilaçlara bir örnektir.

- Uzun salınımlı (uzun süreli etkili): Genellikle sabahları günde bir kere alınırlar, etkileri 6 ila 8 saat veya 16 saat kadar sürebilir. Genellikle gün içinde tekrardan doz alınmasına gerek kalmaz (Cleveland Clinic, 2022). Concerta, uzun salımlı ilaçlara bir örnektir.
- Değiştirilmiş (kontrollü) salınımlı: (ör. Medikinet), ilacın bir kısmının hızlı, diğer kısmının ise yavaş şekilde salınmasını sağlayarak daha dengeli ve uzun süreli bir etki hedefler (Cleveland Clinic, 2022).

Bunlara ek olarak, Lisdeksamfetamin (ör. Vyanse, Elvanse), çocuklarda ve erişkinlerde DEHB tedavisinde ikinci basamak tedavi olarak kullanılmakta (Drechsler, 2020: 324) ve vücutta dekstroamfetamine dönüştürüldüğünde etkin hale gelmektedir (Liebers ve Aiken, 2024).

Adderall ise, Amerika Birleşik Devletleri'nde sık kullanılan ve amfetamin tuzları içeren, kısa ve uzun salınımlı formları bulunan bir uyarıcıdır (Babiskin ve Zhang, 2015: 3170). Adderall dopamin ve norepinefrin düzeylerini artırarak etki gösterir (Bazin, 2024), ancak şu anda Türkiye'de yaygın olarak kullanılmamaktadır.

Metilfenidat ve amfetamin gibi uyarıcılar, literatürde DEHB için uygulanan farmakolojik tedavilerin en etkilisi olarak kabul edilmektedir (Nazarova vd., 2022: 2). Peterson, McDonagh ve Fu (2007: 1) tarafından yapılan bir çalışma, ani salınımlı metilfanidatın farmakolojik tedaviler arasında en iyisi olduğunu öne sürmüştür. Fakat, stimulanların tüm ilaçlar gibi yan etkileri olabilir ve kullanan bireyin dikkatle takip edilmesi önerilir (Kolar vd., 2008: 391).

b) Non Stimulan İlaçlar

Uyarıcı ilaçlar, DEHB tedavisinde birincil tercih olmakla birlikte, çeşitli nedenlerle stimulan tedaviye yanıt vermeyen, tolere edemeyen ya da stimulan kullanımı kontrendike olan bireylerde uyarıcı olmayan ilaçlar önemli bir alternatif

[1] İng. "Stimulant crash", uyarıcı ilacın etkisinin sona ermesiyle birlikte aniden ortaya çıkabilen yorgunluk, sinirlilik, konsantrasyon güçlüğü ve duygudurumda düşüş gibi geçici belirtileri temsil eder.

oluşturmaktadır (Kolar vd., 2008: 395). Ayrıca, non-stimulanlar bazı hastalarda stimulanlarla beraber kullanılabilmektedir.

Başlıca non-stimulan ilaçlar şunlardır:

- Atomoksetin: Atomoksetin, DEHB tedavisinde Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi tarafından onaylanmış non-stimulan tür bir ilaçtır ve özellikle altı yaşın üstü çocuklar, ergenler ve yetişkinler için kullanıma uygun olduğu düşünülmektedir (Fedder, Patel ve Saadabadi, 2023). Norepinefrin geri alımını seçici olarak inhibe ederek, öncelikle prefrontal kortekste norepinefrin ve ikincil olarak dopamin düzeylerini artırmak suretiyle çalışır (Bymaster vd., 2002: 700). Atomoksetin'in stimulanlara kıyasla bağımlılık yapıcı potansiyeli olmadığı belirtilmektedir (Kolar vd., 2008: 396) Genellikle günde bir kez oral yolla alınır. Klinik çalışmalar, atomoksetin'in DEHB semptomlarını plasebo ilaca kıyasla anlamlı düzeyde azalttığını ve işlevsellikte iyileşme sağladığını göstermiştir (Kolar vd., 2008: 396). Yan etkilerini iştah azalması, uyku sorunları, erektil disfonksiyon, baş dönmesi ve gastrointestinal semptomlar olarak gösterebilir.
- Alfa-2 adrenerjik agonistler (Guanfasin ve Klonidin): Guanfasin (özellikle uzun salınımlı formu) ve klonidin, özellikle çocuklarda ve ergenlerde DEHB tedavisinde kullanılan diğer non-stimulan ilaçlardandır. Bu ilaçlar, özellikle dürtüsellik, agresyon ve hiperaktivite gibi semptomların baskılanmasında etkili olarak raporlanmıştır (Biederman vd., 2008: e73). Prefrontal korteksteki alfa-2 adrenerjik reseptörleri aktive ederek sinaptik iletimi düzenlemek ve böylece dikkat, çalışma belleği ve dürtü kontrolünü artırarak etki gösterdikleri düşünülmektedir (Arnsten ve Li, 2005: 1382). Başlıca yan etkiler sedasyon, tansiyon düşüklüğü ve baş dönmesi olarak gözlemlenebilir.
- Bupropion: Bupropion, esasen bir antidepresan olmakla birlikte, norepinefrin ve dopamin geri alım inhibitörü olarak da etki gösterir ve bazı vakalarda DEHB tedavisinde tercih edilebilmektedir. Özellikle stimulanlara yanıt vermeyen veya depresyon eş tanısı olan erişkinlerde alternatif bir seçenek olabilir (Wilens vd., 2001: 282). Yan etkiler arasında uyku bozuklukları, ağız kuruluğu ve bazen nöbet eşiğinde azalma sayılabilir.

- Diğer ajanlar: DEHB tedavisinde araştırılan veya destekleyici olarak kullanılan başka ajanlar da vardır (ör. modafinil, trisiklik antidepresanlar); ancak bu ilaçlar günümüzde yaygın olarak kullanılmamaktadır ve genellikle yan etkileri ya da etki gücü nedeniyle ikinci veya üçüncü basamakta düşünülür.

Non-stimulan ilaçlar genellikle stimulanlara göre daha geç etki başlatır; tedavi etkisinin tam olarak ortaya çıkması birkaç hafta sürebilir. Bununla birlikte, bağımlılık riski olmaması ve bazı komorbid durumlarda (ör. tik bozukluğu, anksiyete, uyku sorunları) tercih edilmesi, bu ilaçların klinik kullanımda önemli bir yer edinmesini sağlamaktadır.

2.1.5.2. Psikoterapi

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nun (DEHB) tedavisinde farmakolojik müdahaleler çoğunlukla temel yaklaşım olarak benimsenmekle birlikte, psikososyal ve psikoterapötik uygulamaların da önemli katkıları olabileceği bildirilmektedir (Chronis, Jones ve Reggi, 2006: 486; Evan, Owens ve Bunford, 2013: 544). Psikoterapinin, özellikle farmakolojik tedaviye yanıtı yetersiz olan, ilaç kullanımının uygun görülmediği ya da ek psikososyal zorlukları olan bireylerde yaşam kalitesini ve işlevselliği desteklediği öne sürülmektedir.

Davranışçı Terapi ve Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT): DEHB tedavisinde en yaygın uygulanan psikoterapötik yöntemler arasında davranışçı terapi ve bilişsel davranışçı terapi (BDT) yer almaktadır. Davranışçı terapiler, özellikle çocuklarda olumlu davranışların pekiştirilmesi, ödül ve ceza sistemlerinin uygulanması ve sosyal becerilerin geliştirilmesi üzerine odaklanır. BDT ise hem çocuklar hem de yetişkinler için DEHB semptomlarının yönetiminde etkili olabilecek, düşünce biçimlerinin ve davranışların yeniden yapılandırılmasını hedefleyen yapılandırılmış bir terapi türüdür (Knouse ve Safren, 2010: 507; Young ve Amarasinghe, 2010: 128). Yetişkin DEHB'de BDT, zaman yönetimi, organizasyon, planlama, dürtüsellik kontrolü ve hedef belirleme gibi alanlarda pratik stratejiler öğretir ve günlük işlevselliği artırmayı amaçlar (Safren vd., 2005: 835).

Aile ve Ebeveyn Eğitimi: DEHB tanılı çocuklarda aile odaklı terapiler ve ebeveyn eğitimi, çocuğun evdeki davranışlarını düzenlemede, anne-baba tutumlarını değiştirmede ve aile içi ilişkileri iyileştirmede önemli rol oynayabilir. Ebeveyn eğitimi

programları genellikle çocukların davranışlarını yönetmek için etkili disiplin teknikleri, olumlu pekiştirme ve problem çözme becerileri üzerine yoğunlaşır (Evan, Owens ve Bunford, 2013: 533; Chronis-Tuscano vd., 2016: 502).

Grup Terapisi ve Sosyal Beceriler Eğitimi: Grup terapisi ve sosyal beceri eğitimi, DEHB'li çocukların yaşıtlarıyla sağlıklı ilişkiler kurmalarını, empati geliştirmelerini ve sosyal ipuçlarını anlamalarını kolaylaştırabilir.

Dijital ve Oyun Tabanlı Müdahaleler: Son yıllarda, dijital terapiler ve oyun temelli yaklaşımlar DEHB yönetiminde alternatif veya tamamlayıcı stratejiler olarak gündeme gelmiştir. Özellikle Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA), 2020 yılında, 8-12 yaş arası çocuklarda DEHB semptomlarını hafifletmek amacıyla geliştirilmiş bir video oyunu olan EndeavorRx'i (AKL-T01) tedavi aracı olarak onaylamıştır (U.S. Food and Drug Administration, 2020). Bu dijital oyun, çocukların dikkat, bilişsel kontrol ve çalışma belleği gibi alanlarını hedefler ve haftada beş gün, yirmi beş dakika ve en az dört hafta boyunca oynanmaktadır. Oyun temelli uygulamalar, geleneksel psikoterapiye alternatif olmaktan çok, tamamlayıcı bir müdahale olarak değerlendirilmektedir.

Mevcut bulgular, psikoterapötik yaklaşımların DEHB tedavisinde farmakolojik yöntemlerle birlikte ya da tek başına uygulanabileceğini, özellikle işlevsellik ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkilerinin olabileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte, psikoterapiye verilen yanıtın kişiden kişiye değişebileceği ve en etkili yaklaşımın çoğunlukla bireysel gereksinimlere göre şekillendirilmesi gerektiği vurgulanmalıdır.

2.1.6. DEHB'de Birliktelik Durumları (Eş Tanılar)

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu hem çocukluk hem de yetişkinlik döneminde sıklıkla başka psikiyatrik ve tıbbi durumlarla birlikte görülebilen, kompleks bir bozukluktur.

DEHB'li bireylerin %75'inin en az bir ek tanı (komorbidite) yaşadığı öne sürülmektedir (Kolar vd., 2008: 398). Bazı kaynaklarda bu oran %89'a kadar çıkabilmektedir (Sobanski vd., 2007: 372).

2.1.6.1. DEHB'ye Eşlik Eden Fiziksel Durumlar

DEHB yalnızca psikiyatrik bozukluklarla değil, bazı fizyolojik veya tıbbi durumlarla da ilişkili olabilmektedir. Örneğin, Leppert ve arkadaşları (2020: 1047) tarafından yapılan bir araştırma, DEHB ile çocukluk obezitesi arasında nedensel bir ilişki raporlamıştır. Aynı çalışma, manyetik rezonans görüntüleme kullanarak DEHB ve koroner arter hastalığı arasında da nedensel bir ilişki bulunduğunu belirtmiştir.

Bunlara ek olarak, DEHB'nin uyku bozukluklar, astım ve yetişkinlerde obezite ile eş tanı olarak seyredebileceği öne sürülmektedir (Instanes vd., 2018: 203).

2.1.6.2. DEHB'ye Eşlik Eden Psikopatolojik Durumlar

DEHB'ye eşlik eden psikiyatrik bozukluklar oldukça çeşitlidir ve çoğu zaman klinik seyri, tedavi yanıtını ve bireyin genel yaşam kalitesini etkileyebilir. Komorbiditeye yönelik müdahalelerin, sadece ek bozukluğun değil, DEHB'nin de seyrine olumlu etkilerinin olabileceği belirtilmektedir (Işık Mengü, Işık ve Işık, 2022: 34**)**.

a) Çocuk ve Ergenlerde DEHB'ye Eşlik Eden Psikopatolojik Durumlar

Çocuklarda ve ergenlerde en sık bildirilen komorbid psikiyatrik durumlar arasında karşıt olma-karşı gelme bozukluğu (Oppositional Defiant Disorder, ODD), davranım bozukluğu (Conduct Disorder, CD), anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları, özgül öğrenme güçlükleri ve tik bozuklukları bulunmaktadır (Işık Mengü, Işık ve Işık, 2022: 34).

DEHB'li ergenlerin %54'ünde karşıt olma-karşıt gelme bozukluğu, %22 ila 43'ünde ise davranım bozukluğu olduğu bildirilmiştir. Disleksi, diskalkuli, disgrafinin ise DEHB ile birlikte %10-60 oranda görüldüğü düşünülmektedir (Işık Mengü, Işık ve Işık, 2022: 35).

Tütün bağımlılığı ve madde kullanımı da ergen DEHB'li bireyler için daha yüksek risk oluşturabilmektedir. Araştırmalar, DEHB'li gençlerin sigaraya başlama yaşının daha erken olabileceğini ve bu bireylerin tütün bağımlılığına yatkınlığının toplum ortalamasına göre 2-3 kat fazla olabileceğini öne sürmektedir (Işık Mengü, Işık ve Işık,

2022: 34). Bu durumun nedenlerinden birinin de "kendi kendini tedavi etme" davranışı olabileceği ileri sürülmektedir (Işık Mengü, Işık ve Işık, 2022: 40).

b) Yetişkinlerde DEHB'ye Eşlik Eden Psikopatolojik Durumlar

Yetişkin DEHB'sinde en sık bildirilen eş tanılar arasında depresyon, distimi, anksiyete bozuklukları (ör. yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi, özgül fobiler ve panik bozukluğu), madde kullanım bozukluğu ve yeme bozuklukları (ör. bulimia nervoza) bulunmaktadır. Buna ek olarak, DEHB'li bireylerde en sık karşılaşılan komorbid kişilik bozuklukları antisosyal kişilik bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu ve histrionik özelliklerdir. Aynı şekilde, borderline kişilik bozukluğu olan kişilerde sıklıkla DEHB görülebilir veya çocukluk döneminde DEHB geçmişine sahip olabilirler (Ginsenberg vd., 2014: e5).

2.1.7. Ayırıcı Tanı

DEHB, hem çocukluk hem de yetişkinlik döneminde, semptomları diğer birçok psikiyatrik ve tıbbi bozuklukla örtüşebilen kompleks bir nörogelişimsel bozukluktur. DEHB belirtileri—örneğin dikkat dağınıklığı, dürtüsellik ve hiperaktivite—çeşitli başka psikiyatrik hastalıklarda da gözlenebileceğinden, ayırıcı tanı süreci büyük önem taşımaktadır.

Anksiyete bozuklukları, depresyon ve diğer duygudurum bozuklukları, uyum bozuklukları, öğrenme güçlükleri, dil ve konuşma bozuklukları, otizm spektrum bozukluğu ve bazı psikotik bozukluklar, DEHB ile benzer bulgular gösterebilmektedir (Kolar vd., 2008: 390; Gentile, Atiq ve Gillig, 2006: 27).

Ayrıca, yüksek düzeyde strese maruz kalan bireylerin DEHB belirtilerini sergileyebileceğini belirtilmiştir. Hastaların belirtilerinin olası alternatif açıklamalarının varlığı ve şiddeti dikkatlice değerlendirilmelidir, böylece doğru tanı konabilir ve tedavi seçenekleri uygun bir şekilde tartılabilir (Kolar vd., 2008: 390).

Ayırıcı tanı sürecinde, bireyin semptomlarının başlangıç yaşı, sürekliliği, işlevsellik düzeyine etkisi ve farklı ortamlardaki gözlemleri detaylı biçimde incelenmelidir. Bunun yanında, diğer tıbbi nedenleri dışlamak için kapsamlı bir fiziksel ve nörolojik değerlendirme gereklidir. Uyku bozuklukları (örneğin obstrüktif uyku apnesi), epilepsi

(özellikle absans nöbetleri/petit mal), işitme ve görme bozuklukları, tiroid disfonksiyonları gibi hastalıklar, DEHB'ye benzer semptomlarla ortaya çıkabileceğinden, ayrıntılı tıbbi öykü ve gerekirse ileri incelemeler önerilmektedir (Gentile, Atiq ve Gillig, 2006: 27).

Sonuç olarak, DEHB tanısı koymadan önce, semptomların başka bir psikiyatrik veya tıbbi bozukluğun yansıması olup olmadığını anlamak için çok yönlü bir klinik değerlendirme ve ayırıcı tanı yaklaşımı benimsenmelidir.

2.2. Hayat Kalitesi

Hayat kalitesi, bireylerin ve toplumların genel refah seviyesini değerlendirmek için kullanılan, çok boyutlu ve dinamik bir kavramdır (Topçu vd., 2013: 15). Bu kavram; sağlık, psikolojik iyi oluş, sosyal ilişkiler, ekonomik koşullar ve çevresel faktörler gibi bir dizi göstergenin bütüncül değerlendirilmesini içerir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), hayat kalitesini "bireylerin kendi yaşamlarını, içinde bulundukları kültürel ve değerler sistemi bağlamında ve kendi hedefleri, beklentileri, standartları ve kaygılarıyla bağlantılı olarak algılamaları" şeklinde tanımlamaktadır (WHO, 2012). Yaşam kalitesi, maddi durum, istihdam, çevre, fiziksel ve zihinsel sağlık, eğitim, hobi ve boş zaman, sosyal bağlantı, dini inançlar, güvenlik, özgürlük ve güvenlik gibi göstergelerle ilişkilendirilmiştir (Estoque vd., 2019: 620).

2.2.1. Hayat Kalitesi Alt Boyutları

Yaşam kalitesi, bireyin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, sosyal ilişkileri ve çevresel koşulları gibi çeşitli yaşam alanlarındaki memnuniyet düzeyinin bütüncül bir yansıması olarak ele alınmaktadır. Bu çok boyutlu yapı genel olarak aşağıdaki temel alanları içermektedir:

1. Fiziksel sağlık: Bu boyut, bireyin enerji düzeyi, uyku kalitesi, hareket kabiliyeti, günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilme yetisi ve ağrı ya da rahatsızlık düzeyi gibi değişkenleri kapsamaktadır.
2. Psikolojik iyi oluş: Psikolojik iyi oluş; bireyin yaşamdan aldığı haz, anlamlılık duygusu, dikkatini toplayabilme yetisi, benlik saygısı ve olumsuz duygularla baş edebilme kapasitesi gibi unsurları içerir.

3. Sosyal ilişkiler: Sosyal destek, yakın ilişkiler ve cinsel yaşamla ilgili memnuniyet düzeyini içeren bu boyut, bireyin toplumsal bağlarını ve bu bağların işlevselliğini sorgular
4. İşlevsel ve mesleki yeterlilik: Bireyin okul, iş veya ev yaşamındaki sorumluluklarını sürdürebilme kapasitesini kapsar.
5. Çevresel koşullar: Çevre boyutu; fiziksel güvenlik, ev koşulları, finansal kaynaklara erişim, sağlık hizmetleri ve bilgiye ulaşma gibi maddi ve sosyal kaynaklara erişimi değerlendirir.

Bu alanlar hem birbirinden bağımsız hem de karşılıklı etkileşim içerisinde olabilir; dolayısıyla bir alandaki bozulma diğer alanları da olumsuz etkileyebilir.

2.2.2. DEHB ve Hayat Kalitesi

DEHB'nin temel belirtileri olan dikkat dağınıklığı, dürtüsellik ve hiperaktivite; bireyin akademik, sosyal, duygusal ve mesleki işlevselliğini doğrudan etkileyerek yaşam kalitesinde belirgin azalmaya yol açabilir (French vd., 2024: 2).

Çocukluk çağında, DEHB tanısı almış bireylerin yaşam kaliteleri, hem öz bildirim hem de ebeveyn değerlendirmelerine göre anlamlı şekilde düşük olabilir. Özellikle okul performansı, sosyal uyum ve duygusal denge alanlarında ciddi bozulmalar gözlenebilir. Örneğin, Dona ve arkadaşlarının (2023: 605) gerçekleştirdiği bir meta-analiz çalışması, DEHB tanısı alan çocukların yaşam kalitesi puanlarının, kontrol grubuna göre çok daha düşük olduğunu ve bu etkinin tüm alt boyutlarda ortaya çıktığını raporlamıştır.

Ergenlik döneminde, kimlik gelişimi, akademik başarı ve sosyal kabul gibi alanlar ön plana çıktığından, DEHB'nin yaşam kalitesi üzerindeki etkileri farklılaşabilir. Kazda ve arkadaşları (2022) tarafından yapılan bir çalışmada, çocuklukta DEHB tanısı almış ergenlerin genel yaşam kalitesi skorları kontrol grubuna benzer bulunmuştur; ancak okul aidiyeti, akademik öz-yeterlilik ve sosyal ilişkilerde anlamlı düşüklükler saptanmıştır. Ayrıca, bu gruptaki bireylerin kendine zarar verme davranışlarına daha yatkın oldukları bildirilmiştir.

Yetişkinlikte ise DEHB'nin yaşam kalitesi üzerindeki etkisi daha da karmaşık hale gelebilir. Akademik yapıdan uzaklaşan bireyler, iş yaşamı, ekonomik sorumluluklar ve romantik ilişkiler gibi yeni işlevsel alanlarda DEHB semptomlarının yol açtığı zorluklarla karşılaşabilirler (Agarwal vd., 2012: 10; Danckaerts vd., 2010: 84).

Son olarak, yaşam kalitesini düşüren faktörler arasında eş tanılar, yürütücü işlev bozuklukları, sosyal dışlanma, akademik/maddi başarısızlık, ilişki problemleri ve duygusal regülasyon güçlükleri sayılabilir. Bu durum, yaşam kalitesinin dinamik, çok boyutlu ve gelişimsel olarak değişken bir yapı olduğunu göstermektedir.

2.3. Kişilik Patolojileri

Kişilik, bireyin diğer insanlardan ayırt edilmesini sağlayan, kendine özgü düşünme, hissetme ve davranma biçimlerinin bütünü olarak tanımlanır. Kişilik özelliklerinin gelişiminin; genetik yatkınlık, yaşam deneyimleri ve çevresel faktörlerin etkileşimi ile şekillendiği ve genellikle bir kişinin kişilik özelliklerinin zaman içinde görece tutarlı olduğu ve yaşamın çeşitli alanlarında benzer şekilde kendini gösterdiği öne sürülmektedir (APA, 2022).

Kişilik bozuklukları, bireyin içinde yaşadığı toplumun beklentilerinden belirgin şekilde sapma gösteren ve kişisel ya da toplumsal işlevselliği olumsuz etkileyen kalıcı ve esnekliği azalmış kişilik özelliklerinin bir arada bulunması şeklinde tanımlanmaktadır (Morrison, 2014/2023: 560; APA, 2022). Bu tür özelliklerin genellikle uzun süreli ve istikrarlı olduğu, kişinin kişisel, sosyal ve mesleki yaşamında çeşitli zorluklara yol açabileceği bildirilmektedir (Morrison, 2014/2023: 531).

Küresel ölçekte yapılan bazı araştırmalar, dünya nüfusunun yaklaşık %7-8'inde yaşam boyu en az bir kişilik bozukluğu olabileceğine işaret etmektedir (Winston vd., 2020: 69). Ayrıca, yüksek gelirli ülkelerde yetişkin nüfusta kişilik bozukluğu yaygınlığının %10 civarında olabileceği tahmin edilmektedir (Kvarstein vd., 2023: 2). Ancak, bildirilen yaygınlık oranlarının kültürel, metodolojik ve tanı ölçütlerindeki farklılıklara göre değişiklik gösterebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

2.3.1. Kategorizasyon

DSM-V-TR, kişilik bozukluklarını üç ayrı kümede değerlendirir. Tablo 2.1, bu bozuklukların kategorize edilme şeklini göstermektedir.

Tablo 2.1: Kişilik Bozukluklarının Kümelendirilmesi

KÜME	KİŞİLİK BOZUKLUĞU
A KÜMESİ	Paranoid Kişilik Bozukluğu
	Şizoid Kişilik Bozukluğu
	Şizotipal Kişilik Bozukluğu
B KÜMESİ	Antisosyal Kişilik Bozukluğu
	Sınırda Kişilik Bozukluğu
	Histrionik Kişilik Bozukluğu
	Narsistik Kişilik Bozukluğu
C KÜMESİ	Çekingen Kişilik Bozukluğu
	Bağımlı Kişilik Bozukluğu
	Obsesif Kompülsif Kişilik Bozukluğu

2.3.1.1. A Kümesi Kişilik Bozuklukları

A kümesi kişilik bozuklukları, genellikle toplumdan uzak duran, sıra dışı düşünce ve davranışlara sahip bireyleri tanımlar. Bu gruptaki bireyler çoğunlukla içe dönük, şüpheci, sosyal ilişkilerden uzak ve diğerlerinden farklı olarak algılanabilirler (Morrison, 2014/2023: 528). Bu kümeye ait üç kişilik bozukluğu vardır: Paranoid Kişilik Bozukluğu, Şizoid Kişilik Bozukluğu, Şizotipal Kişilik Bozukluğu (APA, 2022).

a) Paranoid Kişilik Bozukluğu

Paranoid kişilik bozukluğunda, bireyler sıklıkla çevrelerindeki insanlara karşı aşırı derecede şüpheci ve temkinli yaklaşır. Başkalarının kendilerine zarar vereceği, kandıracağı ya da kötü niyetli olduğu düşüncesiyle başkalarına güvenmekte

zorlanabilirler. Bu kişiler sosyal ilişkilerde mesafeli olabilir ve güven kurmakta belirgin zorluklar yaşayabilirler (APA, 2022).

b) Şizoid Kişilik Bozukluğu

Şizoid kişilik bozukluğuna sahip bireyler genellikle sosyal ilişkilerden uzak durur, duygularını ifade etmekte isteksiz olabilir ve yalnızlığı tercih edebilirler. Bu kişiler, başkalarıyla yakın ilişki kurma konusunda ilgisiz ya da isteksiz olabilir ve çevrelerinden gelen övgü veya eleştiriden genellikle etkilenmeyebilirler (APA, 2022).

c) Şizotipal Kişilik Bozukluğu

Şizotipal kişilik bozukluğu olan bireylerde sosyal ilişkilerde rahatsızlık hissi, olağandışı ya da tuhaf kabul edilebilecek inançlar, düşünceler veya davranışlar gözlenebilir. Sıklıkla dışarıdan eksantrik ya da alışılmadık olarak algılanan bu kişilerde, belirgin sosyal anksiyete ve iletişimde tuhaflıklar bulunabilir (APA, 2022).

Aile ve evlat edinme çalışmaları, şizotipal kişilik bozukluğunun, şizofreni hastalarının birinci derece akrabalarında kontrol gruplarına kıyasla daha yüksek oranda görüldüğünü raporlamaktadır (Siever ve Davis, 2004: 399). Bazı araştırmalar, yüksek düzeyde şizotipal özelliklere sahip bireylerin, şizofreni hastalarında gözlemlenenlere benzer biçimde, nörobilişsel görevlerde performans değişiklikleri ve beyin işlevlerinde bozulmalar sergilediğini göstermiştir (Ettinger vd., 2014: 1). Bu durum, şizotipal kişilik bozukluğunun, şizofreni spektrumunda yer alan bir bozukluk olabileceği düşüncesini ortaya koymaktadır.

2.3.1.2. B Kümesi Kişilik Bozuklukları

B kümesi kişilik bozuklukları, genellikle dramatik, duygusal veya değişken davranışlarla karakterizedir. Bu gruptaki bireylerin duygudurumları sıklıkla değişkenlik gösterebilir, duygusal tepkileri yüzeysel olabilir ve kişilerarası ilişkilerde belirgin güçlükler yaşayabilirler (Morrison, 2014/2023: 529). B kümesi kapsamında dört ana kişilik bozukluğu tanımlanmaktadır: Antisosyal Kişilik Bozukluğu, Sınırda (Borderline) Kişilik Bozukluğu, Narsistik Kişilik Bozukluğu ve Histrionik Kişilik Bozukluğu (APA, 2022).

a) Antisosyal Kişilik Bozukluğu

Antisosyal kişilik bozukluğu olan bireyler, başkalarının haklarını görmezden gelme, sosyal normlara uyumsuzluk, tekrar eden yalan söyleme veya aldatıcı davranışlar, dürtüsellik ve saldırganlık eğilimi gibi kalıcı örüntüler sergileyebilirler. Bu bireylerde empati eksikliği ve pişmanlık duymama gibi özellikler ön planda olabilir (APA, 2022).

b) Sınırda (Borderline) Kişilik Bozukluğu

Sınırda kişilik bozukluğu, yoğun ve değişken duygular, kişilerarası ilişkilerde istikrarsızlık, dürtüsellik, benlik algısında dalgalanmalar ve kronik boşluk duygusuyla karakterizedir. Bireyler, terk edilme korkusu nedeniyle yoğun çaba sarf edebilir ve tekrarlayan intihar girişimleri, kendine zarar verme davranışları ve öfke patlamaları gibi belirtiler gösterebilirler (APA, 2022).

c) Histrionik Kişilik Bozukluğu

Histrionik kişilik bozukluğunda, bireyler ilgi odağı olma ihtiyacıyla hareket edebilir, duygularını hızla ve abartılı şekilde ifade edebilirler, fiziksel görünümlerini dikkat çekmek için kullanabilirler. İlgi görmediklerinde rahatsızlık hissedebilir, sosyal ilişkilerinde yüzeysel ve değişken olabilirler (APA, 2022).

2.3.1.3. C Kümesi Kişilik Bozuklukları

C kümesi kişilik bozuklukları, genellikle kaygılı, aşırı kontrollü ve gergin kişilik örüntüleriyle karakterizedir. Bu gruptaki bireyler, sosyal ilişkilerde çekingenlik, aşırı itaatkarlık ya da mükemmeliyetçilik gibi eğilimler sergileyebilirler. C kümesine üç temel kişilik bozukluğu dahildir: Çekingen Kişilik Bozukluğu, Bağımlı Kişilik Bozukluğu ve Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu (APA, 2022).

a) Çekingen Kişilik Bozukluğu

Çekingen kişilik bozukluğuna sahip bireyler, sosyal ortamlarda aşırı utangaçlık ve eleştirilmeye karşı aşırı duyarlılık gösterebilirler. Yetersizlik duyguları, olumsuz

değerlendirilmekten ya da reddedilmekten yoğun biçimde kaygı duymak ve başkaları tarafından kabul edilmediklerinden emin olmadıkça yakın ilişki kurmaktan kaçınmak bu bozukluğun ayırt edici özellikleri arasındadır. Ayrıca, sosyal etkileşimlerde başarısız olacaklarına dair güçlü inançlara sahip olabilirler (APA, 2022).

b) Bağımlı Kişilik Bozukluğu

Bağımlı kişilik bozukluğu olan kişiler, başkalarına aşırı derecede ihtiyaç duyma ve destek arama eğiliminde olabilirler. Kendi başlarına karar vermekte zorlanabilir, başkalarının tavsiye veya güvencesi olmadan günlük kararlarını almakta çekingenlik gösterebilirler. Bu kişiler, yalnız kalmaktan ya da başkalarından ayrılmaktan yoğun biçimde korkabilir ve bakım sağlayan bir kişiye bağımlı olma eğilimi gösterebilirler (American Psychiatric Association, 2022).

c) Obsesif Kompülsif Kişilik Bozukluğu

Obsesif-kompulsif kişilik bozukluğunda, aşırı mükemmeliyetçilik, kontrol ve düzen takıntısı, ayrıntılara ya da kurallara gereğinden fazla odaklanma gibi eğilimler öne çıkmaktadır. Bu bireyler, genellikle zaman yönetiminde zorlanabilir, işleri mükemmel yapmaya çalıştıklarından sıkça gecikmeler yaşayabilirler ve esneklikten yoksun olabilirler. Boş zaman aktiviteleri veya sosyal ilişkiler, sıklıkla ikinci planda kalabilir ve ahlaki ya da etik konularda katı görüşler sergileyebilirler (APA, 2022).

2.3.2. Kişilik Bozukluklarının Etiyolojisi

Kişilik bozukluklarının ortaya çıkışının, genetik yatkınlık, erken yaşam deneyimleri ve çevresel faktörlerin karmaşık ve çok boyutlu etkileşimine dayandığına inanılmaktadır. Genetik faktörlerin, beynin temel işlevleri ve kişilik gelişimi üzerinde önemli bir etkisi olabileceği düşünülmektedir; bu biyolojik yapı, bireyin çevresel ve sosyal deneyimlere nasıl yanıt verdiğini ve bu deneyimlerle nasıl başa çıktığını büyük ölçüde şekillendirebilir. Zamanla, kişi, dünyayı algılama, duygulanma, düşünme, baş etme ve davranma biçimlerinde belirgin desenler veya yollar geliştirebilir (Public Health Agency of Canada). Genetik çalışmalar, özellikle ikiz ve genom çapında

ilişkilendirme araştırmaları, kişilik bozukluklarına yönelik biyolojik yatkınlıkların varlığına işaret etmektedir (Fariba vd., 2024).

2.3.3. Kişilik Bozukluklarının Tedavisi

Kişilik bozukluklarının tedavisi, çoğu zaman karmaşık ve uzun soluklu bir süreç haline gelebilir. Bunun temel nedenlerinden birinin, kişilik bozukluğuna sahip bireylerde değişime karşı direnç, öz inkâr eğilimi ve daha önceki tedavi girişimlerinin genellikle sınırlı başarıya ulaşması nedeniyle ortaya çıkabilen kötümserlik olduğu öne sürülmektedir (Public Health Agency of Canada).

Kişilik bozukluklarında en yaygın kullanılan psikoterapi yöntemlerinden biri diyalektik davranış terapisi (DBT)'dir. Etkinliği bilimsel olarak kaydedilmiş olan (Katakis vd., 2023) DBT, bireyin yoğun duygusal dalgalanmalarla başa çıkmasını, duygu düzenleme becerilerini geliştirmesini, kişilerarası ilişkilerde daha sağlıklı iletişim kurmasını ve zararlı davranışları azaltmasını hedefler. Bu yaklaşım, mindfulness (farkındalık), stres toleransı, duygusal düzenleme ve kişilerarası etkinlik gibi temel becerilere odaklanır; kabul ve değişim stratejilerini birlikte kullanarak bireyin hem duygularını kabullenmesini hem de işlevsiz davranışları değiştirmesini amaçlar.

Bir diğer sık uygulanan ve etkinliği kanıtlanmış yöntem ise bilişsel davranışçı terapidir (Matusiewicz vd., 2010: 658). Bilişsel terapi, bireyin düşünce, duygu ve davranışları arasındaki ilişkileri fark etmesini sağlamayı amaçlar; işlevsiz veya gerçekçi olmayan düşünce kalıplarını tanımlayarak, bunları daha uyumlu ve yapıcı düşüncelerle değiştirmeye odaklanır. Bu süreçte, danışanın geçmiş yaşantılarından kaynaklanan olumsuz şemalarının güncel duyguları ve davranışları üzerindeki etkisi çalışılır ve bireyin hem kendisiyle hem de çevresiyle daha sağlıklı ilişkiler kurması desteklenir.

Psikoterapi dışında, tedaviye farmakolojik müdahaleler de eşlik edebilmektedir. Özellikle komorbid depresyon, anksiyete ya da duygudurum dengesizliği olan bireylerde, antidepresanlar, duygudurum düzenleyiciler ve bazı durumlarda antipsikotik ilaçlar semptom yönetiminde kullanılabilmektedir (Mayo Clinic, 2023).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

Bu bölümde araştırmanın modeli, araştırma evreni, araştırma örneklemi, veri toplama araçları, araştırmada kullanılan ölçek ve veri çözümleme teknikleriyle ilgili ayrıntılı bilgiler yer almaktadır.

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu çalışma, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısının alınma zamanının yaşam kalitesi ve kişilik patolojisi üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla nicel ve korelasyonel bir araştırma yaklaşımı benimsemiştir. Araştırma tasarımı deneysel olmayan ve karşılaştırmalı bir yapıya sahip olup, herhangi bir değişken üzerinde manipülasyon yapılmamış; bunun yerine, doğal olarak oluşan iki grup arasındaki farklılıklar gözlemlenerek analiz edilmiştir.

Çalışma, DEHB tanı zamanlamasının yaşam kalitesi ve kişilik patolojisi üzerindeki etkilerine ilişkin belirli hipotezleri test etmek amacıyla, yerleşik teorilerden ve mevcut literatürden yararlanarak tümdengelimci (dedüktif) bir yaklaşım benimsemiştir. Bu süreçte, araştırmanın amaçladığı psikososyal yapıların güvenilir ve geçerli bir biçimde ölçülmesini sağlamak üzere, geçerliliği ve güvenilirliği bilimsel olarak kanıtlanmış psikometrik ölçekler kullanılmıştır.

3.2. Evren ve Örneklem

Bu çalışmada, olasılıksız kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Katılımcılar, çevrimiçi anket aracılığıyla gönüllü olarak araştırmaya davet edilmiştir. Bu örnekleme yöntemi, zaman, erişim ve kaynak kısıtlılıkları nedeniyle sıklıkla tercih edilmiştir. Ankete katılım için, bireylerin herhangi bir yaşta DEHB tanısı almış olması ve 18 ile 25 yaş aralığında üniversite öğrencisi olmaları kriterleri aranmıştır.

Toplamda 141 ayrı kişinin katıldığı çalışmada, 34 kişinin araştırmaya uygun olmadığı saptanmıştır. Bu 34 kişi içinden 13 kişi yaş sınırına uymamakta olup, 6 kişi DEHB teşhisine sahip değildir. 15 kişi ise anket içerisinde katılımcının soruları rastgele

cevaplayıp cevaplamadığını anlamak üzere koyulmuş sorulara belirlenen cevap dışında cevap vermiştir.

Araştırmaya uygun olmayan kişilerin çıkarılmasından sonra 107 katılımcı kalmıştır. Gruplar arasında karşılaştırılabilirliği sağlamak amacıyla, erken teşhis grubundan 5 katılımcı rastgele seçilerek çalışma dışı bırakılmış ve böylece her iki grup eşit büyüklüğe getirilmiştir. Bu adım, kolayda örneklemenin temel doğasını değiştirmemekte, sadece analiz için gruplar arası denge sağlamaktadır.

- Evren: Bu çalışmanın hedef evreni, yaşamlarının herhangi bir noktasında DEHB tanısı almış ve 18-25 yaş aralığında bulunan üniversite öğrencisi yetişkin bireylerden oluşmaktadır.
- Örneklem: Araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ve anketi eksiksiz şekilde dolduran toplam 102 birey nihai örneklemi oluşturmuştur. Bu katılımcılar, 12 yaşında veya daha önce DEHB tanısı alan 51 kişi (erken tanı) ve 12 yaşından sonra DEHB tanısı alan (geç tanı) 51 kişi olarak eşit iki gruba ayrılmıştır. Cinsiyet örneklem içerisindeki doğal çeşitliliği yansıtmaktadır, bir faktör olarak kontrol edilmemiş ve katılımcıların cinsiyet dağılımı olduğu gibi bırakılmıştır.

Araştırmada katılımcı grupları, tanı alma yaşına göre eşit sayıda olacak şekilde dengeli biçimde oluşturulmuştur ancak tedavi durumu bu şekilde dengelenmemiştir. Bu değişken, katılımcıların doğal dağılımına bağlı olarak iki gruba ayrılmıştır (tedavi alanlar ve tedavi almayanlar). Bu nedenle, tedavi durumuna göre oluşturulan gruplar arasında yaş, cinsiyet, eğitim durumu, ilişki durumu ve madde kullanımı gibi demografik değişkenlerde anlamlı farklar bulunma olasılığı göz önünde bulundurulmuştur. Bu potansiyel farkların analiz sonuçlarını yanlı hale getirme riskine karşı, tedavi durumu değişkenine yönelik yapılacak karşılaştırmalardan önce her iki grubun demografik özellikleri istatistiksel olarak test edilecektir.

3.3. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında kullanılan anket dört bölümden oluşmaktadır: Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu, demografik bilgi formu, hayat kalitesi ölçeği (WHOQOL-BREF) ve Coolidge Axis II Inventory – Plus Türkçe Kısa Form (CATI+ TR KF). Aşağıda bu ölçeklerin detaylı bilgileri verilmiştir.

3.3.1. Demografik Bilgi Formu

Çalışma kapsamında katılımcıların temel özelliklerini belirlemek amacıyla demografik bilgi formu kullanılmıştır. Bu formda katılımcıların adı, yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu ve istihdam durumu gibi kişisel bilgileri toplanmıştır. Katılımcılara aynı zamanda DEHB teşhislerini kaç yaşında aldıkları ve ilaç kullanma durumları üç seçenek ile: (“Kullanıyorum”, “Eskiden kullandım ama devam etmiyorum”, “Hiç kullanmadım”) sorulmuştur. Gruplar oluşturulurken, “Kullanıyorum” ve “Eskiden kullandım ama devam etmiyorum” seçeneğini işaretleyen katılımcılar beraber “Tedavi Alan Grup” olarak değerlendirilmiştir.

Veriler, katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin analiz edilmesi ve çalışma bulgularının yorumlanmasında daha kapsamlı bir bağlam sunulması için kullanılmıştır.

Araştırmada kullanılan demografik bilgi formunda, katılımcılardan cinsiyet bilgilerini belirtmeleri istenmiş ve "Kadın," "Erkek" ve "Diğer" olmak üzere üç seçenek sunulmuştur. Ancak, "Diğer" seçeneğini işaretleyen katılımcı olmamıştır. Bu nedenle analizler, cinsiyet değişkenine ilişkin değerlendirmelerde yalnızca "Kadın" ve "Erkek" kategorileri üzerinden gerçekleştirilmiştir.

3.3.2. Hayat Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF TR)

Bu çalışmada yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla WHOQOL-BREF (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği – Kısa Form) Türkçe formu kullanılmıştır. Türkçe versiyon, uluslararası geçerliliğe sahip 26 maddelik orijinal yapıya ek olarak, kültürel uyarlama kapsamında bir adet ülkeye özgü ek madde içermektedir. Ancak Dünya Sağlık Örgütü’nün yönergelerine göre, bu ek madde yalnızca kültürel farklılıkları anlamaya yönelik ek bilgi sağlaması amacıyla eklenmiş olup; fiziksel, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevresel alanlara ilişkin puanlamaya dahil edilmemelidir. Bu nedenle, çalışmada yaşam kalitesi alt alan puanları hesaplanırken yalnızca 26 orijinal madde dikkate alınmış; Türkçeye özgü ek madde analizlere dahil edilmemiştir. Bu yaklaşım, ölçeğin uluslararası geçerliliğini ve diğer araştırmalarla karşılaştırılabilirliğini korumak amacıyla tercih edilmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından geliştirilen Yaşam Kalitesi Ölçeği – BREF (WHOQOL-BREF), bireylerin yaşam kalitesini değerlendirmek için kullanılan bir öz-

bildirim anketidir. Bu ölçek, yaşam kalitesinin dört ana boyutunu değerlendirir: fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre. Ayrıca, genel yaşam kalitesi ve genel sağlık durumunu ölçen iki ayrı madde de içerir.

WHOQOL-BREF, DSÖ'nün yaşam kalitesini tanımlama yaklaşımıyla uyumlu bir şekilde geliştirilmiştir. Hem araştırmalarda hem de klinik uygulamalarda kullanılabilecek veriler sunmayı amaçlamaktadır. Kısa ve uygulanması kolay bir ölçek olmasına rağmen, yapısı sayesinde yaşamın birçok yönünü kapsayan ayrıntılı bilgiler elde edilmesini sağladığı düşünülmektedir.

WHOQOL-BREF, yaşam kalitesini dört ana boyutta ve iki genel madde üzerinden değerlendirir:

1. Fiziksel Sağlık (Ham puan aralığı: 7-35)
2. Psikolojik Sağlık (Ham puan aralığı: 6-30)
3. Sosyal İlişkiler (Ham puan aralığı: 3-15)
4. Çevre (Ham puan aralığı: 8-40)

3.3.3. Kişilik Bozukluğu Ölçeği: Coolidge Axis II Inventory – Plus Türkçe Kısa Form (CATI+ TR KF)

Bu ölçek, Coolidge Eksen II Envanteri Plus ölçeğinin Türkiye'ye uyarlanmış halidir ve Doçent Doktor Yusuf Bilge tarafından literatüre kazandırılmıştır. Ölçeğin kullanımı için kendisinden izin alınmıştır.

DSM'de yer alan kişilik bozukluklarını değerlendirmeyi amaçlayan (Bilge ve Sertel Berk, 2017) ve toplamda 78 sorudan oluşan bu ölçek, katılımcıların DSM sistemindeki kişilik bozukluklarının A, B ve C kümesi özelliklerini taşıyıp taşımadıklarını değerlendirmek üzere tasarlanmıştır. Ölçekte, doğruluğu test edilmiş bir metodolojiye dayanarak, yanıtların geçerliliğini sağlamak üzere özellikle iki kritik soru bulunmaktadır. Bu iki soruya "kesinlikle yanlış" şeklinde yanıt verilmemesi, ölçeğin rastgele doldurulduğu varsayılıp bu yanıtların analiz dışı bırakılmasına yol açmıştır.

Ayrıca, ölçekte bulunan 76 sorudan dördü ters kodlanmış sorulardır. Bu soruların çözümü için katılımcı yanıtlarının tersine çevrilmesi gerekmektedir. İlgili ölçek, DSM'nin A, B ve C kişilik bozukluğu kümesi özelliklerini ayırılabilir şekilde analiz etmeye olanak tanımış; bu kümelere dair değerlendirmeler yapılarak katılımcıların

kişilik bozuklukları profilinin ortaya konulması sağlanmıştır. Ölçek bu yönüyle hem geçerlilik hem de güvenirlik kriterlerini destekleyen bir çerçeve sunmaktadır.

3.4. İstatiksel Analizler

Araştırmanın verileri IBM SPSS Statistics 29.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Öncelikle eksik veya hatalı veriler kontrol edilmiş ve araştırma kriterlerine uymayan katılımcılar veri setinden çıkarılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler kapsamında temel demografik değişkenlere (cinsiyet, yaş aralığı, ekonomik durum, eğitim durumu vb.) ilişkin frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanmıştır.

Veri analiz sürecinde ilk olarak ön analizler gerçekleştirilmiştir. Bu aşamada, gruplar arasında yalnızca iki grup bulunduğundan, normal dağılım varsayımını karşılayan değişkenlerde bağımsız gruplar t-testi, normal dağılmayan değişkenlerde ise Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Hayat kalitesi ve kişilik bozukluğu puanları arasındaki ilişkiler, değişkenlerin dağılım özelliklerine bağlı olarak Spearman korelasyon analizi ile incelenmiştir.

Gruplar arası farkların daha kapsamlı biçimde değerlendirilmesi ve olası karıştırıcı değişkenlerin kontrol altına alınabilmesi amacıyla, ön analizleri takiben iki yönlü kovaryans analizi (ANCOVA) uygulanmıştır. Bu analizlerde, teşhis zamanı ve tedavi durumu bağımsız değişken olarak modele dahil edilmiş, madde kullanımı kovaryant olarak kontrol edilmiştir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN BULGULARI

Bu bölümde, araştırma kapsamında elde edilen istatistiksel bulgular detaylı bir şekilde sunulmuş ve analiz edilmiştir. Bulgular, araştırma soruları ve hipotezleri çerçevesinde değerlendirilmiş, istatistiksel anlamlılık düzeyleri ve ilişkiler açıklanmıştır. Tablo ve grafiklerle desteklenen bu veriler, çalışmanın temel sonuçlarını ortaya koymaktadır.

4.1. Tanımlayıcı İstatistikler ve Örneklem Özellikleri

Bu bölümde örneklemin demografik yapısı ve araştırmanın temel değişkenlerine ilişkin özet istatistikler sunulmaktadır. Katılımcıların cinsiyet, medeni durum ve eğitim gibi özellikleri frekans ve yüzdelik değerleriyle; yaşam kalitesi ve kişilik patolojisi skorları ise ortalama ve dağılım ölçütleriyle raporlanmıştır. Ayrıca, değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu çeşitli istatistiksel testler ve görselleştirmelerle değerlendirilmiştir.

4.1.1. Demografik Özellikler

Bu bölümde katılımcıların cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi, çalışma durumu, madde kullanımı ve DEHB tedavi geçmişi gibi demografik değişkenlerine ait frekans ve yüzdelik dağılımlar sunulacaktır.

4.1.1.1. Erken Teşhis Grubunun Demografik Özellikleri

Tablo 4.1: Erken Teşhis Grubunun Demografik Verileri

Katılımcılar (N=51)			
Yaş		**Ortalama**	**SS**
		21.75	1.70
		Kişi Sayısı	**Yüzde**
Cinsiyet	Kadın	33	64.7
	Erkek	18	35.3
Tedavi Durumu	Tedavi Aldı	38	74.5
	Tedavi Almadı	13	25.5
Medeni Durum	Bekar	40	78.4
	Evli / İlişkisi Var	11	21.6
Madde Kullanımı	Sadece Alkol	2	3.9
	Sadece Sigara	17	33.3
	Alkol + Sigara	5	9.8
	Alkol + Sigara + Uyuşturucu	2	3.9
	Hiçbiri	25	49
Eğitim Durumu	Üniversite/Yüksek Öğretim Mezunu	23	45.1
	Lise Mezunu	28	54.9
Çalışma Durumu	Çalışıyor	25	49
	Çalışmıyor	26	51

Tablo 4.1, erken teşhis gurubunun demografik verilerinin frekans ve yüzdelerini göstermektedir.

Erken teşhis grubunda (N=51) yer alan katılımcıların yaş ortalaması 21,75 (SS = 1,70) olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların çoğunluğunu kadınlar (%64,7) oluştururken, erkekler %35,3 oranında temsil edilmektedir. Tedavi durumu açısından, katılımcıların %74,5'i tedavi almış, %25,5'i ise tedavi almamıştır. Medeni durumları incelendiğinde,

büyük bir kısmının (%78,4) bekar olduğu, %21,6'sının ise evli veya bir ilişkisi olduğu görülmektedir.

Madde kullanımına bakıldığında, %33,3 yalnızca sigara kullandığını belirtmiştir. %9,8'i alkol ve sigara kullanmakta, %3,9'u sadece alkol tüketmekte ve %3,9'u alkol, sigara ve uyuşturucu maddeleri birlikte kullanmaktadır. Olası tüm madde kullanım kombinasyonları değerlendirilmiştir ancak, katılımcılar arasında yalnızca uyuşturucu veya uyuşturucu ile alkol/sigara kombinasyonu kullanan birey bulunmamaktadır. Bu nedenle, söz konusu kategoriler tablonun daha sade bir şekilde sunulabilmesi amacıyla dahil edilmemiştir.

Eğitim durumu incelendiğinde, katılımcıların %54,9'u lise mezunu, %45,1'i ise üniversite veya daha yüksek bir eğitim seviyesine sahiptir. Çalışma durumu açısından, katılımcıların %49'u çalışırken, %51'i çalışmamaktadır.

4.1.1.2. Geç Teşhis Grubunun Demografik Özellikleri

Tablo 4.2: Geç Teşhis Grubunun Demografik Verileri

Katılımcılar (N=**51**)			
Yaş		**Ortalama**	**SS**
		21.61	1.73
		Kişi Sayısı	**Yüzde**
Cinsiyet	Kadın	32	62.70
	Erkek	19	37.30
Tedavi Durumu	Tedavi Aldı	36	70.60
	Tedavi Almadı	15	29.40
Medeni Durum	Bekar	42	82.40
	Evli / İlişkisi Var	9	17.60
Madde Kullanımı	Sadece Alkol	2	3.90
	Sadece Sigara	26	51.00
	Alkol + Sigara	11	21.60
	Alkol + Sigara + Uyuşturucu	1	2.00
	Hiçbiri	11	21.60
Eğitim Durumu	Üniversite/Yüksek Öğretim Mezunu	13	25.50
	Lise Mezunu	38	74.50
Çalışma Durumu	Çalışıyor	23	45.10
	Çalışmıyor	28	54.90

Tablo 4.2, geç teşhis grubunun demografik verilerinin frekans ve yüzdelerini göstermektedir.

Geç teşhis grubunda (N=51) yer alan katılımcıların yaş ortalaması 21,61 (SS = 1,73) olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların çoğunluğunu kadınlar (%62,7) oluştururken, erkekler %37,3 oranında temsil edilmektedir. Tedavi durumu açısından, %70,6'sı

tedavi almış, %29,4'ü ise tedavi almamıştır. Medeni durumları incelendiğinde, %82,4'ü bekar, %17,6'sı ise evli ya da bir ilişkisi vardır.

Madde kullanım kombinasyonları değerlendirilmiştir. Ancak yalnızca uyuşturucu kullanımı ve uyuşturucunun alkol ya da sigara ile kombinasyonları gibi kategorilerde herhangi bir katılımcıya rastlanmamıştır. Bu nedenle, bu kategoriler tabloyu sadeleştirmek amacıyla dahil edilmemiştir.

Madde kullanımında en sık görülen kombinasyon, yalnızca sigara kullanımıdır (%51). Bunu %21,6 ile alkol ve sigara kullanımı izlemektedir. Yalnızca alkol kullanan katılımcıların oranı %3,9'dur. Alkol, sigara ve uyuşturucu birlikte kullanan katılımcılar %2 oranındadır. Hiçbir madde kullanmayan katılımcıların oranı %21,6'dır.

Eğitim durumları incelendiğinde, %45,1'i üniversite veya yükseköğretim mezunu, %54,9'u ise lise mezunudur. Çalışma durumlarına bakıldığında, %45,1'i çalışırken, %54,9'u çalışmamaktadır.

4.1.1.3. Tedavi Alan Grubun Demografik Özellikleri

Tablo 4.3: Tedavi Alan Grubun Demografik Verileri

Katılımcılar (N=74)			
Yaş		**Ortalama**	**SS**
		21.73	1.71
		Kişi Sayısı	**Yüzde**
Cinsiyet	Kadın	46	62.20
	Erkek	28	37.80
Teşhis Zamanı	Erken Teşhis	38	51.40
	Geç Teşhis	36	48.60
Medeni Durum	Bekar	59	79.70
	Evli / İlişkisi Var	15	27.30
Madde Kullanımı	Sadece Alkol	2	2.70
	Sadece Sigara	35	47.30
	Alkol + Sigara	6	8.10
	Hiçbiri	31	41.90
Eğitim Durumu	Üniversite/Yüksek Öğretim Mezunu	28	37.80
	Lise Mezunu	46	62.20
Çalışma Durumu	Çalışıyor	37	50.00
	Çalışmıyor	37	50.00

Tablo 4.3, tedavi alan grubun demografik verilerine ait frekans ve yüzdelerini göstermektedir.

Tedavi alan grupta (N=74) yer alan katılımcıların yaş ortalaması 21,73 (SS = 1,71) olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların çoğunluğunu kadınlar (%62,2) oluştururken, erkek katılımcı oranı %37,8'dir. Teşhis zamanı açısından değerlendirildiğinde, katılımcıların %51,4'ü erken teşhis (12 yaş ve öncesi), %48,6'sı ise geç teşhis (13-17 yaş arası) grubunda yer almaktadır.

Medeni durum incelendiğinde, büyük bir çoğunluğun (%79,7) bekar olduğu, %27,3'ünün ise evli veya bir ilişki içinde olduğu görülmektedir. Madde kullanımına yönelik veriler incelendiğinde, katılımcıların %47,3'ü yalnızca sigara kullanmakta, %8,1'i hem alkol hem sigara kullanmakta, %2,7'si ise sadece alkol tüketmektedir. Buna karşılık, %41,9'u herhangi bir madde kullanmadığını belirtmiştir.

Eğitim durumu açısından değerlendirildiğinde, katılımcıların %62,2'sinin lise mezunu, %37,8'inin ise üniversite veya yükseköğretim mezunu olduğu görülmektedir. Çalışma durumu verilerine göre ise katılımcıların yarısı (%50) çalışmakta, diğer yarısı ise çalışmamaktadır.

4.1.1.4. Tedavi Almayan Grubun Demografik Özellikleri

Tablo 4.4: Tedavi Almayan Grubun Demografik Verileri

Katılımcılar (N=28)			
Yaş		**Ortalama**	**SS**
		21,5	1.73
		Kişi Sayısı	**Yüzde**
Cinsiyet	Kadın	19	67.90
	Erkek	9	32.10
Teşhis Zamanı	Erken Teşhis	13	46.40
	Geç Teşhis	15	53.60
Medeni Durum	Bekar	23	82.10
	Evli / İlişkisi Var	5	17.90
Madde Kullanımı	Sadece Alkol	2	7.10
	Sadece Sigara	8	28.60
	Alkol + Sigara	10	35.70
	Alkol + Sigara + Uyuşturucu	3	10.70
	Hiçbiri	5	17.90
Eğitim Durumu	Üniversite/Yüksek Öğretim Mezunu	8	71.40
	Lise Mezunu	28	62.20
Çalışma Durumu	Çalışıyor	11	39.30
	Çalışmıyor	17	60.70

Tablo 4.4, tedavi almayan grubun demografik verilerinin frekans ve yüzdelerini göstermektedir.

Tedavi almayan grupta (N=28) yer alan katılımcıların yaş ortalaması 21,5 (SS = 1,73) olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların çoğunluğunu kadınlar (%67,9) oluştururken, erkek katılımcı oranı %32,1'dir. Teşhis zamanına göre değerlendirildiğinde, %46,4'ü erken teşhis (12 yaş ve öncesi), %53,6'sı ise geç teşhis (13-17 yaş arası) grubundadır.

Medeni durum incelendiğinde, katılımcıların büyük çoğunluğunun bekar (%82,1) olduğu, %17,9'unun ise evli ya da bir ilişki içinde olduğu görülmektedir. Madde kullanım verilerine göre, %28,6'sı yalnızca sigara, %35,7'si alkol ve sigara, %10,7'si ise alkol, sigara ve uyuşturucu madde kullandığını belirtmiştir. Sadece alkol kullananların oranı %7,1 iken, %17,9'u herhangi bir madde kullanmadığını ifade etmiştir.

Eğitim durumları değerlendirildiğinde, katılımcıların %71,4'ü lise mezunu, %28,6'sı ise üniversite veya yükseköğretim mezunudur. Çalışma durumu açısından incelendiğinde, %39,3'ü çalışmakta, %60,7'si ise çalışmamaktadır.

4.1.2. Temel Değişkenlere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Bu bölümde çalışmanın ana değişkenleri olan yaşam kalitesi skorları, kişilik bozukluğu skorları ve yaş değişkenine ilişkin ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri raporlanacaktır.

Aşağıda, yaşam kalitesi ve kişilik patolojisi değişkenlerine ait tanımlayıcı istatistikler iki ayrı tabloda sunulmuştur. Bunun nedeni, ölçeklerin farklı puanlama sistemlerine sahip olmasıdır. WHOQOL-BREF ölçeğinde ham puanlar 0-100 aralığında yüzdelik puanlara dönüştürülerek analiz edilmiştir. Kişilik patolojisi ölçeğinde ise böyle bir dönüşüm yöntemi bulunmadığından ham puanlar kullanılmıştır. Farklı puanlama sistemlerini tek bir tabloda sunmak anlam karmaşasına yol açabileceğinden, değişkenler ayrı tablolar halinde gösterilmiştir.

4.1.2.1. Erken Teşhis Grubu için Tanımlayıcı İstatistikler

Bu bölümde, erken teşhis grubuna ait tanımlayıcı istatistikler sunulmuştur.

Tablo 4.5: Erken Teşhis Grubu İçin Kişilik Bozukluğu Ölçeği Tanımlayıcı İstatistikleri

Değişken	Ort.	*SS*	Minimum	Maksimum
Paranoid KB	18.25	5.80	9	31
Şizotipal KB	15.40	5.03	8	27
Şizoid KB	16.90	3.70	11	25
Antisosyal KB	15.00	5.31	8	28
Borderline KB	21.03	6.70	9	36
Histrionik KB	16.30	4.16	7	25
Narsistik KB	21.33	5.49	8	31
OKKB KB	22.15	5.10	10	34
Çekingen KB	19.41	5.68	10	32
Bağımlı KB	15.17	5.27	7	26

Tablo 4.5, erken teşhis grubundaki katılımcıların kişilik bozukluğu ölçeğinden aldıkları puanlara ait tanımlayıcı istatistikleri göstermektedir. Tabloda her bir kişilik bozukluğu değişkeni için minimum ve maksimum değerler, ortalama (Ort.) ve standart sapma (SS) raporlanmıştır.

Paranoid kişilik bozukluğu puanlarının ortalaması 18,25 (SS = 5,80) olup, puanlar 9 ile 31 arasında değişmektedir. Şizotipal kişilik bozukluğu için ortalama puan 15,40 (SS = 5,03) olup, minimum 8, maksimum 27 olarak belirlenmiştir. Şizoid kişilik bozukluğu puanları 16,90 (SS = 3,70) ortalamaya sahip olup, değerler 11 ile 25 arasında değişmektedir. Antisosyal kişilik bozukluğu için ortalama 15,00 (SS = 5,31) olup, en düşük puan 8, en yüksek puan 28 olarak görülmektedir. Borderline kişilik bozukluğu puanlarının ortalaması 21,03 (SS = 6,70) olup, minimum 9, maksimum 36 puan arasındadır. Histrionik kişilik bozukluğu ölçeğinden alınan puanların ortalaması 16,30 (SS = 4,16) olup, en düşük puan 7, en yüksek puan 25 olarak kaydedilmiştir. Narsistik kişilik bozukluğu puanları 21,33 (SS = 5,49) ortalamasına sahip olup,

puanlar 10 ile 35 arasında değişmektedir. Obsesif-Kompulsif kişilik bozukluğu puanlarının ortalaması 22,15 (SS = 5,10) olup, minimum değer 10, maksimum değer 34 olarak gözlemlenmiştir. Çekingen kişilik bozukluğu ölçeğinden alınan puanların ortalaması 19,41 (SS = 5,68) olup, puanlar 10 ile 32 arasında değişmektedir. Bağımlı kişilik bozukluğu için ise ortalama 15,17 (SS = 5,27) olup, en düşük puan 7, en yüksek puan 26 olarak raporlanmıştır.

Tablo 4.6: Erken Teşhis Grubu İçin Hayat Kalitesi Ölçeği Tanımlayıcı İstatistikleri

Değişken	Ort. (%)	*SS*	Minimum (%)	Maksimum (%)
Genel Hayat Kalitesi	%60.39	%19.8	%20	%100
Sağlık Memnuniyeti	%60	%21.9	%20	%100
Fiziksel Sağlık Alt Boyutu	%58	%22.4	%14.29	%100
Psikolojik Sağlık Alt Boyutu	%50	%21.7	%4.17	%91.67
Sosyal İlişkiler Alt Boyutu	%58.5	%22.9	%8.33	%100
Çevre Alt Boyutu	%64.3	%16.5	%12.50	%100

Tablo 4.6, erken teşhis grubundaki katılımcıların hayat kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlara ait tanımlayıcı istatistikleri göstermektedir. Tabloda her bir değişken için ortalama (Ort.), standart sapma (SS), minimum ve maksimum değerler raporlanmıştır.

Erken teşhis grubuna ait genel hayat kalitesi ortalama %60,39 (SS = 19,8) olarak bulunmuştur. Sağlık memnuniyeti ise ortalama %60 (SS = 21,9) olarak hesaplanmıştır.

Alt boyutlara bakıldığında, fiziksel sağlık alt boyutu ortalama %58 (SS = 22,4), psikolojik sağlık alt boyutu ortalama %50 (SS = 21,7), sosyal ilişkiler alt boyutu ortalama %58,5 (SS = 22,9) ve çevre alt boyutu ortalama %64,3 (SS = 16,5) olarak belirlenmiştir.

Minimum ve maksimum değerler incelendiğinde, genel hayat kalitesi ve sağlık memnuniyeti en düşük %20, en yüksek %100 olarak bulunmuştur. Fiziksel sağlık alt

boyutunun minimum değeri %14,29, psikolojik sağlık alt boyutunun minimum değeri %4,17 ve sosyal ilişkiler alt boyutunun minimum değeri %8,33 olarak tespit edilmiştir. Çevre alt boyutu için minimum değer %12,50 olarak hesaplanmıştır.

4.1.2.2. Geç Teşhis Grubu için Tanımlayıcı İstatistikler

Tablo 4.7: Geç Teşhis Grubu İçin Kişilik Bozukluğu Tanımlayıcı İstatistikleri

Değişken	Ort.	*SS*	Minimum	Maksimum
Paranoid KB	14.70	4.50	8	26
Şizotipal KB	11.96	4.02	8	22
Şizoid KB	17.58	4.87	8	29
Antisosyal KB	12.30	4.39	8	26
Borderline KB	20.30	7.23	9	33
Histrionik KB	14.64	3.49	8	23
Narsistik KB	17.52	4.42	10	30
OKKB KB	16.78	5.41	9	31
Çekingen KB	17.25	4.74	8	27
Bağımlı KB	14.60	4.39	7	22

Tablo 4.7, geç teşhis grubundaki katılımcıların kişilik bozukluğu ölçeğinden aldıkları puanlara ait tanımlayıcı istatistikleri göstermektedir. Tabloda her bir kişilik bozukluğu değişkeni için ortalama (Ort.), standart sapma (SS), minimum ve maksimum değerler raporlanmıştır.

Paranoid kişilik bozukluğu puanlarının ortalaması 14,7 (SS = 4,5) olup, puanlar 8 ile 26 arasında değişmektedir. Şizotipal kişilik bozukluğu için ortalama puan 11,96 (SS = 4,02) olup, minimum 8, maksimum 22 olarak belirlenmiştir. Şizoid kişilik bozukluğu puanları 17,58 (SS = 4,87) ortalamaya sahip olup, değerler 8 ile 29 arasında değişmektedir. Antisosyal kişilik bozukluğu için ortalama 12,3 (SS = 4,39) olup, en düşük puan 8, en yüksek puan 26'dır.

Borderline kişilik bozukluğu puanlarının ortalaması 20,3 (SS = 7,23) olup, minimum 9, maksimum 33 puan arasındadır. Histrionik kişilik bozukluğu ölçeğinden alınan

puanların ortalaması 14,64 (SS = 3,49) olup, en düşük puan 8, en yüksek puan 23 olarak kaydedilmiştir. Narsistik kişilik bozukluğu puanları 17,52 (SS = 4,42) ortalamasına sahip olup, puanlar 10 ile 30 arasında değişmektedir. Obsesif-Kompulsif kişilik bozukluğu puanlarının ortalaması 16,78 (SS = 5,41) olup, minimum değer 9, maksimum değer 31 olarak gözlemlenmiştir. Çekingen kişilik bozukluğu ölçeğinden alınan puanların ortalaması 17,25 (SS = 4,74) olup, puanlar 8 ile 27 arasında değişmektedir. Bağımlı kişilik bozukluğu için ise ortalama 14,6 (SS = 4,39) olup, en düşük puan 7, en yüksek puan 22 olarak raporlanmıştır.

Tablo 4.8: Geç Teşhis Grubu İçin Hayat Kalitesi Ölçeği Tanımlayıcı İstatistikleri

Değişken	Ort. (%)	*SS (*%)	Minimum (%)	Maksimum (%)
Genel Hayat Kalitesi	%56	%24	%20	%100
Sağlık Memnuniyeti	%57.2	%26.5	%20	%100
Fiziksel Sağlık Alt Boyutu	%50.6	%21.5	%14.3	%96.43
Psikolojik Sağlık Alt Boyutu	%47.5	%27.1	%0.00	%91.67
Sosyal İlişkiler Alt Boyutu	%65.3	%21.2	%16.67	%100
Çevre Alt Boyutu	%65.9	%16.1	%25	%96.88

Tablo 4.8, geç teşhis grubundaki katılımcıların hayat kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlara ait tanımlayıcı istatistikleri göstermektedir. Tabloda her bir değişken için ortalama (Ort.), standart sapma (SS), minimum ve maksimum değerler raporlanmıştır.

Geç teşhis grubuna ait genel hayat kalitesi ortalama %56 (SS = 24) olarak bulunmuştur. Sağlık memnuniyeti ise ortalama %57,2 (SS = 26,5) olarak hesaplanmıştır.

Alt boyutlara bakıldığında, fiziksel sağlık alt boyutu ortalama %50,6 (SS = 21,5), psikolojik sağlık alt boyutu ortalama %47,5 (SS = 27,1), sosyal ilişkiler alt boyutu ortalama %65,3 (SS = 21,2) ve çevre alt boyutu ortalama %65,9 (SS = 16,1) olarak belirlenmiştir.

Minimum ve maksimum değerler incelendiğinde, genel hayat kalitesi ve sağlık memnuniyeti en düşük %20, en yüksek %100 olarak bulunmuştur. Fiziksel sağlık alt boyutunun minimum değeri %14,3, psikolojik sağlık alt boyutunun minimum değeri %0,00 ve sosyal ilişkiler alt boyutunun minimum değeri %16,67 olarak tespit edilmiştir. Çevre alt boyutu için minimum değer %25, maksimum değer ise %96,88 olarak hesaplanmıştır.

4.1.2.3. Tedavi Alan Grup İçin Tanımlayıcı İstatistikler

Tablo 4.9: Tedavi Alan Grup İçin Kişilik Bozukluğu Ölçeği Tanımlayıcı İstatistikleri

Değişken	Ort.	*SS*	Minimum	Maksimum
Paranoid KB	15.60	5.14	8	30
Şizotipal KB	13.00	4.71	8	26
Şizoid KB	16.30	3.87	8	27
Antisosyal KB	12.90	4.51	8	24
Borderline KB	19.80	6.54	9	36
Histrionik KB	15.30	3.73	8	23
Narsistik KB	19.40	5.11	11	30
OKKB	19.30	6.05	9	34
Çekingen KB	17.90	5.25	8	32
Bağımlı KB	14.50	4.89	7	26

Tablo 4.9**,** tedavi alan gruptaki katılımcıların kişilik bozukluğu ölçeğinden aldıkları puanlara ait tanımlayıcı istatistikleri göstermektedir. Tabloda her bir kişilik bozukluğu değişkeni için ortalama (Ort.), standart sapma (SS), minimum ve maksimum değerler raporlanmıştır.

Paranoid kişilik bozukluğu puanlarının ortalaması 15,60 (SS= 5,14) olup, puanlar 8 ile 30 arasında değişmektedir. Şizotipal kişilik bozukluğu için ortalama puan 13,00 (SS= 4,71) olup, minimum 8, maksimum 26 olarak belirlenmiştir. Şizoid kişilik bozukluğu puanları 16,30 (SS= 3,87) ortalamaya sahip olup, değerler 8 ile 27

arasında değişmektedir. Antisosyal kişilik bozukluğu için ortalama 12,90 (SS= 4,51) olup, en düşük puan 8, en yüksek puan 24 olarak görülmektedir. Borderline kişilik bozukluğu puanlarının ortalaması 19,80 (SS = 6,54) olup, minimum 9, maksimum 36 puan arasındadır. Histrionik kişilik bozukluğu ölçeğinden alınan puanların ortalaması 15,30 (SS= 3,73) olup, en düşük puan 8, en yüksek puan 23 olarak kaydedilmiştir. Narsistik kişilik bozukluğu puanları 19,40 (SS= 5,11) ortalamasına sahip olup, puanlar 11 ile 30 arasında değişmektedir. Obsesif-Kompulsif kişilik bozukluğu puanlarının ortalaması 19,30 (SS = 6,05) olup, minimum değer 9, maksimum değer 34 olarak gözlemlenmiştir. Çekingen kişilik bozukluğu ölçeğinden alınan puanların ortalaması 17,90 (SS = 5,25) olup, puanlar 8 ile 32 arasında değişmektedir. Bağımlı kişilik bozukluğu için ise ortalama 14,50 (SS = 4,89) olup, en düşük puan 7, en yüksek puan 26 olarak raporlanmıştır.

Tablo 4.10: Tedavi Alan Grup İçin Hayat Kalitesi Ölçeği Tanımlayıcı İstatistikleri

Değişken	Ort. (%)	*SS (*%)	Minimum (%)	Maksimum (%)
Genel Hayat Kalitesi	%62.4	%19.9	%20.0	%100
Sağlık Memnuniyeti	%63.2	%22.0	%20.0	%100
Fiziksel Sağlık Alt Boyutu	%58.4	%20.3	%21.4	%100
Psikolojik Sağlık Alt Boyutu	%53.6	%23.2	%4.17	%91.7
Sosyal İlişkiler Alt Boyutu	%65.4	%21.2	%8.33	%100
Çevre Alt Boyutu	%67.3	%15.9	%25	%100

Tablo 4.10, tedavi alan gruptaki katılımcıların hayat kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlara ait tanımlayıcı istatistikleri göstermektedir. Tabloda her bir değişken için ortalama (Ort.), standart sapma (SS), minimum ve maksimum değerler raporlanmıştır.

Tedavi alan gruba ait genel hayat kalitesi ortalama %62,4 (SS= 19,9) olarak bulunmuştur. Sağlık memnuniyeti ise ortalama %63,2 (SS= 22,0) olarak hesaplanmıştır.

Alt boyutlara bakıldığında, fiziksel sağlık alt boyutu ortalama %58,4 (SS = 20,3), psikolojik sağlık alt boyutu ortalama %53,6 (SS= 23,2), sosyal ilişkiler alt boyutu ortalama %65,4 (SS= 21,2) ve çevre alt boyutu ortalama %67,3 (SS= 15,9) olarak belirlenmiştir.

Minimum ve maksimum değerler incelendiğinde; genel hayat kalitesi ve sağlık memnuniyetinin en düşük değeri %20, en yüksek değeri ise %100 olarak bulunmuştur. Fiziksel sağlık alt boyutunun minimum değeri %21,4; psikolojik sağlık alt boyutunun minimum değeri %4,17; sosyal ilişkiler alt boyutunun minimum değeri %8,33 olarak tespit edilmiştir. Çevre alt boyutu için minimum değer %25, maksimum değer ise %100 olarak hesaplanmıştır.

4.1.2.4. Tedavi Almayan Grup İçin Tanımlayıcı İstatistikler

Tablo 4.11: Tedavi Almayan Grup İçin Kişilik Bozukluğu Ölçeği Tanımlayıcı İstatistikleri

Değişken	Ort.	*SS*	Minimum	Maksimum
Paranoid KB	18.8	5.85	9	31
Şizotipal KB	15.4	4.89	8	27
Şizoid KB	19.6	4.63	11	29
Antisosyal KB	15.6	5.85	8	28
Borderline KB	23.0	7.57	9	33
Histrionik KB	16.0	4.41	7	25
Narsistik KB	19.5	5.94	8	31
OKKB	20.0	5.49	10	33
Çekingen KB	19.4	5.43	10	31
Bağımlı KB	15.9	4.63	7	22

Tablo 4.11, tedavi almayan gruptaki katılımcıların kişilik bozukluğu ölçeğinden aldıkları puanlara ait tanımlayıcı istatistikleri göstermektedir. Tabloda her bir kişilik bozukluğu değişkeni için ortalama (Ort.), standart sapma (SS), minimum ve maksimum değerler raporlanmıştır.

Paranoid kişilik bozukluğu puanlarının ortalaması 18,80 (SS = 5,85) olup, puanlar 9 ile 31 arasında değişmektedir. Şizotipal kişilik bozukluğu için ortalama puan 15,40 (SS = 4,89) olup, minimum 8, maksimum 27 olarak belirlenmiştir. Şizoid kişilik bozukluğu puanları 19,60 (SS= 4,63) ortalamaya sahip olup, değerler 11 ile 29 arasında değişmektedir. Antisosyal kişilik bozukluğu için ortalama 15,60 (SS = 5,85) olup, en düşük puan 8, en yüksek puan 28 olarak görülmektedir. Borderline kişilik bozukluğu puanlarının ortalaması 23,00 (SS = 7,57) olup, minimum 9, maksimum 33 puan arasındadır. Histrionik kişilik bozukluğu ölçeğinden alınan puanların ortalaması 16,00 (SS = 4,41) olup, en düşük puan 7, en yüksek puan 31 olarak kaydedilmiştir. Narsistik kişilik bozukluğu puanları 19,50 (SS = 5,94) ortalamasına sahip olup, puanlar 8 ile 32 arasında değişmektedir. Obsesif-Kompulsif kişilik bozukluğu puanlarının ortalaması 20,00 (SS = 5,49) olup, minimum değer 10, maksimum değer 33 olarak gözlemlenmiştir. Çekingen kişilik bozukluğu ölçeğinden alınan puanların ortalaması 19,40 (SS = 5,43) olup, puanlar 10 ile 31 arasında değişmektedir. Bağımlı kişilik bozukluğu için ise ortalama 15,90 (SS = 4,63) olup, en düşük puan 7, en yüksek puan 22 olarak raporlanmıştır.

Tablo 4.12: Tedavi Almayan Grup İçin Hayat Kalitesi Ölçeği Tanımlayıcı İstatistikleri

Değişken	Ort. (%)	*SS (*%)	Minimum (%)	Maksimum (%)
Genel Hayat Kalitesi	%47.1	%23.9	%20	%100
Sağlık Memnuniyeti	%46.4	%26.1	%20	%100
Fiziksel Sağlık Alt Boyutu	%43.6	%23.7	%14.3	%96.4
Psikolojik Sağlık Alt Boyutu	%35.9	%23.5	%0.00	%83.3
Sosyal İlişkiler Alt Boyutu	%52.7	%22.6	%16.7	%100
Çevre Alt Boyutu	%59.3	%16.0	%12.5	%90.6

Tablo 4.12, tedavi almayan gruptaki katılımcıların hayat kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlara ait tanımlayıcı istatistikleri göstermektedir. Tabloda her bir değişken için ortalama (Ort.), standart sapma (SS), minimum ve maksimum değerler raporlanmıştır.

Tedavi almayan gruba ait genel hayat kalitesi ortalama %47,1 (SS = 23,9) olarak bulunmuştur. Sağlık memnuniyeti ise ortalama %46,4 (SS = 26,1) olarak hesaplanmıştır.

Alt boyutlara bakıldığında, fiziksel sağlık alt boyutu ortalama %43,6 (SS = 23,7), psikolojik sağlık alt boyutu ortalama %35,9 (SS = 23,5), sosyal ilişkiler alt boyutu ortalama %52,7 (SS = 22,6) ve çevre alt boyutu ortalama %59,3 (SS = 16,0) olarak belirlenmiştir.

Minimum ve maksimum değerler incelendiğinde; genel hayat kalitesi ve sağlık memnuniyeti için en düşük değer %20, en yüksek değer ise %100 olarak bulunmuştur. Fiziksel sağlık alt boyutunun minimum değeri %14,3; psikolojik sağlık alt boyutunun minimum değeri %0,00; sosyal ilişkiler alt boyutunun minimum değeri %16,7 olarak tespit edilmiştir. Çevre alt boyutu için minimum değer %12,5, maksimum değer ise %90,6 olarak hesaplanmıştır.

4.1.3. Normallik Testleri

Ana değişkenlerin normal dağılım varsayımına uyup uymadığını belirlemek için Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri uygulanmıştır. Ayrıca çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerleri hesaplanmıştır.

Mevcut çalışmada, her bir grup için 51 örneklem büyüklüğüyle normallik varsayımını test etmek amacıyla Shapiro-Wilk testi dikkate alınmıştır. Bu testin seçilmesinin nedeni, farklı örneklem büyüklüklerinde yüksek istatistiksel güce sahip olduğunun düşünülmesidir. Razali ve Wah (2011: 32) tarafından yapılan bir çalışmada, Shapiro-Wilk testinin Anderson-Darling, Lilliefors ve Kolmogorov-Smirnov testleriyle karşılaştırıldığında en güçlü normallik testi olduğu belirtilmiştir. Ayrıca, Ghasemi ve Zahediasl (2012: 488), Shapiro-Wilk testinin Kolmogorov-Smirnov testine göre daha yüksek bir güce sahip olduğunu ve verilerin normalliğini test etmek için en iyi seçenek olarak önerildiğini öne sürmüştür. Bu nedenle, çalışmada normallik varsayımını değerlendirmek için Shapiro-Wilk testinin kullanılması, daha güvenilir ve geçerli sonuçlar elde edilmesini amaçlamaktadır.

Normal dağılım varsayımını test etmek için her bir değişkenin anlamlılık (p) değerleri incelenmiş olup, $p \geq 0,05$ olan değişkenlerin normal dağılıma uygun olduğu, $p < 0,05$ olan değişkenlerin ise normal dağılım göstermediği kabul edilmiştir.

Genel Hayat Kalitesi ve Sağlık Memnuniyeti değişkenleri tek maddeden oluştuğu için normallik testleri (Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk) hesaplanmamış fakat çarpıklık ve basıklık değerleri raporlanmıştır.

4.1.3.1. Erken Teşhis Grubu İçin Normallik Testleri

Tablo 4.13: Erken Teşhis Grubu İçin Kişilik Bozukluğu Normallik Testleri

Değişken	Ort.	*SS*	Çarpıklık	Basıklık	Kolmogorov-Smirnov (p-değeri)	Shapiro-Wilk (p-değeri)
Paranoid KB	18.25	5.80	0.26	-0.65	0.200	0.195
Şizotipal KB	15.40	5.03	0.47	-0.71	0.022	0.027
Şizoid KB	16.90	3.70	0.24	-0.94	0.022	0.062
Antisosyal KB	15.00	5.31	0.58	-0.70	0.003	0.021
Borderline KB	21.03	6.70	0.16	-0.92	0.200	0.167
Histrionik KB	16.30	4.16	-0.32	-0.21	0.173	0.309
Narsistik KB	21.33	5.49	-0.20	-0.33	0.200	0.325
OKKB KB	22.15	5.10	-0.35	0.26	0.011	0.139
Çekingen KB	19.41	5.68	0.49	-0.51	0.087	0.074
Bağımlı KB	15.17	5.27	0.13	-1.13	0.069	0.037

Tablo 4.13, erken teşhis grubundaki katılımcıların kişilik bozukluğu ölçeğinden aldıkları puanların normal dağılım testlerinin sonuçlarını göstermektedir. Tabloda her bir kişilik bozukluğu değişkeni için ortalama (Ort.), standart sapma (SS), çarpıklık, basıklık ve Kolmogorov-Spirnov p değeri ile Shapiro-Wilk p değerleri raporlanmıştır.

Shapiro-Wilk testine göre, Paranoid KB ($p = 0,195$), Şizoid KB ($p = 0,062$), Borderline KB ($p = 0,167$), Histrionik KB ($p = 0,309$), Narsistik KB ($p = 0,325$), OKKB KB ($p = 0,139$) ve Çekingen KB ($p = 0,074$) alt boyutları için $p > .05$ bulunmuş, bu nedenle bu değişkenlerde normal dağılım varsayımının sağlandığı kabul edilmiştir. Buna karşılık,

Şizotipal KB (p = 0,027), Antisosyal KB (p = 0,021) ve Bağımlı KB (p = 0,037) alt boyutlarında p <.05 olduğu için normal dağılım varsayımı sağlanmamaktadır.

Tablo 4.14: Erken Teşhis Grubu İçin Hayat Kalitesi Normallik Testleri

Değişken	Ort.	*SS*	Çarpıklık	Basıklık	Kolmogorov-Smirnov (p-değeri)	Shapiro-Wilk (p-değeri)
Genel Hayat Kalitesi	3	0.99	-0.43	-0.03	-	-
Sağlık Memnuniyeti	3	1.09	-0.28	-0.55	-	-
Fiziksel Sağlık Alt Boyutu	23.2	6.27	-0.28	-0.63	0.20	0.147
Psikolojik Sağlık Alt Boyutu	17.9	5.21	-0.22	-0.93	0.059	0.170
Sosyal İlişkiler Alt Boyutu	10	2.74	-0.19	-0.45	<0.001	0.110
Çevre Alt Boyutu	28.5	5.29	-0.39	0.71	0.20	0.598

Tablo 4.14, erken teşhis grubundaki katılımcıların hayat kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların normal dağılım testlerinin sonuçlarını göstermektedir. Tabloda her bir yaşam kalitesi alt boyutu için ortalama (Ort.), standart sapma (SS), çarpıklık, basıklık ve Kolmogorov-Spirnov p değeri ile Shapiro-Wilk p değerleri raporlanmıştır.

Shapiro-Wilk testine göre tüm alt boyutlar için p > 0,05 bulunduğundan normal dağılım varsayımı karşılanmaktadır (Fiziksel Sağlık p = 0,147, Psikolojik Sağlık p = 0,170, Sosyal İlişkiler p = 0,110, Çevre p = 0,598).

4.1.3.2. Geç Teşhis Grubu İçin Normallik Testleri

Tablo 4.15: Geç Teşhis Grubu İçin Kişilik Bozukluğu Normallik Testleri

Değişken	Ort.	*SS*	Çarpıklık	Basıklık	Kolmogorov-Smirnov (p-değeri)	Shapiro-Wilk (p-değeri)
Paranoid KB	14.7	5.80	0.530	-0.377	0.075	0.043
Şizotipal KB	11.96	5.03	0.765	-0.684	<0.001	<0.001
Şizoid KB	17.58	3.70	0.195	-0.379	0.20	0.352
Antisosyal KB	12.3	5.31	1.25	1.36	<0.001	<0.001
Borderline KB	20.3	6.70	0.160	-1.345	0.002	0.002
Histrionik KB	14.64	4.16	0.293	-0.377	0.186	0.209
Narsistik KB	17.52	5.49	0.524	-0.203	0.082	0.109
OKKB KB	16.78	5.10	0.909	-0.007	0.001	<0.001
Çekingen KB	17.25	5.68	0.116	-1.002	0.094	0.111
Bağımlı KB	14.6	5.27	-0.122	-1.105	0.090	0.027

Tablo 4.15, geç teşhis grubundaki katılımcıların kişilik bozukluğu ölçeğinden aldıkları puanların normal dağılım testlerinin sonuçlarını göstermektedir. Tabloda her bir kişilik bozukluğu değişkeni için ortalama (Ort.), standart sapma (SS), çarpıklık, basıklık ve Kolmogorov-Spirnov p değeri ile Shapiro-Wilk p değerleri raporlanmıştır.

Shapiro-Wilk testine göre, Şizoid KB ($p = 0,352$), Histrionik KB ($p = 0,209$), Narsistik KB ($p = 0,109$) ve Çekingen KB ($p = 0,111$) alt boyutlarında $p > .05$ bulunmuş ve bu değişkenlerin normal dağıldığı kabul edilmiştir. Buna karşılık, Paranoid KB ($p = 0,043$), Şizotipal KB ($p < .001$), Antisosyal KB ($p < .001$), Borderline KB ($p = 0,002$), OKKB KB ($p < .001$) ve Bağımlı KB ($p = 0,027$) için $p < .05$ bulunmuş ve bu değişkenlerde normal dağılım varsayımının sağlanmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.16: Geç Teşhis Grubu İçin Hayat Kalitesi Normallik Testleri

Değişken	Ort.	*SS*	Çarpıklık	Basıklık	Kolmogorov-Smirnov (p-değeri)	Shapiro-Wilk (p-değeri)
Genel Hayat Kalitesi	2.80	1.2	-0.183	-1.132	-	-
Sağlık Memnuniyeti	2.86	1.32	-0.112	-1.180	-	-
Fiziksel Sağlık Alt Boyutu	21.2	6.02	0.289	-0.858	0.070	0.078
Psikolojik Sağlık Alt Boyutu	17.4	6.5	-0.175	-1.227	0.129	0.017
Sosyal İlişkiler Alt Boyutu	10.84	2.54	-0.376	-0.061	0.200	0.042
Çevre Alt Boyutu	29	5.16	-0.060	-0.261	0.200	0.471

Tablo 4.16, geç teşhis grubundaki katılımcıların hayat kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların normal dağılım testlerinin sonuçlarını göstermektedir. Tabloda her bir yaşam kalitesi alt boyutu için ortalama (Ort.), standart sapma (SS), çarpıklık, basıklık ve Kolmogorov-Spirnov p değeri ile Shapiro-Wilk p değerleri raporlanmıştır.

Shapiro-Wilk testine göre, Fiziksel Sağlık Alt Boyutu ($p = 0,078$) ve Çevre Alt Boyutu ($p = 0,471$) için $p > .05$ bulunmuş, bu nedenle bu değişkenlerde normal dağılım varsayımının sağlandığı kabul edilmiştir. Buna karşın, Psikolojik Sağlık Alt Boyutu ($p = 0,017$) ve Sosyal İlişkiler Alt Boyutu ($p = 0,042$) değişkenlerinde $p < .05$ olduğu için normal dağılım varsayımı sağlanmamaktadır.

4.1.3.3. Tedavi Alan Grup İçin Normallik Testleri

Tablo 4.17: Tedavi Alan Grup İçin Kişilik Bozukluğu Normallik Testleri

Değişken	Ort.	*SS*	Çarpıklık	Basıklık	Kolmogorov-Smirnov (p-değeri)	Shapiro-Wilk (p-değeri)
Paranoid KB	15.65	5.14	0.55	-0.29	0.05	0.01
Şizotipal KB	13.04	4.72	0.87	-0.20	<0.001	<0.001
Şizoid KB	16.34	3.87	0.19	-0.24	0.04	0.27
Antisosyal KB	12.91	4.51	0.82	-0.51	<0.001	<0.001
Borderline KB	19.84	6.54	0.27	-0.98	0.01	0.001
Histrionik KB	15.28	3.73	-0.07	-0.74	0.003	0.55
Narsistik KB	19.40	5.11	0.42	-0.49	0.69	0.02
OKKB	19.26	6.05	0.12	-1.07	<0.001	0.003
Çekingen KB	17.92	5.25	0.37	-0.60	0.02	0.06
Bağımlı KB	14.50	4.89	0.33	-0.90	0.01	0.01

Tablo 4.17, tedavi alan gruptaki katılımcıların kişilik bozukluğu ölçeğinden aldıkları puanların normal dağılım testlerinin sonuçlarını göstermektedir. Tabloda her bir kişilik bozukluğu alt boyutu için ortalama (Ort.), standart sapma (SS), çarpıklık, basıklık ve Kolmogorov-Smirnov p değeri ile Shapiro-Wilk p değerleri raporlanmıştır.

Shapiro-Wilk testine göre, Şizoid KB (p = 0,27), Histrionik KB (p = 0,55) ve Çekingen KB (p = 0,06) alt boyutlarında p > .05 olduğu için bu değişkenlerde normal dağılım varsayımının sağlandığı kabul edilmiştir. Buna karşılık, Paranoid KB (p = 0,01), Şizotipal KB (p <0,001), Antisosyal KB (p <0,001), Borderline KB (p = 0,001), Narsistik KB (p = 0,02), OKKB KB (p < 0,001) ve Bağımlı KB (p = 0,01) alt boyutlarında p < 0,05 olduğu için normal dağılım varsayımı sağlanmamaktadır.

Tablo 4.18: Tedavi Alan Grup İçin Hayat Kalitesi Normallik Testleri

Değişken	Ort.	*SS*	Çarpıklık	Basıklık	Kolmogorov-Smirnov (p-değeri)	Shapiro-Wilk (p-değeri)
Genel Hayat Kalitesi	3.12	0.99	-0.51	-0.19	-	-
Sağlık Memnuniyeti	3.16	1.10	-0.46	-0.35	-	-
Fiziksel Sağlık Alt Boyutu	23.34	5.68	-0.14	-0.74	0.20*	0.05
Psikolojik Sağlık Alt Boyutu	18.87	5.56	-0.45	-0.87	0.002	0.004
Sosyal İlişkiler Alt Boyutu	10.85	2.55	-0.46	0.25	0.001	0.01
Çevre Alt Boyutu	29.54	5.10	-0.14	-0.37	0.20*	0.70

**Bu değer gerçek anlamlılık düzeyinin alt sınırını temsil etmektedir.*

Tablo 4.18, tedavi alan gruptaki katılımcıların hayat kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların normal dağılım testlerinin sonuçlarını göstermektedir. Tabloda her bir yaşam kalitesi alt boyutu için ortalama (Ort.), standart sapma (SS), çarpıklık, basıklık ve Kolmogorov-Spirnov p değeri ile Shapiro-Wilk p değerleri raporlanmıştır.

Shapiro-Wilk normallik testine göre, yalnızca Çevre Alt Boyutu ($p = 0,70$) için $p > .05$ bulunmuştur; bu da söz konusu değişkende normal dağılım varsayımının sağlandığını göstermektedir. Buna karşın, Fiziksel Sağlık Alt Boyutu ($p = 0,05$), Psikolojik Sağlık Alt Boyutu ($p = 0,004$) ve Sosyal İlişkiler Alt Boyutu ($p = 0,01$) için $p < .05$ olduğundan bu alt boyutlarda normal dağılım varsayımı karşılanmamaktadır.

4.1.3.4. Tedavi Almayan Grup İçin Normallik Testleri

Tablo 4.19: Tedavi Almayan Grup İçin Kişilik Bozukluğu Normallik Testleri

Değişken	Ort.	*SS*	Çarpıklık	Basıklık	Kolmogorov-Smirnov (p-değeri)	Shapiro-Wilk (p-değeri)
Paranoid KB	18.75	5.85	0.25	-0.59	0.20*	0.79
Şizotipal KB	15.36	4.89	0.31	-0.26	0.20*	0.42
Şizoid KB	19.61	4.63	-0.03	-0.77	0.20*	0.55
Antisosyal KB	15.64	5.85	0.67	-0.45	0.09	0.03
Borderline KB	23.00	7.56	-0.51	-1.00	0.22	0.03
Histrionik KB	15.96	4.41	0.70	-0.15	0.20*	0.78
Narsistik KB	19.54	5.94	-0.10	-0.67	0.20*	0.78
OKKB	20.04	5.49	0.42	-0.30	0.13	0.58
Çekingen KB	19.43	5.43	0.62	0.13	0.17	0.13
Bağımlı KB	15.93	4.63	-0.70	-0.50	0.20*	0.01

**Bu değer gerçek anlamlılık düzeyinin alt sınırını temsil etmektedir.*

Tablo 4.19, tedavi almayan gruptaki katılımcıların kişilik bozukluğu ölçeğinden aldıkları puanların normal dağılım testlerinin sonuçlarını göstermektedir. Tabloda her bir kişilik bozukluğu alt boyutu için ortalama (Ort.), standart sapma (SS), çarpıklık, basıklık ve Kolmogorov-Smirnov p değeri ile Shapiro-Wilk p değerleri raporlanmıştır.

Shapiro-Wilk testine göre, Paranoid KB (p = 0,79), Şizotipal KB (p = 0,42), Şizoid KB (p = 0,55), Histrionik KB (p = 0,78), Narsistik KB (p = 0,78), OKKB KB (p = 0,58) ve Çekingen KB (p = 0,13) alt boyutlarında p > .05 olduğundan bu değişkenlerde normal dağılım varsayımının sağlandığı kabul edilmiştir. Buna karşın, Antisosyal KB (p = 0,03), Borderline KB (p = 0,03) ve Bağımlı KB (p = 0,01) alt boyutlarında p < .05 olduğu için normal dağılım varsayımı sağlanmamaktadır.

Tablo 4.20: Tedavi Almayan Grup İçin Hayat Kalitesi Normallik Testleri

Değişken	Ort.	*SS*	Çarpıklık	Basıklık	Kolmogorov-Smirnov (p-değeri)	Shapiro-Wilk (p-değeri)
Genel Hayat Kalitesi	2.36	1.19	0.37	2.32	-	-
Sağlık Memnuniyeti	2.32	1.31	0.64	-0.73	-	-
Fiziksel Sağlık Alt Boyutu	19.21	6.64	0.72	-0.27	0.02	0.04
Psikolojik Sağlık Alt Boyutu	14.61	5.64	0.40	-0.55	0.20*	0.30
Sosyal İlişkiler Alt Boyutu	9.32	2.71	0.16	-0.77	0.20*	0.28
Çevre Alt Boyutu	27.00	5.12	-0.54	1.71	0.19	0.38

Tablo 4.20, tedavi almayan gruptaki katılımcıların hayat kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların normal dağılım testlerinin sonuçlarını göstermektedir. Tabloda her bir yaşam kalitesi alt boyutu için ortalama (Ort.), standart sapma (SS), çarpıklık, basıklık ve Kolmogorov-Spirnov p değeri ile Shapiro-Wilk p değerleri raporlanmıştır.

Shapiro-Wilk testine göre, Psikolojik Sağlık Alt Boyutu (p = 0,30), Sosyal İlişkiler Alt Boyutu (p = 0,28) ve Çevre Alt Boyutu (p = 0,38) için p > .05 bulunduğundan normal dağılım varsayımı sağlanmıştır. Ancak, Fiziksel Sağlık Alt Boyutu (p = 0,04) için p < .05 olduğu için normal dağılım varsayımı sağlanmamaktadır. Genel Yaşam Kalitesi ve Sağlık Memnuniyeti değişkenleri tek soruluk yapıda olduğundan normallik testi uygulanmamıştır.

4.2. Ölçeklerin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri

Bu bölümde çalışmada kullanılan ölçeklerin psikometrik özellikleri değerlendirilmiştir. Ölçeklerin iç tutarlılık düzeyini belirlemek için Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayıları hesaplanmıştır.

4.2.1. CATI+ TR KF

Tablo 4.21: CATI+ TR KF Alt Ölçeklerinin Güvenirlik Analizi Sonuçları

Alt Boyut	Madde Sayısı	Cronbach's Alpha (α)
Paranoid KB	8	0.84
Şizotipal KB	8	0.81
Şizoid KB	8	0.60
Antisosyal KB	8	0.83
Borderline KB	9	0.87
Histrionik KB	7	0.66
Narsistik KB	8	0.80
OKKB KB	9	0.79
Çekingen KB	8	0.78
Bağımlı KB	7	0.80

Kişilik bozuklukları ölçeğinin alt boyutlarına ilişkin Cronbach's Alpha değerleri Tablo 4.21'de sunulmuştur. Güvenirlik analizine göre, tüm alt ölçeklerin Cronbach's Alpha değerleri 0,70 ve üzerinde olup kabul edilebilir düzeyde iç tutarlılığa sahip olduğu görülmektedir. Ancak, Şizoid Kişilik Bozukluğu alt ölçeği (α = 0,60) ve Histrionik Kişilik Bozukluğu alt ölçeği (α = 0,66) için iç tutarlılık değerleri düşük olarak bulunmuştur.

4.2.2. WHOQOL-BREF TR

Tablo 4.22: WHOQOL-BREF TR Alt Ölçeklerinin Güvenirlik Analizi Sonuçları

Alt Boyut	Madde Sayısı	Cronbach's Alpha (α)
Fiziksel Sağlık Alt Boyutu	7	0.89
Psikolojik Sağlık Alt Boyutu	6	0.91
Sosyal İlişkiler Alt Boyutu	3	0.59
Çevre Alt Boyutu	8	0.76

Hayat Kalitesi ölçeğinin alt boyutlarına ilişkin Cronbach's Alpha değerleri Tablo 4.22'de sunulmuştur.

Çalışmada kullanılan WHOQOL-BREF TR ölçeğinin Sosyal İlişkiler alt boyutu için hesaplanan Cronbach's alfa katsayısı 0,584 olarak bulunmuştur. Bu değer, genellikle kabul edilen 0,70 sınırının altında olsa da literatürde madde sayısı düşük olan alt ölçeklerde güvenilirlik katsayısının daha düşük olmasının beklenen bir durum olduğu belirtilmektedir. Özellikle, yalnızca üç maddeden oluşan Sosyal İlişkiler alt boyutunda düşük iç tutarlılık değerleri sıkça rapor edilmiştir. Örneğin, Sırbistan'da tıp fakültesi öğrencileriyle yapılan bir çalışmada, WHOQOL-BREF'in genel Cronbach's alfa değeri 0.896 olarak bulunurken, Sosyal İlişkiler alt boyutunun alfa değeri 0,533 olarak rapor edilmiştir (Ilić vd., 2019). Benzer şekilde, Bahreyn'de orak hücre hastalığı olan bireylerle yapılan bir çalışmada Sosyal İlişkiler alt boyutu için Cronbach's alfa değeri 0,67 olarak rapor edilmiştir (Almarabheh vd., 2023). Bu nedenle, çalışmamızda elde edilen Cronbach's alfa değeri, alt ölçeğin sınırlı madde sayısı ve literatürdeki benzer bulgular göz önüne alındığında kabul edilebilir olarak değerlendirilmektedir.

Bu çalışmada, WHOQOL-BREF TR'nin ilk iki sorusu ('Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?' ve 'Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?') tek maddelik ölçekler olduğu için iç tutarlılık analizi uygulanamamaktadır. Ayrıca, veriler yalnızca bir zaman noktasından toplandığı için test-yeniden test güvenilirliği de değerlendirilememiştir. Bunun yerine, bu maddelerin güvenilirliğini test etmek amacıyla, genel yaşam kalitesi (ilk soru) ve sağlık memnuniyeti (ikinci soru) skorlarının WHOQOL-BREF TR'nin diğer alanları (fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler, çevresel faktörler) ile korelasyonları incelenmiştir. Bu analiz, tek maddelik soruların ilgili yaşam kalitesi alanları ile tutarlı bir ilişki gösterip göstermediğini değerlendirmek için yapılmıştır.

Tablo 4.23: Tek Maddelik WHOQOL-BREF Alt Boyutlarının Diğer Alt Boyutlar İle Korelasyonu

	1	2	3	4	5	6
1. Genel Yaşam Kalitesi	1.000					
2. Sağlık Memnuniyeti	.834**	1.000				
3. Fiziksel Sağlık	.764**	.820**	1.000			
4. Psikolojik Sağlık	.808**	.818**	.881**	1.000		
5. Sosyal İlişkiler	.458**	.484**	.506**	.529**	1.000	
6. Çevre Alanı	.507**	.521**	.595**	.609**	.383**	1.000

Not. *N = 102. p < .001 olan tüm değerler için "**" işareti kullanılmıştır.*

Tablo 4.23, Tek maddelik WHOQOL-BREF alt boyutlarının diğer WHOQOL-BREF alt boyutlarıyla arasındaki ilişkiyi test etmek amacıyla yapılan korelasyon analizinin sonuçlarını göstermektedir.

Analiz sonucunda, genel yaşam kalitesi ile WHOQOL-BREF alanlarının dört boyutu arasında anlamlı pozitif ilişkiler olduğu gözlemlenmiştir. Özellikle yaşam kalitesi algısı, Fiziksel Sağlık (r = 0,764) ve Psikolojik Sağlık (r = 0,808) alanları ile güçlü bir ilişki göstermiştir. Benzer şekilde, sağlık memnuniyeti, Fiziksel Sağlık (r = 0,820) ve Psikolojik Sağlık (r = 0,818) ile güçlü bir korelasyon sergilemiştir. Bu güçlü ilişkiler, WHOQOL-BREF TR'nin ilk iki sorusunun da güvenilir olduğunu desteklemektedir.

4.2.2. Mevcut Alan Yazında Ölçeklerin Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışmaları

Bu bölümde, çalışmada kullanılan ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarına ilişkin bilgiler sunulmaktadır.

WHOQOL-BREF-TR

WHOQOL-BREF-TR, Dünya Sağlık Örgütü'nün yaşam kalitesini değerlendirmeye yönelik geliştirdiği WHOQOL-100 ölçeğinin kısa formudur ve bireylerin yaşam

kalitesini dört temel boyutta ölçmeyi amaçlamaktadır: bedensel sağlık, psikolojik iyilik hali, sosyal ilişkiler ve çevresel koşullar. Ölçeğin Türkçe uyarlaması kapsamında yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları, WHOQOL-BREF-TR'nin psikometrik açıdan yeterli olduğunu ortaya koymuştur

Eser ve arkadaşları (1999) tarafından yürütülen çalışmada, WHOQOL-BREF-TR'nin alt boyutlarına ilişkin iç tutarlılık katsayıları (Cronbach alfa), 0,62 ile 0,80 arasında bulunmuş ve bu değerler, alt ölçeklerin güvenilirliğini desteklemiştir. Ayrıca yapılan analizlerde, ölçeğin dört faktörlü yapısının Türk kültüründe de geçerli olduğu doğrulayıcı faktör analizi ile gösterilmiştir. Söz konusu analizlerde, yapı geçerliği ve ayırt edici geçerlik gibi çeşitli geçerlilik göstergeleri değerlendirilmiş ve ölçeğin klinik ve saha araştırmalarında kullanıma uygun olduğu sonucuna varılmıştır.

Bu bağlamda, WHOQOL-BREF-TR, Türkiye'de yürütülen psikolojik araştırmalar ve sağlık alanındaki değerlendirmelerde geçerli ve güvenilir bir yaşam kalitesi ölçüm aracı olarak önerilmektedir.

CATI+ TR KF

Coolidge Eksen II Envanteri Plus'ın Türkçe Kısa Formu (CATI+TR-KF), DSM-5'te tanımlanan kişilik bozukluklarını değerlendirmek amacıyla Türkiye'ye özgü olarak geliştirilmiş ve psikometrik özellikleri kapsamlı biçimde incelenmiştir.

Ölçeğin geçerlilik çalışmaları kapsamında, yapı geçerliliği ile yakınsak ve ayırt edici geçerlilik analizleri gerçekleştirilmiştir. Güvenilirlik analizleri ise iç tutarlılık (Cronbach alfa katsayıları 0,66 ile 0,77 arasında) ve test-tekrar test yöntemi (korelasyon katsayıları 0,77 ile 0,89 arasında) kullanılarak yapılmıştır. Yapılan faktör analizi sonucunda, toplam varyansın %64.66'sını açıklayan iki faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Ayrıca, ölçeğin Yapılandırılmış Klinik Görüşme – II – Klinik Araştırma Versiyonu (SCID-II-KA) ve Kişilik İlişkileri Ölçeği – Kısa Türkçe Formu (KİÖ-KTF) gibi diğer kişilik bozukluğu ölçekleriyle anlamlı düzeyde ilişkili olduğu bulunmuştur (Bilge, 2018: 20). Bu bulgular, CATI+TR-KF'nin Türkiye'deki araştırma ve klinik uygulamalar için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu ortaya koymaktadır.

4.3. Gruplar Arasındaki Farkların Analizine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, araştırmanın temel değişkenleri açısından gruplar arasında anlamlı fark olup olmadığı çeşitli istatistiksel yöntemler kullanılarak incelenmiştir.

4.3.1. Demografik Değişkenlere İlişkin Bulgular

Katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu ve madde kullanımı gibi demografik özelliklerinin gruplar arasında farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiştir.

4.3.1.1. Teşhis Zamanına Göre Demografik Değişkenlerin Karşılaştırılması

Teşhis zamanına göre yaş değişkeninin dağılımı incelendiğinde; erken tanı grubunda yaş ortalaması 21,75 (SS = 1,70), geç tanı grubunda ise 21,61 (SS = 1,73) olarak bulunmuştur. Her iki grupta da yaş dağılımının normalliğini test etmek amacıyla Shapiro-Wilk testi uygulanmıştır. Erken tanı grubunda Shapiro-Wilk değeri .916, p = 0,001; geç tanı grubunda ise .920, p = 0,002 olarak bulunmuştur. Elde edilen p değerlerinin her iki grupta da .05'ten küçük olması, yaş değişkeninin normal dağılım varsayımını karşılamadığını göstermektedir. Bu sebeple, Katılımcıların erken ve geç tanı gruplarına göre çeşitli demografik değişkenlerde farklılık gösterip göstermediği incelenirken yaş değişkeni için Mann–Whitney U testi, diğer kategorik değişkenler için Ki-kare (Chi-squared) testi uygulanmıştır.

Tablo 4.24: Teşhis Zamanına Göre Yaş Değişkeninin Karşılaştırılması (Mann-Whitney U Sonuçları)

Grup	Sıra Ortalaması	n	Mann–Whitney U	Z	*p* Değeri
Erken Teşhis	52.65	74	1242.00	–0.398	.691
Geç Teşhis	50.35	28			

***Not**. * p < .05 düzeyinde anlamlıdır.*

Tablo 4.25: Teşhis Zamanına Göre Diğer Demografik Değişkenlerin Karşılaştırılması (Ki-kare Testi Sonuçları)

Değişken	Kategori	Erken Teşhis (n = 51), %	Geç Teşhis (n = 51), %	χ^2	*p* Değeri
Cinsiyet	Kadın	64.7	62.7	0.042	.837
	Erkek	35.3	37.3		
Tedavi Durumu	Evet	74.5	70.6	0.197	.657
	Hayır	25.5	29.4		
Eğitim Durumu	Lise	54.9	21.6	4.293	.038*
	Üniversite+	45.1	78.4		
Çalışma Durumu	Evet	49.0	45.1	0.157	.692
	Hayır	51.0	54.9		
Madde Kullanımı	Hayır	49.0	21.6	9.911	.042*
	Evet	51.0	78.4		
Medeni Durum	Bekar	78.4	82.4	0.249	.618
	Diğer	21.6	17.6		

***Not**. * p < .05 düzeyinde anlamlıdır.*

Tablolar 4.24 ve 4.25, teşhis zamanına göre demografik değişkenlerin karşılaştırılma analizlerinden çıkan bulguları içermektedir.

Yapılan analiz sonucunda, yaş, cinsiyet, medeni durum, tedavi durumu ve çalışma durumu söz konusu olduğunda gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu

sonuçlar, erken ve geç tanı alan bireylerin bu değişkenler açısından benzer dağılıma sahip olduğunu göstermektedir.

Buna karşılık, eğitim durumu ($\chi^2 = 4.293$, $p = 0{,}038$) ve madde kullanımı ($\chi^2 = 9.911$, $p = 0{,}042$) açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Erken tanı grubunda üniversite (lisans veya ön lisans) mezunu bireylerin oranı daha yüksekken, geç tanı grubunda madde kullanım oranı daha fazladır. Bu nedenle, bu iki değişkenin sonraki analizlerde potansiyel karıştırıcı değişken olarak dikkate alınabilir.

4.3.1.2. Tedavi Durumuna Göre Demografik Değişkenlerin Karşılaştırılması

Tedavi durumuna göre yaş değişkeninin dağılımı incelendiğinde; tedavi alan katılımcıların yaş ortalaması 21,73 (SS = 1,71) iken, tedavi almayan katılımcıların yaş ortalaması 21,54 (SS = 1,73) olarak bulunmuştur. Yaş değişkeninin normalliği Shapiro-Wilk testi ile değerlendirilmiştir. Tedavi alan grupta Shapiro-Wilk değeri .912, $p < .001$; tedavi almayan grupta ise .902, $p = 0{,}013$ olarak elde edilmiştir. Her iki grup için de p değerlerinin .05'ten küçük olması nedeniyle yaş değişkeninin normal dağılım varsayımını karşılamadığı anlaşılmaktadır. Bu bulguya dayanarak, tedavi durumuna göre yaş karşılaştırmasında parametrik olmayan testlerin kullanılması uygun görülmüştür. Diğer kategorik değişkenler için Ki-kare testi uygulanmıştır.

Tablo 4.26: Tedavi Durumuna Göre Yaş Değişkeninin Karşılaştırılması (Mann-Whitney U Sonuçları)

Grup	Sıra Ortalaması	n	Mann–Whitney U	Z	*p* Değeri
Tedavi Alan	52.39	74	970.00	–0.503	.615
Tedavi Almayan	49.14	28			

***Not**. * p < .05 düzeyinde anlamlıdır.*

Tablo 4.27: Tedavi Durumuna Göre Diğer Demografik Değişkenlerin Karşılaştırılması (Ki-kare Testi Sonuçları)

Değişken	Kategori	Tedavi Alan (n = 74), %	Tedavi Almayan (n = 28), %	χ^2	*p* Değeri
Cinsiyet	Kadın	62.2	67.9	0.285	.593
	Erkek	37.8	32.1		
Teşhis Zamanı	Erken	51.4	46.4	0.197	.657
	Geç	48.6	53.6		
Eğitim Durumu	Lise	62.2	75.0	0.764	.382
	Üniversite+	37.8	25.0		
Çalışma Durumu	Evet	50.0	39.3	0.936	.333
	Hayır	50.0	60.7		
Madde Kullanımı	Hayır	41.9	17.9	23.834	< .001*
	Evet	58.1	82.1		
Medeni Durum	Bekar	79.7	82.1	0.075	.784
	Diğer	20.3	17.9		

***Not**. * p < .05 düzeyinde anlamlıdır.*

Tablolar 4.26 ve 4.27, tedavi durumuna göre demografik değişkenlerin karşılaştırılma analizlerinden çıkan bulguları içermektedir.

Elde edilen sonuçlara göre, yaş (U = 970.00, p = 0,615), cinsiyet (χ^2 = 0.285, p = 0,593), teşhis zamanı (χ^2 = 0.197, p = 0,657), eğitim durumu (χ^2 = 0.764, p = 0,382), çalışma durumu (χ^2 = 0.936, p = 0,333) ve medeni durum (χ^2 = 0.075, p = 0,784) değişkenlerinde tedavi alan ve almayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu bulgular, grupların demografik açıdan genel olarak benzer yapılar sergilediğini göstermektedir. Buna karşın, madde kullanımı değişkeninde anlamlı bir fark bulunmuştur, $\chi^2(4, N = 102) = 23.834$, $p < .001$. Grupların dağılımları incelendiğinde, tedavi almayan bireylerde birden fazla madde kullanımı (özellikle sigara ve alkol kombinasyonu) daha yaygındır.

4.3.2. Kişilik Bozukluğu ve Hayat Kalitesi Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Ön Analizler

Bu bölümde, teşhis zamanı ve tedavi durumu değişkenlerine göre katılımcıların yaşam kalitesi ve kişilik bozukluğu puanları arasındaki farklılıklar normal dağılım varsayımları göz önünde bulundurularak parametrik testler (bağımsız örneklem t-testi) ve parametrik olmayan alternatifleri (Mann-Whitney U testi) kullanılarak incelenmiştir.

WHOQOL-BREF TR formundaki Genel Yaşam Kalitesi ve Sağlık Memnuniyeti maddeleri tek soruluk yapıda olduğundan, bu maddeler için normallik varsayımı test edilememiştir. Bu nedenle, gruplar arası karşılaştırmalar yapılırken parametrik olmayan Mann-Whitney U testi kullanılması tercih edilmiştir.

Çalışmada toplam 16 karşılaştırma yapıldığından, çoklu testlerin yol açabileceği Tip I hata riskini azaltmak amacıyla Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır. Bu doğrultuda, anlamlılık düzeyi 0.05'ten 16 karşılaştırmaya bölünerek yeniden hesaplanmış ve istatistiksel anlamlılık sınırı $p < 0.0031$ olarak belirlenmiştir.,

4.3.2.1. Teşhis Zamanına Göre Karşılaştırma Analizleri

Tablo 4.28: Erken ve Geç Teşhis Gruplarının Bağımsız Gruplar T-Testi Sonuçları

	Erken (n = 51)		Geç (n = 51)			
Değişken	**Ort.**	**S**	**Ort.**	**S**	**T**	**p**
Şizoid KB	16.88	3.71	17.59	4.88	0.823	0.412
Histrionik KB	16.29	4.16	14.65	3.50	2.163	0.033
Narsistik KB	21.33	5.49	17.53	4.42	3.851	$< 0.001^{*}$
Çekingen KB	19.41	5.68	17.26	4.74	2.081	0.040
Fiziksel Sağlık	23.24	6.27	21.18	6.02	1.691	0.094
Çevre	28.57	5.30	29.10	5.17	-0.511	0.610

Tablo 4.29: Erken ve Geç Teşhis Gruplarının Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Mann Whitney U	Erken Grup Sıra Ort.	Geç Grup Sıra Ort.	U	Z	p
Paranoid KB	60.49	42.51	842.00	-3.08	0.002*
Borderline KB	52.97	50.03	1225.50	-0.50	0.615
OKKB	64.89	38.11	617.50	-4.58	<0.001*
Şizotipal KB	62.25	40.75	752.50	-3.68	<0.001*
Antisosyal KB	59.72	43.28	881.50	-2.82	0.005
Bağımlı KB	52.87	50.13	1230.50	-0.47	0.639
Psikolojik	52.34	50.66	1257.50	-0.29	0.773
Sosyal	47.00	56.00	1071.00	-1.55	0.122
Genel Hayat Kalitesi	53.72	49.28	1187.50	-0.79	0.431
Sağlık Memnuniyeti	52.76	50.24	1236.00	-0.45	0.656

*Not: *Bonferroni düzeltmesi sonrası anlamlılık sınırı: $p < .0031$*

Tablolar 4.28 ve 4.29, erken ve geç teşhis gruplarının karşılaştırılması için yapılan parametrik ve non-parametrik testlerin değerlerini içermektedir.

T-testi sonuçlarına göre, yalnızca narsistik kişilik bozukluğu puanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır, $t(100) = 3.851$, $p < .001$. Erken teşhis grubunun narsistik Kişilik Bozukluğu puanı (Ort. = 21.33, SS = 5.49), geç teşhis grubuna kıyasla (Ort. = 17.53, SS = 4.42) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Mann-Whitney U testine göre ise, erken teşhis grubunun paranoid kişilik bozukluğu ($U = 842.00$, $Z = –3.08$, $p = .002$), obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu (OKKB) ($U = 617.50$, $Z = –4.58$, $p < .001$) ve şizotipal kişilik bozukluğu ($U = 752.50$, $Z = –3.68$, $p < .001$) puanları, geç teşhis grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Diğer değişkenlerde elde edilen farklar, Bonferroni düzeltmesi sonrası anlamlılık düzeyinin altında kalmıştır.

Tablo 4.30, Bonferroni düzeltmesine göre istatistiksel olarak anlamlı bulunan değişkenlerin, tanı zamanına (erken/geç) göre yapılan karşılaştırmalar sonucunda elde edilen etki büyüklüklerini (r) göstermektedir.

Tablo 4.30: Bonferroni Düzeltmesi Sonrası Tanı Zamanı Karşılaştırmasında Anlamlı Bulunan Değişkenlerin Etki Büyüklükleri

Değişken	Z/T	p	r	Etki Büyüklüğü[2]
Paranoid KB	-3.08	0.002	0.30	Orta
Narsistik KB	-3.85	.002	.31	Orta
Şizotipal KB	-3.68	<.001	.36	Orta
OKKB	-4.58	<.001	.45	Orta-Büyük

4.3.2.2. Tedavi Durumuna Göre Karşılaştırma Analizleri

Tablo 4.31: Tedavi Alan ve Almayan Grupların Bağımsız Gruplar T-Testi Sonuçları

	Tedavi Alan (n= 74)		Tedavi Almayan (n = 28)			
Değişken	**Ort.**	**S**	**Ort.**	**S**	**T**	**p**
Şizoid KB	16.34	3.87	19.61	4.63	-3.60	< .001*
Histrionik KB	15.28	3.73	15.96	4.41	-0.782	0.436
Çekingen KB	17. 92	5.25	19.43	5.43	-1.283	0.202
Çevre	29.54	5.10	29.96	5.12	2.273	0.025

Bonferroni düzeltmesi sonrası anlamlılık sınırı: p < .0031

[2] Etki büyüklüğü sınıflandırması Cohen (1988) kriterlerine göre yapılmıştır: r ≈ .10 = küçük, r ≈ .30 = orta, r ≥ .50 = büyük etki olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 4.32: Tedavi Alan ve Almayan Grupların Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Mann Whitney U	Tedavi Alan Grup Sıra Ort.	Tedavi Almayan Grup Sıra Ort.	U	Z	p
Paranoid KB	47.22	62.82	719.00	-2.38	0.017
Borderline KB	48.04	60.64	780.00	-1.92	0.055
OKKB	50.30	54.66	947.50	-0.67	0.506
Şizotipal KB	47.50	62.07	740.00	-2.23	0.026
Antisosyal KB	47.66	61.64	752.00	-2.41	0.032
Bağımlı KB	48.84	58.52	839.50	-1.48	0.140
Narsistik KB	50.91	53.05	992.50	-0.33	0.744
Fiziksel Sağlık	56.82	37.43	642.00	-2.96	0.003*
Psikolojik	57.24	36.34	611.50	-3.19	0.001*
Sosyal	56.03	39.52	700.50	-2.53	0.011
Genel Hayat Kalitesi	56.74	37.66	648.50	-3.03	0.002*
Sağlık Memnuniyeti	56.83	37.41	641.50	-3.05	0.002*
Paranoid KB	47.22	62.82	719.00	-2.38	0.017

Bonferroni düzeltmesi sonrası anlamlılık sınırı: p < .0031

Tablolar 4.31 ve 4.32, tedavi alan ve almayan grupların karşılaştırılması için yapılan parametrik ve non-parametrik testlerin değerlerini içermektedir.

Bağımsız örneklem t-testi sonuçlarına göre, yalnızca şizoid kişilik bozukluğu puanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır, $t(100) = -3.60$, $p < .001$. Tedavi alan bireylerin şizoid kişilik bozukluğu puanları (Ort. = 16.34, SS = 3.87), tedavi almayan bireylerin puanlarından (Ort. = 19.61, SS = 4.63) anlamlı düzeyde daha düşüktür. Mann–Whitney U testi sonuçlarına göre ise, tedavi alan

bireylerin fiziksel sağlık (U = 642.00, Z = –2.96, p = .003), psikolojik sağlık (U = 611.50, Z = –3.19, p = .001), genel yaşam kalitesi (U = 648.50, Z = –3.03, p = .002) ve sağlık memnuniyeti (U = 641.50, Z = –3.05, p = .002) puanları, tedavi almayan bireylere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Diğer tüm değişkenlerde gözlenen grup farkları, Bonferroni düzeltmesi sonrası belirlenen anlamlılık eşiğinin üzerinde kaldığından istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmemiştir.

Tablo 4.33, Bonferroni düzeltmesine göre istatistiksel olarak anlamlı bulunan değişkenlerin, tedavi durumu karşılaştırmasına göre elde edilen etki büyüklüklerini (r) göstermektedir.

Tablo 4.33: Bonferroni Düzeltmesi Sonrası Tedavi Durumu Karşılaştırmasında Anlamlı Bulunan Değişkenlerin Etki Büyüklükleri

Değişken	Z/T	r	Etki Büyüklüğü
Fiziksel Sağlık	-2.96	0.29	Küçük
Psikolojik	-3.19	0.32	Orta
Genel Hayat Kalitesi	-3.03	0.30	Orta
Sağlık Memnuniyeti	-3.05	0.30	Orta
Şizoid KB	-3.60	0.34	Orta

4.4. Kişilik Bozukluğu Puanları ve Yaşam Kalitesi Alt Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon Analizine İlişkin Bulgular

Bu çalışmada, katılımcıların yaşam kalitesi düzeyleri ile kişilik bozukluğu puanları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla korelasyon analizi uygulanmıştır. Bu analiz ile, yaşam kalitesi azaldıkça kişilik bozukluğu puanlarının artıp artmadığı; hangi kişilik bozukluğu alt ölçeklerinin yaşam kalitesiyle daha güçlü bir ilişki gösterdiği ve yaşam kalitesinin hangi boyutlarının bu ilişki üzerinde daha etkili olduğu sorularına yanıt aranmıştır. Buna ek olarak, yaş değişkeninin bu ilişkilerle olan bağlantısını değerlendirebilmek amacıyla yaş ile yaşam kalitesi ve kişilik bozukluğu puanları arasındaki ilişkiler de analiz edilmiştir.

Tablo 4.34: Kişilik Bozukluğu Ve Yaşam Kalitesi Alt Boyutlarına İlişkin Normallik Testleri

Değişken	Shapiro-Wilk p
Bağımlı KB	0.004
Çekingen KB	0.033
OKKB	0.005
Narsistik KB	0.131
Histrionik KB	0.229
Şizoid KB	0.13
Borderline KB	<0.001
Şizotipal KB	<0.001
Paranoid KB	0.005
Antisosyal KB	<0.001
Fiziksel Sağlık	0.072
Psikolojik	0.002
Sosyal İlişkiler	0.012
Çevresel	0.39

Kişilik bozukluğu ve yaşam kalitesi değişkenlerinin alt boyutlarına dair yapılan normallik testlerinin istatiksel değerleri Tablo 4.34'te verilmiştir.

Shapiro-Wilk testinden elde edilen sonuçlara göre, $p < 0,05$ olan değişkenlerde normal dağılım varsayımı sağlanmamaktadır. Bu doğrultuda yalnızca 'Fiziksel Sağlık' ve 'Çevresel' alt boyutlarının normal dağıldığı kabul edilmiştir. Buna karşın tüm kişilik bozukluğu alt ölçeklerinde normal dağılım varsayımı sağlanmamıştır. Korelasyon analizine dahil edilen değişken çiftlerinden en az biri normal dağılmadığı için, değişkenler arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla Spearman rho korelasyon testi kullanılmıştır. Bu nedenle, yaş değişkeninin normal dağılım varsayımına uygunluğu ayrıca test edilmemiştir. Spearman korelasyonu, verilerin sıralı yapıda olması veya normal dağılım varsayımının ihlali durumunda önerilen parametrik olmayan bir yöntemdir (Gauthier, 2001: 362).

16. Bağımlı KB	15. Çekingen KB	14. OKKB	13. Narsistik KB	12. Histrionik	11. Borderline	10. Antisosyal	9. Şizoid KB	8. Şizotipal KB	7. Paranoid KB	6. Sağlık Memn	5. Genel Hayat	4. Çevre	3. Sosyal	2. Psikolojik	1. Fiziksel								
															1.000	**1**							
														1.000	.876**	**2**							
													1.000	.561**	.510**	**3**							
												1.000	.397**	.643**	.611**	**4**							
											1.000	.513**	.468**	.795**	.740**	**5**							
										1.000	.822**	.507**	.487**	.810**	.805**	**6**							
									1.000	-.300**	-.251*	-.424**	-.124	-.315**	-.200*	**7**							
								1.000	.772**	-.300**	-.330**	-.424**	-.435**	-.443**	-.320**	**8**							
							1.000	-.621**	-.538**	.561**	.497**	.538**	.538**	.642**	.597**	**9**							
						1.000	-.531**	-.701**	-.263**	-.285**	-.285**	-.395**	-.330**	-.424**	-.344**	**10**							
					1.000	.537**	.561**	.598**	.515**	.633**	.649**	.478**	.442**	.781**	.711**	**11**							
				1.000	.478**	.551**	.519**	.519**	.560**	-.077	-.173	-.191	-.136	-.130	.051	**12**							
			1.000	.727**	.461**	.592**	.263**	.861**	.898**	-.045	-.155	-.218*	.119	-.182	.053	**13**							
		1.000	.811**	.432**	.487**	.475**	.285**	.735**	.783**	.109	.276**	.124	.284**	.226*	.114	**14**							
	1.000	.635**	.559**	.500**	.593**	.475**	.473**	.560**	.502**	.392**	.361**	.411**	.356**	.478**	.434**	**15**							
1.000	.738**	.491**	.432**	.487**	.811**	.516**	.533**	.525**	.460**	.584**	.580**	.486**	.354**	.738**	.670**	**16**							

Tablo 4.35: Kişilik Bozukluğu Puanları ve Yaşam Kalitesi Alt Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon Analizine İlişkin Bulgular

Tablo 4.35, kişilik bozukluğu ve hayat kalitesi alt boyutlarının korelasyon analizlerinin istatiksel sonuçlarını göstermektedir.

Elde edilen bulgular, kişilik patolojisi puanları arttıkça yaşam kalitesinin düştüğünü göstermektedir. Paranoid kişilik bozukluğu puanları ile fiziksel sağlık (r_s = –.320, p < .01), psikolojik sağlık (r_s = –.315, p < .01), çevre (r_s = –.244, p < .01) ve genel yaşam kalitesi (r_s = –.251, p < .05) arasında anlamlı düzeyde negatif korelasyonlar saptanmıştır. Şizotipal kişilik bozukluğu, fiziksel sağlık (r_s = –.329, p < .01), psikolojik sağlık (r_s = –.443, p < .01), sosyal ilişkiler (r_s = –.435, p < .01), çevre (r_s = –.424, p < .01), genel yaşam kalitesi (r_s = –.330, p < .01) ve sağlık memnuniyeti (r_s = –.300, p < .01) ile negatif yönde anlamlı bir ilişki göstermiştir. Şizoid kişilik bozukluğu puanları ile fiziksel sağlık (r_s = –.597, p < .01), psikolojik sağlık (r_s = –.641, p < .01), sosyal ilişkiler (r_s = –.428, p < .01), çevre (r_s = –.538, p < .01), genel yaşam kalitesi (r_s = –.497, p < .01) ve sağlık memnuniyeti (r_s = –.477, p < .01) arasında oldukça güçlü negatif korelasyonlar bulunmuştur. Antisosyal kişilik bozukluğu ile fiziksel sağlık (r_s = –.344, p < .01), psikolojik sağlık (r_s = –.374, p < .01), sosyal ilişkiler (r_s = –.374, p < .01), çevre (r_s = –.395, p < .01), genel yaşam kalitesi (r_s = –.285, p < .01) ve sağlık memnuniyeti (r_s = –.294, p < .01) arasında anlamlı negatif ilişkiler saptanmıştır. Borderline kişilik bozukluğu puanları da yaşam kalitesinin tüm boyutlarıyla anlamlı ve güçlü düzeyde negatif ilişkiler göstermiştir: fiziksel sağlık (r_s = –.711, p < .01), psikolojik sağlık (r_s = –.781, p < .01), sosyal ilişkiler (r_s = –.442, p < .01), çevre (r_s = –.478, p < .01), genel yaşam kalitesi (r_s = –.469, p < .01) ve sağlık memnuniyeti (r_s = –.633, p < .01). Obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu puanları psikolojik sağlık (r_s = –.226, p < .05), sosyal ilişkiler (r_s = –.203, p < .05) ve çevre (r_s = –.290, p < .01) boyutlarıyla negatif yönde anlamlı şekilde ilişkilidir. Çekingen kişilik bozukluğu ile fiziksel sağlık (r_s = –.434, p < .01), psikolojik sağlık (r_s = –.478, p < .01), sosyal ilişkiler (r_s = –.356, p < .01), çevre (r_s = –.411, p < .01), genel yaşam kalitesi (r_s = –.361, p < .01) ve sağlık memnuniyeti (r_s = –.392, p < .01) arasında anlamlı negatif korelasyonlar elde edilmiştir. Son olarak, bağımlı kişilik bozukluğu puanları ile fiziksel sağlık (r_s = –.670, p < .01), psikolojik sağlık (r_s = –.738, p < .01), sosyal ilişkiler (r_s = –.354, p < .01), çevre (r_s = –.486, p < .01), genel yaşam kalitesi (r_s = –.580, p < .01) ve sağlık memnuniyeti (r_s = –.584, p < .01) arasında güçlü negatif yönde ilişkiler bulunmuştur.

4.5 İki Yönlü Kovaryans Analizine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, tanı zamanı (erken veya geç) ve tedavi durumu (tedavi almış veya almamış) değişkenlerinin, yaşam kalitesi ve kişilik bozukluğu puanları üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla gerçekleştirilen iki yönlü kovaryans analizi (ANCOVA) bulgularına yer verilmiştir. Analizlerde, gruplar arasında anlamlı farklılık gösterdiği saptanan madde kullanımı değişkeni kovaryant olarak modele dahil edilmiştir. Böylece, tanı zamanı ve tedavi durumunun bağımlı değişkenler üzerindeki etkileri, madde kullanımının kontrolü sağlanarak istatistiksel olarak test edilmiştir. Her bir yaşam kalitesi alt boyutu ve her bir kişilik bozukluğu alt ölçeği için ayrı ayrı analizler yürütülmüş; ana etkiler ile etkileşim etkileri değerlendirilmiştir.

WHOQOL-BREF-TR formundaki "Genel Yaşam Kalitesi" ve "Sağlık Memnuniyeti" alanları her ne kadar tek maddeden oluşsa da, ölçüm düzeylerinin sürekli kabul edilmesi ve model varsayımlarının kabul edilebilir düzeyde sağlanması nedeniyle bu değişkenlere de yönelik iki yönlü kovaryans analizi (ANCOVA) gerçekleştirilmiştir.

Toplam 16 ANCOVA modeli (6 yaşam kalitesi alanı ve 10 kişilik bozukluğu özelliği) boyunca yapılan çoklu karşılaştırmaların kontrolü amacıyla, Benjamini-Hochberg prosedürü kullanılarak Yanlış Keşif Oranı (False Discovery Rate, FDR) düzeltmesi uygulanmıştır. Bağımlı değişkenlerin birbiriyle ilişkili yapısı dikkate alınarak ve istatistiksel gücün korunması hedeflenerek, bu yöntem Bonferroni düzeltmesine alternatif olarak tercih edilmiştir.

Madde kullanımı değişkeni yalnızca bir kovaryant olarak kullanıldığı, yani araştırmanın esas hipotezlerine yönelik bir bağımsız değişken olarak modellenmediği için bu değişkenin p-değerlerine çoklu karşılaştırma düzeltmesi uygulanmamıştır.

4.5.1. Hayat Kalitesi Alt Boyutları

Bu bölümde, tedavi durumu ve teşhis zamanına göre hayat kalitesi alt boyutlarındaki grup farkları, madde kullanımı kontrol edilerek iki yönlü kovaryans analizi (ANCOVA) ile incelenmiştir.

4.5.1.1. Fiziksel Sağlık Alanı

Tablo 4.36: Tanı Zamanı ve Tedavi Durumuna Göre Fiziksel Sağlık Puanlarına İlişkin ANCOVA Sonuçları

Değişken	F(1, 97)	p	FDR Düzeltmesine göre p	Kısmi Eta Kare (η^2)
Madde Kullanımı (Kovaryant)	18.73	< .001*	-	.162
Tanı Zamanı	0.02	.878	.930	.000
Tedavi Durumu	5.34	.023	.053	.052
Tanı Zamanı × Tedavi Durumu Etkileşimi	0.34	.562	-	.003

Not. Bağımlı değişken: Fiziksel Sağlık. Madde kullanımı değişkeni analizde kovaryant olarak kontrol edilmiştir. Anlamlılık düzeyi $p < .05$ olarak kabul edilmiştir. FDR düzeltmesi yalnızca ana etkiler için uygulanmıştır; etkileşim terimleri bu kapsamda değerlendirilmemiştir.

Tablo 4.36, fiziksel sağlık puanları üzerinde tanı zamanı, tedavi durumu ve bu iki değişkenin etkileşimi, madde kullanımı kovaryantı sabit tutularak yapılan iki yönlü kovaryans analizinin sonuçlarını göstermektedir. Analiz öncesinde varyansların homojenliğini test etmek amacıyla uygulanan Levene testi sonucunda varyansların homojen olduğu saptanmıştır, $F(3, 98) = 0.707$, $p = .550$. Analiz sonucunda, modelin genel olarak anlamlı olduğu görülmüştür, $F(4, 97) = 8.469$, $p < .001$, $R^2 = .259$. Madde kullanımının fiziksel sağlık puanları üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu bulunmuştur, $F(1, 97) = 18.73$, $p < .001$, $\eta^2 = .162$. Ortalama değerlere göre madde kullanan bireylerin fiziksel sağlık puanları (Ort = 20.13, Standart Hata = 1.05), madde kullanmayanlara kıyasla (Ort = 22.98, Standart Hata = 0.64) anlamlı düzeyde daha düşüktür. Tanı zamanının fiziksel sağlık üzerinde anlamlı bir etkisi saptanmamıştır, $F(1, 97) = 0.02$, $p = .878$, düzeltilmiş $p = .930$, $\eta^2 = .000$. Tedavi durumunun fiziksel sağlık üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu belirlenmiştir, $F(1, 97) = 5.34$, $p = .023$; ancak bu fark FDR düzeltmesi sonrasında anlamlılık sınırında kalmaktadır (düzeltilmiş $p = .053$), $\eta^2 = .052$. Tanı zamanı ile tedavi durumu arasındaki etkileşim anlamlı bulunmamıştır, $F(1, 97) = 0.34$, $p = .562$, $\eta^2 = .003$; etkileşim düzeyinde anlamlı bir farklılaşma gözlenmemektedir. Elde edilen bulgular, fiziksel sağlık düzeyinin özellikle madde kullanımı ve kısmen de tedavi alma durumuna bağlı olarak anlamlı

biçimde değiştiğini, ancak tanı zamanının bu alan üzerinde belirgin bir etkisinin olmadığını ortaya koymaktadır.

4.5.1.2 Psikolojik Sağlık Alanı

Tablo 4.37: Tanı Zamanı ve Tedavi Durumuna Göre Psikolojik Sağlık Puanlarına İlişkin ANCOVA Sonuçları

Değişken	F(1, 97)	p	FDR Düzeltmesine göre p	Kısmi Eta Kare (η^2)
Madde Kullanımı (Kovaryant)	22.11	< .001*	-	.186
Tanı Zamanı	0.87	.354	.501	.009
Tedavi Durumu	6.78	.011	.039*	.065
Tanı Zamanı × Tedavi Durumu Etkileşimi	0.02	.877	-	.000

Not. Bağımlı değişken: Psikolojik Sağlık. Anlamlılık düzeyi $p < .05$ olarak kabul edilmiştir. Madde kullanımı değişkeni analizde kovaryant olarak kontrol edilmiştir. FDR düzeltmesi yalnızca ana etkiler için uygulanmıştır; etkileşim terimleri bu kapsamda değerlendirilmemiştir.

Tablo 4.37, psikolojik sağlık puanları üzerinde tanı zamanı, tedavi durumu ve bu iki değişkenin etkileşimi, madde kullanımı kovaryantı sabit tutularak yapılan iki yönlü kovaryans analizinin sonuçlarını göstermektedir. Levene testi sonucuna göre varyansların homojen olduğu belirlenmiştir, $F(3, 98) = 0.698$, $p = .556$. Analiz sonucunda model genel olarak anlamlı bulunmuştur, $F(4, 97) = 9.105$, $p < .001$, $R^2 = .273$. Psikolojik sağlık puanları üzerinde madde kullanımının anlamlı bir etkisi olduğu görülmüştür, $F(1, 97) = 22.11$, $p < .001$, $\eta^2 = .186$. Ortalama değerlere göre, madde kullanan bireylerin psikolojik sağlık puanları (Ort = 15.49, Standart Hata = 0.99), kullanmayan bireylere kıyasla (Ort = 18.53, Standart Hata = 0.60) anlamlı düzeyde daha düşüktür. Tanı zamanının psikolojik sağlık üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır, $F(1, 97) = 0.87$, $p = .354$, düzeltilmiş $p = .501$, $\eta^2 = .009$. Tedavi durumunun psikolojik sağlık üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu görülmüştür, $F(1, 97) = 6.78$, $p = .011$, düzeltilmiş $p = .039$, $\eta^2 = .065$. Ortalama değerlere göre, tedavi alan bireylerin psikolojik sağlık puanları (Ort = 18.53, Standart Hata = 0.60), tedavi

almayan bireylerin puanlarından (Ort = 15.49, Standart Hata = 0.99) anlamlı düzeyde daha yüksektir. Tanı zamanı ile tedavi durumu arasındaki etkileşim anlamlı bulunmamıştır, $F(1, 97) = 0.02$, $p = .877$, $\eta^2 = .000$.

4.5.1.3 Sosyal İlişkiler Alanı

Tablo 4.38: Tanı Zamanı ve Tedavi Durumuna Göre Sosyal İlişkiler Puanlarına İlişkin ANCOVA Sonuçları

Değişken	F(1, 97)	p	FDR Düzeltmesine göre p	Kısmi Eta Kare (η^2)
Madde Kullanımı (Kovaryant)	4.024	.048*	-	.040
Tanı Zamanı	7.498	.007	.032*	.072
Tedavi Durumu	5.645	.019	.047*	.055
Tanı Zamanı × Tedavi Durumu Etkileşimi	2.445	.121	-	.025

***Not**. Bağımlı değişken: Sosyal İlişkiler. Anlamlılık düzeyi $p < .05$ olarak kabul edilmiştir. Madde kullanımı değişkeni analizde kovaryant olarak kontrol edilmiştir. FDR düzeltmesi yalnızca ana etkiler için uygulanmıştır; etkileşim terimleri bu kapsamda değerlendirilmemiştir.*

Tablo 4.38, sosyal ilişkiler alanı üzerinde tanı zamanı, tedavi durumu ve bu iki değişkenin etkileşimi, madde kullanımı kovaryantı sabit tutularak yapılan iki yönlü kovaryans analizinin sonuçlarını göstermektedir. Levene testi sonucuna göre varyansların homojen olduğu belirlenmiştir, $F(3, 98) = 0.282$, $p = .838$. Model genel olarak anlamlı bulunmuştur. Analiz sonuçlarına göre, madde kullanımının sosyal ilişkiler puanları üzerinde anlamlı bir etkisi vardır, $F(1, 97) = 4.024$, $p = .048$, $\eta^2 = .040$. Ortalama değerlere göre, madde kullanan bireylerin sosyal ilişkiler puanları (Ort = 9.54, Standart Hata = 0.44), madde kullanmayan bireylerin puanlarından (Ort = 10.67, Standart Hata = 0.33) daha düşüktür. Tanı zamanının sosyal ilişkiler üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu görülmüştür, $F(1, 97) = 7.498$, $p = .007$, düzeltilmiş $p = .032$, $\eta^2 = .072$. Geç tanı alan bireylerin sosyal ilişkiler puanları (Ort = 10.90, Standart Hata = 0.40), erken tanı alan bireylerin puanlarından (Ort = 9.32, Standart Hata = 0.41) anlamlı düzeyde daha yüksektir. Ayrıca, tedavi durumunun da sosyal ilişkiler üzerinde

anlamlı bir etkisi saptanmıştır, $F(1, 97) = 5.645$, $p = .019$, düzeltilmiş $p = .047$, $\eta^2 = .055$. Ortalama değerlere göre, tedavi alan bireylerin sosyal ilişkiler puanları (Ort = 10.79, Standart Hata = 0.29), tedavi almayan bireylerin puanlarından (Ort = 9.42, Standart Hata = 0.48) daha yüksektir. Tanı zamanı ile tedavi durumu etkileşimi ise anlamlı bulunmamıştır, $F(1, 97) = 2.445$, $p = .121$, $\eta^2 = .025$.

4.5.1.4 Çevresel Alan

Tablo 4.39: Tanı Zamanı ve Tedavi Durumuna Göre Çevre Puanlarına İlişkin ANCOVA Sonuçları

Değişken	F(1, 97)	p	FDR Düzeltmesine göre p	Kısmi Eta Kare (η^2)
Madde Kullanımı (Kovaryant)	2.697	.104	-	.027
Tanı Zamanı	0.704	.403	.537	.007
Tedavi Durumu	3.479	.035	.075	.035
Tanı Zamanı × Tedavi Durumu Etkileşimi	0.077	.782	-	.001

***Not**. Bağımlı değişken: Çevre. Anlamlılık düzeyi $p < .05$ olarak kabul edilmiştir. Madde kullanımı değişkeni analizde kovaryant olarak kontrol edilmiştir. FDR düzeltmesi yalnızca ana etkiler için uygulanmıştır; etkileşim terimleri bu kapsamda değerlendirilmemiştir.*

Tablo 4.39, çevresel yaşam kalitesi puanları üzerinde tanı zamanı, tedavi durumu ve bu iki değişkenin etkileşimi, madde kullanımı kovaryantı sabit tutularak yapılan iki yönlü kovaryans analizinin sonuçlarını göstermektedir.

Levene testi sonucuna göre varyansların homojen olduğu belirlenmiştir, $F(3, 98) = 1.366$, $p = .258$. Analiz sonuçlarına göre, madde kullanımının çevresel alan puanları üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır, $F(1, 97) = 2.697$, $p = .104$, $\eta^2 = .027$. Benzer şekilde, tanı zamanının çevre puanları üzerinde anlamlı bir etkisi saptanmamıştır, $F(1, 97) = 0.704$, $p = .403$, düzeltilmiş $p = .537$, $\eta^2 = .007$. Öte yandan, tedavi durumunun çevre puanları üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu görülmüştür, $F(1, 97) = 3.479$, $p =$

.035; ancak bu etki FDR düzeltmesi sonrasında anlamlılık düzeyinin üzerinde kaldığından istatiksel olarak anlamlı değildir (düzeltilmiş $p = .075$), $\eta^2 = .035$.

4.5.1.5 Genel Yaşam Kalitesi

Tablo 4.40: Tanı Zamanı ve Tedavi Durumuna Göre Genel Yaşam Kalitesi Puanlarına İlişkin ANCOVA Sonuçları

Değişken	F(1, 97)	p	FDR Düzeltmesine göre p	Kısmi Eta Kare (η^2)
Madde Kullanımı (Kovaryant)	21.77	<0.001*	-	.183
Tanı Zamanı	0.09	.760	.839	.001
Tedavi Durumu	5.83	.018	.047*	.057
Tanı Zamanı × Tedavi Durumu Etkileşimi	0.01	.915	-	.000

***Not**. Bağımlı değişken: Genel Yaşam Kalitesi. Anlamlılık düzeyi $p < .05$ olarak kabul edilmiştir. Madde kullanımı değişkeni analizde kovaryant olarak kontrol edilmiştir. FDR düzeltmesi yalnızca ana etkiler için uygulanmıştır; etkileşim terimleri bu kapsamda değerlendirilmemiştir.*

Tablo 4.40, genel yaşam kalitesi puanları üzerinde tanı zamanı, tedavi durumu ve bu iki değişkenin etkileşimi, madde kullanımı kovaryantı sabit tutularak yapılan iki yönlü kovaryans analizinin sonuçlarını göstermektedir. Levene testi sonucunda varyansların homojen olduğu belirlenmiştir, $F(3, 98) = 1.233$, $p = .303$. Analiz sonuçlarına göre, madde kullanımının genel yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu bulunmuştur, $F(1, 97) = 21.77$, $p < .001$, $\eta^2 = .183$. Ortalama değerlere göre, madde kullanan bireylerin genel yaşam kalitesi puanları (Ort = 2.59, Standart Hata = 0.18), madde kullanmayan bireylerin puanlarından (Ort = 3.19, Standart Hata = 0.11) anlamlı düzeyde daha düşüktür. Tanı zamanının genel yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir etkisi saptanmamıştır, $F(1, 97) = 0.09$, $p = .760$, düzeltilmiş $p = .839$, $\eta^2 = .001$. Buna karşılık, tedavi durumunun genel yaşam kalitesi puanları üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu görülmüştür, $F(1, 97) = 5.83$, $p = .018$, düzeltilmiş $p = .047$, $\eta^2 = .057$. Ortalama değerlere göre, tedavi alan bireylerin genel yaşam kalitesi puanları (Ort = 3.19, Standart Hata = 0.11), tedavi almayan bireylerin puanlarından (Ort = 2.59, Standart

Hata = 0.18) daha yüksektir. Tanı zamanı ile tedavi durumu arasındaki etkileşim anlamlı bulunmamıştır, $F(1, 97) = 0.01$, $p = .915$, $\eta^2 = .000$.

4.5.1.6 Sağlık Memnuniyeti

Tablo 4.41: Tanı Zamanı ve Tedavi Durumuna Göre Sağlık Memnuniyeti Puanlarına İlişkin ANCOVA Sonuçları

Değişken	F(1, 97)	p	FDR Düzeltmesine göre p	Kısmi Eta Kare (η^2)
Madde Kullanımı (Kovaryant)	25.20	<0.001*	-	.188
Tanı Zamanı	0.95	.360	.501	.009
Tedavi Durumu	5.90	.017	.047*	.057
Tanı Zamanı × Tedavi Durumu Etkileşimi	0.10	.764	-	.001

***Not**. Bağımlı değişken: Sağlık Memnuniyeti. Anlamlılık düzeyi p < .05 olarak kabul edilmiştir. Madde kullanımı değişkeni analizde kovaryant olarak kontrol edilmiştir. FDR düzeltmesi yalnızca ana etkiler için uygulanmıştır; etkileşim terimleri bu kapsamda değerlendirilmemiştir.*

Tablo 4.41**,** sağlık memnuniyeti puanları üzerinde tanı zamanı, tedavi durumu ve bu iki değişkenin etkileşimi, madde kullanımı kovaryantı sabit tutularak yapılan iki yönlü kovaryans analizinin sonuçlarını göstermektedir. Levene testi sonucuna göre varyansların homojen olduğu belirlenmiştir, $F(3, 98) = 0.282$, $p = .838$. Analiz bulgularına göre, madde kullanımının sağlık memnuniyeti puanları üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu saptanmıştır, $F(1, 97) = 25.20$, $p < .001$, $\eta^2 = .188$. Ortalama değerlere göre, madde kullanan bireylerin sağlık memnuniyeti puanları (Ort = 2.50, Standart Hata = 0.20), madde kullanmayan bireylerin puanlarından (Ort = 3.09, Standart Hata = 0.12) anlamlı düzeyde daha düşüktür. Tanı zamanının sağlık memnuniyeti üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır, $F(1, 97) = 0.95$, $p = .360$, düzeltilmiş $p = .501$, $\eta^2 = .009$. Öte yandan, tedavi durumunun sağlık memnuniyeti puanları üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu görülmüştür, $F(1, 97) = 5.90$, $p = .017$, düzeltilmiş $p = .047$, $\eta^2 = .057$. Tedavi alan bireylerin sağlık memnuniyeti puanları (Ort = 3.09, Standart Hata = 0.12), tedavi almayan bireylerin puanlarından (Ort = 2.50, Standart Hata = 0.20) anlamlı

biçimde daha yüksektir. Tanı zamanı ile tedavi durumu arasındaki etkileşim ise anlamlı bulunmamıştır, $F(1, 97) = 0.10$, $p = .764$, $\eta^2 = .001$.

4.5.2. Kişilik Bozukluğu Ölçeği Alt Boyutları

Bu bölümde, teşhis zamanı ve tedavi durumuna göre kişilik bozukluğu ölçeği alt boyutlarındaki farklılıklar, madde kullanımı kontrol edilerek iki yönlü kovaryans analizi (ANCOVA) ile değerlendirilmiştir.

4.5.2.1. Paranoid Kişilik Bozukluğu

Tablo 4.42: Tanı Zamanı ve Tedavi Durumuna Göre Paranoid Kişilik Bozukluğu Puanlarına İlişkin ANCOVA Sonuçları

Değişken	F(1, 97)	p	FDR Düzeltmesine göre p	Kısmi Eta Kare (η^2)
Madde Kullanımı (Kovaryant)	4.437	.038*	-	.044
Tanı Zamanı	16.201	<.001	.005*	.143
Tedavi Durumu	6.046	.016	.047*	.059
Tanı Zamanı × Tedavi Durumu Etkileşimi	0.452	.503	-	.005

Not. Bağımlı değişken: Paranoid Kişilik Bozukluğu. Anlamlılık düzeyi $p < .05$ olarak kabul edilmiştir. Madde kullanımı değişkeni analizde kovaryant olarak kontrol edilmiştir. FDR düzeltmesi yalnızca ana etkiler için uygulanmıştır; etkileşim terimleri bu kapsamda değerlendirilmemiştir.

Tablo 4.42, paranoid kişilik bozukluğu puanları üzerinde tanı zamanı, tedavi durumu ve bu iki değişkenin etkileşimi, madde kullanımı kovaryantı sabit tutularak yapılan iki yönlü kovaryans analizinin sonuçlarını göstermektedir. Levene testi sonucuna göre varyansların homojen olduğu belirlenmiştir, $F(3, 98) = 1.107$, $p = .350$. Analiz sonuçlarına göre, madde kullanımının paranoid kişilik bozukluğu puanları üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu saptanmıştır, $F(1, 97) = 4.437$, $p = .038$, $\eta^2 = .044$. Ortalama değerlere göre, madde kullanan bireylerin paranoid kişilik bozukluğu puanları (Ort = 17.08), madde kullanmayan bireylerin puanlarından (Ort = 15.44) daha yüksektir. Tanı

zamanı değişkeninin paranoid kişilik bozukluğu puanları üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu bulunmuştur, $F(1, 97) = 16.201$, $p < .001$, düzeltilmiş $p = .005$, $\eta^2 = .143$. Erken tanı alan bireylerin paranoid kişilik bozukluğu puanları (Ort = 19.43, Standart Hata = 0.80), geç tanı alan bireylerin puanlarından (Ort = 14.85, Standart Hata = 0.79) anlamlı düzeyde daha yüksektir. Ayrıca, tedavi durumunun da paranoid kişilik bozukluğu üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu belirlenmiştir, $F(1, 97) = 6.046$, $p = .016$, düzeltilmiş $p = .047$, $\eta^2 = .059$. Tedavi almayan bireylerin paranoid kişilik puanları (Ort = 18.54, Standart Hata = 0.96), tedavi alan bireylerin puanlarından (Ort = 15.75, Standart Hata = 0.58) daha yüksektir. Tanı zamanı ile tedavi durumu etkileşimi ise anlamlı bulunmamıştır, $F(1, 97) = 0.452$, $p = .503$, $\eta^2 = .005$.

4.5.2.2. Şizotipal Kişilik Bozukluğu

Tablo 4.43: Tanı Zamanı ve Tedavi Durumuna Göre Şizotipal Kişilik Bozukluğu Puanlarına İlişkin ANCOVA Sonuçları

Değişken	F(1, 97)	p	FDR Düzeltmesine göre p	Kısmi Eta Kare (η^2)
Madde Kullanımı (Kovaryant)	4.469	.037	-	.044
Tanı Zamanı	17.660	<.001	.005*	.154
Tedavi Durumu	4.160	.044	.084	.041
Tanı Zamanı × Tedavi Durumu Etkileşimi	0.121	.729	-	.001

Not. Bağımlı değişken: Şizotipal Kişilik Bozukluğu. Anlamlılık düzeyi $p < .05$ olarak kabul edilmiştir. Madde kullanımı değişkeni analizde kovaryant olarak kontrol edilmiştir. FDR düzeltmesi yalnızca ana etkiler için uygulanmıştır; etkileşim terimleri bu kapsamda değerlendirilmemiştir.

Tablo 4.43, şizotipal kişilik bozukluğu puanları üzerinde tanı zamanı, tedavi durumu ve bu iki değişkenin etkileşimi, madde kullanımı kovaryantı sabit tutularak yapılan iki yönlü kovaryans analizinin sonuçlarını göstermektedir. Analiz öncesinde varyansların homojen olduğu belirlenmiştir. Model genel olarak anlamlı bulunmuştur, $F(4, 97) = 6.697$, $p < .001$, $\eta^2 = .216$. Madde kullanımının şizotipal kişilik bozukluğu puanları üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu saptanmıştır, $F(1, 97) = 4.469$, $p = .037$, $\eta^2 = .044$.

Ortalama değerlere göre, madde kullanan bireylerin şizotipal kişilik bozukluğu puanları (Ort = 14.79), madde kullanmayan bireylerin puanlarından (Ort = 13.04) daha yüksektir. Tanı zamanının şizotipal kişilik bozukluğu puanları üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu bulunmuştur, $F(1, 97) = 17.660$, $p < .001$, düzeltilmiş $p = .005$, $\eta^2 = .154$. Erken tanı alan bireylerin şizotipal kişilik puanları (Ort = 16.26, Standart Hata = 0.75), geç tanı alan bireylerin puanlarından (Ort = 12.03, Standart Hata = 0.75) anlamlı düzeyde daha yüksektir. Öte yandan, tedavi durumunun şizotipal kişilik bozukluğu puanları üzerindeki etkisi anlamlı bulunmamıştır, $F(1, 97) = 4.160$, $p = .044$, düzeltilmiş $p = .084$, $\eta^2 = .041$. Tanı zamanı ile tedavi durumu etkileşimi anlamlı bulunmamıştır, $F(1, 97) = 0.121$, $p = .729$, $\eta^2 = .001$.

4.5.2.3. Şizoid Kişilik Bozukluğu

Tablo 4.44: Tanı Zamanı ve Tedavi Durumuna Göre Şizoid Kişilik Bozukluğu Puanlarına İlişkin ANCOVA Sonuçları

Değişken	F(1, 97)	p	FDR Düzeltmesine göre p	Kısmi Eta Kare (η^2)
Madde Kullanımı (Kovaryant)	16.521	.001*	-	.146
Tanı Zamanı	0.002	.960	.960	.000
Tedavi Durumu	7.064	.009	.036*	.068
Tanı Zamanı × Tedavi Durumu Etkileşimi	0.110	.741	-	.001

Not. Bağımlı değişken: Şizoid Kişilik Bozukluğu. Anlamlılık düzeyi $p < .05$ olarak kabul edilmiştir. Madde kullanımı değişkeni analizde kovaryant olarak kontrol edilmiştir. FDR düzeltmesi yalnızca ana etkiler için uygulanmıştır; etkileşim terimleri bu kapsamda değerlendirilmemiştir.

Tablo 4.44, şizoid kişilik bozukluğu puanları üzerinde tanı zamanı, tedavi durumu ve bu iki değişkenin etkileşimi, madde kullanımı kovaryantı sabit tutularak yapılan iki yönlü kovaryans analizinin sonuçlarını göstermektedir. Analiz öncesinde varyansların homojen olduğu belirlenmiştir. Model genel olarak anlamlı bulunmuştur, $F(4, 97) = 8.220$, $p < .001$, $\eta^2 = .253$. Madde kullanımının şizoid kişilik bozukluğu puanları üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu saptanmıştır, $F(1, 97) = 16.521$, $p = .001$, $\eta^2 = .146$.

Ortalama değerlere göre, madde kullanan bireylerin şizoid kişilik bozukluğu puanları (Ort = 18.97), madde kullanmayan bireylerin puanlarından (Ort = 16.55) daha yüksektir. Tanı zamanının şizoid kişilik bozukluğu puanları üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır, $F(1, 97) = 0.002$, $p = .960$, düzeltilmiş $p = .960$, $\eta^2 = .000$. Buna karşılık, tedavi durumunun şizoid kişilik bozukluğu puanları üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu görülmüştür, $F(1, 97) = 7.064$, $p = .009$, düzeltilmiş $p = .036$, $\eta^2 = .068$. Ortalama değerlere göre, tedavi almayan bireylerin şizoid kişilik bozukluğu puanları (Ort = 18.97), tedavi alan bireylerin puanlarından (Ort = 16.55) anlamlı düzeyde daha yüksektir. Tanı zamanı ile tedavi durumu etkileşimi ise anlamlı bulunmamıştır, $F(1, 97) = 0.110$, $p = .741$, $\eta^2 = .001$.

4.5.2.4. Antisosyal Kişilik Bozukluğu

Tablo 4.45: Tanı Zamanı ve Tedavi Durumuna Göre Antisosyal Kişilik Bozukluğu Puanlarına İlişkin ANCOVA Sonuçları

Değişken	F(1, 97)	p	FDR Düzeltmesine göre p	Kısmi Eta Kare (η^2)
Madde Kullanımı (Kovaryant)	13.545	.001*	-	.123
Tanı Zamanı	13.654	.001	.005*	.123
Tedavi Durumu	4.038	.047	.084	.040
Tanı Zamanı × Tedavi Durumu Etkileşimi	0.003	.958	-	.000

Not. Bağımlı değişken: Antisosyal Kişilik Bozukluğu. Anlamlılık düzeyi $p < .05$ olarak kabul edilmiştir. Madde kullanımı değişkeni analizde kovaryant olarak kontrol edilmiştir. FDR düzeltmesi yalnızca ana etkiler için uygulanmıştır; etkileşim terimleri bu kapsamda değerlendirilmemiştir.

Tablo 4.45, antisosyal kişilik bozukluğu puanları üzerinde tanı zamanı, tedavi durumu ve bu iki değişkenin etkileşimi, madde kullanımı kovaryantı sabit tutularak yapılan iki yönlü kovaryans analizinin sonuçlarını göstermektedir. Levene testi sonucuna göre varyansların homojenliği varsayımı sağlanmamıştır, $F(3, 98) = 2.864$, $p = .041$. Model genel olarak anlamlı bulunmuştur, $F(4, 97) = 7.788$, $p < .001$, $\eta^2 = .243$. Madde kullanımının antisosyal kişilik bozukluğu puanları üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu

görülmüştür, $F(1, 97) = 13.545$, $p = .001$, $\eta^2 = .123$. Ortalama değerlere göre, madde kullanan bireylerin antisosyal kişilik bozukluğu puanları (Ort = 15.39), madde kullanmayan bireylerin puanlarından (Ort = 12.86) anlamlı düzeyde daha yüksektir. Tanı zamanının da antisosyal kişilik bozukluğu üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu belirlenmiştir, $F(1, 97) = 13.654$, $p = .001$, düzeltilmiş $p = .005$, $\eta^2 = .123$. Erken tanı alan bireylerin antisosyal kişilik bozukluğu puanları (Ort = 16.02), geç tanı alan bireylerin puanlarından (Ort = 12.22) anlamlı düzeyde daha yüksektir. Öte yandan, tedavi durumunun antisosyal kişilik bozukluğu puanları üzerindeki etkisi anlamlılık sınırındadır, $F(1, 97) = 4.038$, $p = .047$, ancak FDR düzeltilmiş p değeri (.084) anlamlılık düzeyinin üzerindedir; bu nedenle istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmemiştir. Tanı zamanı ile tedavi durumu etkileşimi ise anlamlı bulunmamıştır, $F(1, 97) = 0.003$, $p = .958$, $\eta^2 = .000$.

4.5.2.5. Borderline Kişilik Bozukluğu

Tablo 4.46: Tanı Zamanı ve Tedavi Durumuna Göre Borderline Kişilik Bozukluğu Puanlarına İlişkin ANCOVA Sonuçları

Değişken	F(1, 97)	p	FDR Düzeltmesine göre p	Kısmi Eta Kare (η^2)
Madde Kullanımı (Kovaryant)	20.468	.001*	-	.174
Tanı Zamanı	1.583	.211	.338	.016
Tedavi Durumu	1.429	.235	.358	.015
Tanı Zamanı × Tedavi Durumu Etkileşimi	1.072	.303	-	.011

Not. Bağımlı değişken: Borderline Kişilik Bozukluğu. Anlamlılık düzeyi $p < .05$ olarak kabul edilmiştir. Madde kullanımı değişkeni analizde kovaryant olarak kontrol edilmiştir. FDR düzeltmesi yalnızca ana etkiler için uygulanmıştır; etkileşim terimleri bu kapsamda değerlendirilmemiştir.

Tablo 4.46, borderline kişilik bozukluğu puanları üzerinde tanı zamanı, tedavi durumu ve bu iki değişkenin etkileşimi, madde kullanımı kovaryantı sabit tutularak yapılan iki yönlü kovaryans analizinin sonuçlarını göstermektedir. Levene testi sonuçlarına göre varyansların homojenliği varsayımı sağlanmıştır, $F(3, 98) = 0.956$, $p = .417$. Model

genel olarak anlamlı bulunmuştur, $F(4, 97) = 6.742$, $p < .001$, $\eta^2 = .218$. Madde kullanımının borderline kişilik bozukluğu puanları üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu saptanmıştır, $F(1, 97) = 20.468$, $p < .001$, $\eta^2 = .174$. Ortalama değerlere göre, madde kullanan bireylerin borderline kişilik bozukluğu puanları (Ort = 21.91), madde kullanmayan bireylerin puanlarından (Ort = 20.29) anlamlı düzeyde daha yüksektir. Tanı zamanının borderline kişilik bozukluğu puanları üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır, $F(1, 97) = 1.583$, $p = .211$, düzeltilmiş $p = .338$, $\eta^2 = .016$. Tedavi durumunun da borderline kişilik bozukluğu puanları üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır, $F(1, 97) = 1.429$, $p = .235$, düzeltilmiş $p = .358$, $\eta^2 = .015$. Ayrıca, tanı zamanı ile tedavi durumu etkileşimi de anlamlı değildir, $F(1, 97) = 1.072$, $p = .303$, $\eta^2 = .011$.

4.5.2.6. Histrionik Kişilik Bozukluğu

Tablo 4.47: Tanı Zamanı ve Tedavi Durumuna Göre Histrionik Kişilik Bozukluğu Puanlarına İlişkin ANCOVA Sonuçları

Değişken	F(1, 97)	p	FDR Düzeltmesine göre p	Kısmi Eta Kare (η^2)
Madde Kullanımı (Kovaryant)	1.330	.252	-	.014
Tanı Zamanı	4.073	.046	.084	.040
Tedavi Durumu	0.354	.553	.681	.004
Tanı Zamanı × Tedavi Durumu Etkileşimi	0.152	.698	-	.002

Not. Bağımlı değişken: Histrionik Kişilik Bozukluğu. Anlamlılık düzeyi $p < .05$ olarak kabul edilmiştir. Madde kullanımı değişkeni analizde kovaryant olarak kontrol edilmiştir. FDR düzeltmesi yalnızca ana etkiler için uygulanmıştır; etkileşim terimleri bu kapsamda değerlendirilmemiştir.

Tablo 4.47, histrionik kişilik bozukluğu puanları üzerinde tanı zamanı, tedavi durumu ve bu iki değişkenin etkileşimi, madde kullanımı kovaryantı sabit tutularak yapılan iki yönlü kovaryans analizinin sonuçlarını göstermektedir. Levene testi sonuçlarına göre varyansların homojenliği varsayımı sağlanmıştır, $F(3, 98) = 1.520$, $p = .214$. Analiz sonucunda model genel olarak anlamlı bulunmamıştır, $F(4, 97) = 1.726$, $p = .150$, η^2

= .066. Madde kullanımının histrionik kişilik bozukluğu puanları üzerinde anlamlı bir etkisi saptanmamıştır, $F(1, 97) = 1.330$, $p = .252$, $\eta^2 = .014$. Tanı zamanının histrionik kişilik bozukluğu üzerinde ham p değeri anlamlılık düzeyinin altında olsa da ($p = .046$), FDR düzeltilmiş p değeri .084 olduğundan istatistiksel olarak anlamlı bir etki göstermemektedir, $\eta^2 = .040$. Tedavi durumunun da histrionik kişilik bozukluğu puanları üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır, $F(1, 97) = 0.354$, $p = .553$, düzeltilmiş $p = .681$, $\eta^2 = .004$. Tanı zamanı ile tedavi durumu etkileşimi de anlamlı değildir, $F(1, 97) = 0.152$, $p = .698$, $\eta^2 = .002$.

4.5.2.7. Narsistik Kişilik Bozukluğu

Tablo 4.48: Tanı Zamanı ve Tedavi Durumuna Göre Narsistik Kişilik Bozukluğu Puanlarına İlişkin ANCOVA Sonuçları

Değişken	F(1, 97)	p	FDR Düzeltmesine göre p	Kısmi Eta Kare (η^2)
Madde Kullanımı (Kovaryant)	4.140	.045*	-	.041
Tanı Zamanı	17.674	.001	.005*	.154
Tedavi Durumu	0.015	.901	.930	.000
Tanı Zamanı × Tedavi Durumu Etkileşimi	0.527	.470	-	.005

Not. Bağımlı değişken: Narsistik Kişilik Bozukluğu. Anlamlılık düzeyi $p < .05$ olarak kabul edilmiştir. Madde kullanımı değişkeni analizde kovaryant olarak kontrol edilmiştir. FDR düzeltmesi yalnızca ana etkiler için uygulanmıştır; etkileşim terimleri bu kapsamda değerlendirilmemiştir.

Tablo 4.48, narsistik kişilik bozukluğu puanları üzerinde tanı zamanı, tedavi durumu ve bu iki değişkenin etkileşimi, madde kullanımı kovaryantı sabit tutularak yapılan iki yönlü kovaryans analizinin sonuçlarını göstermektedir. Levene testi sonuçlarına göre varyansların homojenliği varsayımı sağlanmıştır, $F(3, 98) = 0.576$, $p = .632$. Model genel olarak anlamlı bulunmuştur, $F(4, 97) = 4.977$, $p = .001$, $\eta^2 = .170$. Madde kullanımının narsistik kişilik bozukluğu puanları üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu görülmüştür, $F(1, 97) = 4.140$, $p = .045$, $\eta^2 = .041$. Ortalama değerlere göre, madde kullanan bireylerin narsistik kişilik puanları (Ort = 19.48), madde kullanmayan

bireylerin puanlarından (Ort = 19.34) daha yüksektir. Tanı zamanının narsistik kişilik bozukluğu puanları üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu belirlenmiştir, $F(1, 97) = 17.674$, $p < .001$, düzeltilmiş $p = .005$, $\eta^2 = .154$. Erken tanı alan bireylerin narsistik kişilik puanları (Ort = 21.80), geç tanı alan bireylerin puanlarından (Ort = 17.03) anlamlı düzeyde daha yüksektir. Öte yandan, tedavi durumunun narsistik kişilik bozukluğu puanları üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır, $F(1, 97) = 0.015$, $p = .901$, düzeltilmiş $p = .930$, $\eta^2 = .000$. Tanı zamanı ile tedavi durumu etkileşimi de anlamlı değildir, $F(1, 97) = 0.527$, $p = .470$, $\eta^2 = .005$.

4.5.2.8. Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu

Tablo 4.49: Tanı Zamanı ve Tedavi Durumuna Göre Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu Puanlarına İlişkin ANCOVA Sonuçları

Değişken	F(1, 97)	p	FDR Düzeltmesine göre p	Kısmi Eta Kare (η^2)
Madde Kullanımı (Kovaryant)	6.669	.011*	-	.064
Tanı Zamanı	26.128	.001	.005*	.212
Tedavi Durumu	0.094	.759	.839	.001
Tanı Zamanı × Tedavi Durumu Etkileşimi	0.101	.752	-	.001

Not. Bağımlı değişken: OKKB. Anlamlılık düzeyi $p < .05$ olarak kabul edilmiştir. Madde kullanımı değişkeni analizde kovaryant olarak kontrol edilmiştir. FDR düzeltmesi yalnızca ana etkiler için uygulanmıştır; etkileşim terimleri bu kapsamda değerlendirilmemiştir.

Tablo 4.49, obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu puanları üzerinde tanı zamanı, tedavi durumu ve bu iki değişkenin etkileşimi, madde kullanımı kovaryantı sabit tutularak yapılan iki yönlü kovaryans analizinin sonuçlarını göstermektedir. Levene testi sonuçlarına göre varyansların homojenliği varsayımı sağlanmıştır, $F(3, 98) = 0.608$, $p = .612$. Model genel olarak anlamlı bulunmuştur, $F(4, 97) = 8.860$, $p < .001$, $\eta^2 = .268$. Madde kullanımının OKKB puanları üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu görülmüştür, $F(1, 97) = 6.669$, $p = .011$, $\eta^2 = .064$. Ortalama değerlere göre, madde kullanan bireylerin OKKB puanları (Ort = 19.36), kullanmayan bireylere (Ort = 19.73) göre daha düşüktür. Tanı zamanının OKKB puanları üzerinde anlamlı bir etkisi

bulunmuştur, $F(1, 97) = 26.128$, $p < .001$, düzeltilmiş $p = .005$, $\eta^2 = .212$. Buna göre, erken tanı alan bireylerin ortalama puanları (Ort = 22.56), geç tanı alan bireylerin puanlarına (Ort = 16.52) kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksektir. Tedavi durumunun OKKB puanları üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır, $F(1, 97) = 0.094$, $p = .759$, düzeltilmiş $p = .839$, $\eta^2 = .001$. Tanı zamanı ile tedavi durumu arasındaki etkileşim etkisi de anlamlı değildir, $F(1, 97) = 0.101$, $p = .752$, $\eta^2 = .001$.

4.5.2.9. Çekingen Kişilik Bozukluğu

Tablo 4.50: Tanı Zamanı ve Tedavi Durumuna Göre Çekingen Kişilik Bozukluğu Puanlarına İlişkin ANCOVA Sonuçları

Değişken	F(1, 97)	p	FDR Düzeltmesine göre p	Kısmi Eta Kare (η^2)
Madde Kullanımı (Kovaryant)	15.148	.001*	-	.135
Tanı Zamanı	12.707	.001	.005*	.116
Tedavi Durumu	0.435	.511	.654	.004
Tanı Zamanı × Tedavi Durumu Etkileşimi	1.704	.195	-	.017

Not. Bağımlı değişken: Çekingen KB. Anlamlılık düzeyi p < .05 olarak kabul edilmiştir. Madde kullanımı değişkeni analizde kovaryant olarak kontrol edilmiştir. FDR düzeltmesi yalnızca ana etkiler için uygulanmıştır; etkileşim terimleri bu kapsamda değerlendirilmemiştir

Tablo 4.50, çekingen kişilik bozukluğu puanları üzerinde tanı zamanı, tedavi durumu ve bu iki değişkenin etkileşimi, madde kullanımı kovaryantı sabit tutularak yapılan iki yönlü kovaryans analizinin sonuçlarını göstermektedir. Levene testi sonucuna göre varyansların homojenliği varsayımı ihlal edilmiştir, $F(3, 98) = 3.173$, $p = .028$. Model genel olarak anlamlı bulunmuştur, $F(4, 97) = 6.081$, $p < .001$, $\eta^2 = .200$. Madde kullanımının çekingen kişilik bozukluğu puanları üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu saptanmıştır, $F(1, 97) = 15.148$, $p < .001$, $\eta^2 = .135$. Ortalama değerlere göre madde kullanan bireylerin çekingen kişilik puanları (Ort = 18.16), madde kullanmayan bireylerin puanlarından (Ort = 18.89) daha düşüktür. Tanı zamanının da çekingen kişilik bozukluğu üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu görülmüştür, $F(1, 97) = 12.707$, $p < .001$, düzeltilmiş $p = .005$, $\eta^2 = .116$. Ortalama puanlara göre erken tanı alan

bireylerin çekingen kişilik bozukluğu puanları (Ort = 20.51), geç tanı alan bireylerin puanlarından (Ort = 16.54) anlamlı düzeyde daha yüksektir. Tedavi durumunun çekingen kişilik bozukluğu puanları üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır, $F(1, 97) = 0.435$, $p = .511$, düzeltilmiş $p = .654$, $\eta^2 = .004$. Tanı zamanı ile tedavi durumu arasındaki etkileşim etkisi de anlamlı bulunmamıştır, $F(1, 97) = 1.704$, $p = .195$, $\eta^2 = .017$.

4.5.2.10. Bağımlı Kişilik Bozukluğu

Tablo 4.51: Tanı Zamanı ve Tedavi Durumuna Göre Bağımlı Kişilik Bozukluğu Puanlarına İlişkin ANCOVA Sonuçları

Değişken	F(1, 97)	p	FDR Düzeltmesine göre p	Kısmi Eta Kare (η^2)
Madde Kullanımı (Kovaryant)	18.767	.001*	-	.162
Tanı Zamanı	3.911	.051	.086	.039
Tedavi Durumu	0.251	.617	.731	.003
Tanı Zamanı × Tedavi Durumu Etkileşimi	0.338	.562	-	.003

Not. Bağımlı değişken: Bağımlı KB. Anlamlılık düzeyi p < .05 olarak kabul edilmiştir. Madde kullanımı değişkeni analizde kovaryant olarak kontrol edilmiştir FDR düzeltmesi yalnızca ana etkiler için uygulanmıştır; etkileşim terimleri bu kapsamda değerlendirilmemiştir

Tablo 4.51, bağımlı kişilik bozukluğu puanları üzerinde tanı zamanı, tedavi durumu ve bu iki değişkenin etkileşimi, madde kullanımı kovaryantı sabit tutularak yapılan iki yönlü kovaryans analizinin sonuçlarını göstermektedir Levene testi sonuçlarına göre varyansların homojenliği varsayımı sağlanmıştır, $F(3, 98) = 1.690$, $p = .174$. Model genel olarak anlamlı bulunmuştur, $F(4, 97) = 5.444$, $p < .001$, $\eta^2 = .183$. Madde kullanımının, bağımlı kişilik bozukluğu puanları üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu görülmüştür, $F(1, 97) = 18.767$, $p < .001$, $\eta^2 = .162$. Ortalama puanlara göre madde kullanan bireylerin bağımlı kişilik puanları (Ort = 14.76), madde kullanmayan bireylerin puanlarından (Ort = 15.27) daha düşüktür. Tanı zamanının, bağımlı kişilik bozukluğu üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır, $F(1, 97) = 3.911$, $p = .051$, düzeltilmiş $p = .086$, $\eta^2 = .039$. Tedavi durumunun bağımlı kişilik bozukluğu puanları

üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır, $F(1, 97) = 0.251$, $p = .617$, düzeltilmiş $p = .731$, $\eta^2 = .003$. Tanı zamanı ile tedavi durumu arasındaki etkileşim etkisi de anlamlı bulunmamıştır, $F(1, 97) = 0.338$, $p = .562$, $\eta^2 = .003$.

BEŞİNCİ BÖLÜM
DEĞERLENDİRME VE TARTIŞMA

Bu bölümde, araştırmadan elde edilen bulgular analiz edilerek literatürdeki çalışmalarla karşılaştırılmış ve sonuçların anlamı tartışılmıştır. Çalışmanın güçlü ve sınırlı yönleri değerlendirilmiş, bulguların alana katkıları vurgulanmış ve gelecekte yapılabilecek araştırmalara yönelik öneriler sunulmuştur.

5.1. Demografik Bilgilerin Değerlendirilmesi

Araştırmaya toplamda 102 birey katılmış olup, katılımcıların yaşları 18 ile 25 arasında değişmektedir. Katılımcıların %50'si (n = 51) erken tanı grubunda, %50'si (n = 51) ise geç tanı grubunda yer almaktadır. Yapılan analiz sonucunda erken ve geç teşhis grupları arasında sadece eğitim durumu ($\chi^2 = 4.293$, $p = 0{,}038$) ve madde kullanımı ($\chi^2 = 9.911$, $p = 0{,}042$) değişkenlerinde anlamlı farklar bulunmuştur.

Erken tanı grubunda üniversite/yüksek lisans mezunu bireylerin oranı anlamlı derecede daha yüksektir. Bu bulgu, literatürde erken tanının bireylerin akademik işlevselliği üzerindeki koruyucu etkisine işaret eden (Rappaport, Ornoy ve Tenenbaum, 1998: 271; Hansson vd., 2015: 2) ve erken müdahalenin akademik alanda sorun yaşayan DEHB'li bireylere pozitif etkisi olacağını öne süren (Henning, Summerfeldt ve Parker, 2022: 897) çalışmalarla uyumludur. Bu durumu açıklayabilen birden fazla faktör olabilir. Erken tanı alan bireylerin, çocukluk döneminden itibaren dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile ilgili zorlukları tanımlanmış ve bu sorunlara yönelik destek almış bireyler olmaları olasıdır. Bu destek, yalnızca medikal tedaviyi değil, aynı zamanda özel eğitim, psikoeğitim, aile danışmanlığı ve okul temelli düzenlemeleri de kapsayabilir. Bu tarz müdahalelerin pozitif etkisi olduğu raporlanmıştır (DuPaul vd., 2009: 245). Dolayısıyla bu bireyler, akademik performanslarını olumsuz etkileyebilecek sorunlarla daha erken yaşta baş etme fırsatı yakalayarak eğitim yaşamlarında daha istikrarlı bir çizgi izlemiş olabilirler. Bu da onların üniversite ve lisansüstü düzeyde eğitim alma oranlarının geç teşhis grubuna göre daha yüksek olmasını açıklayabilir. Buna karşın, geç teşhis alan bireyler uzun bir süre boyunca tanı almaksızın, dolayısıyla herhangi bir destek mekanizmasından yararlanmaksızın eğitim hayatını sürdürmek zorunda kalmış olabilirler. Bu süreçte

dikkat dağınıklığı, organize olamama, zaman yönetiminde zorluklar ve görevleri yerine getirememe gibi sorunlar yaşanabilir ve bu bireylerin akademik performansını etkileyebilir.

Geç teşhis grubunda madde kullanım oranlarının daha yüksek bulunması ise beklenen bir bulgudur. Birçok kaynak, DEHB'li bireylerin, dikkat dağınıklığı, huzursuzluk ve dürtüsellik gibi semptomlarını yatıştırmak amacıyla sigara, alkol, kannabis veya uyarıcı madde kullanımına başvurabildiğini belirtmiştir (Wilens vd., 2007: 18; Liebrenz vd., 2014; Stueber ve Cuttler, 2022: 942). Bu durum, yalnızca semptomların bastırılması için değil, aynı zamanda ödül sistemindeki duyarsızlaşma nedeniyle günlük yaşamdan yeterli haz alamayan bireylerin dışsal haz kaynaklarına yönelme çabasıyla da ilişkili olabilir (Chamberlain et al., 2017; Volkow vd., 2009: 2).

Erken teşhis edilen bireyler bu semptomlar ve haz eksikliği için klinik destek ve farmakolojik müdahalelerle daha erken tanıştıkları için, madde kullanımına yönelme ihtiyacı daha az olabilir. Buna karşın geç teşhis edilen bireyler, uzun süre tanı ve tedaviden mahrum kalmaları nedeniyle işlevsel olarak başa çıkma stratejileri geliştirememiş ve bu boşluğu kendi yöntemleriyle, örneğin madde kullanımıyla doldurmaya çalışmış olabilirler. Bu varsayım, tedavi alan (n= 74) ve almayan (n= 28) grupların demografik açıdan karşılaştırılmasından elde edilen sonuçlarla uyumludur. Tedavi alan ve almayan gruplar karşılaştırıldığında madde kullanımı değişkeninde anlamlı bir fark bulunmuştur, $\chi^2(4, N = 102) = 23.834$, $p < .001$. Grupların dağılımları incelendiğinde, tedavi almayan bireylerde madde kullanım oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu da geç teşhis alan, dolayısıyla tedaviye erişimi daha geç sağlanan bireylerin kendi kendiklerini tedavi etme ve haz alımını artırma çabasıyla madde kullanımına yönelebileceği varsayımını desteklemektedir.

Bu bulgular, erken tanının ve tedaviye erişimin yalnızca semptom yönetimiyle sınırlı kalmayıp, bireyin yaşam boyu süren akademik ve psikososyal işlevselliğini şekillendirebileceğini göstermektedir. Erken dönemde sağlanan destek, bireylerin eğitim yaşamlarında daha istikrarlı bir yol izlemelerine olanak tanıyabilirken; geç tanı, bu desteğin yokluğu nedeniyle işlevsel başa çıkma becerilerinin gelişimini sekteye uğratabilir. Özellikle tedavi almamış bireylerde gözlenen yüksek madde kullanımı, klinik müdahale eksikliğinin, bireyleri öz-düzenleme güçlüklerini telafi etmek adına riskli davranışlara yönlendirebileceğini göstermektedir. Bu nedenle, tanı ve müdahale

süreçlerinin mümkün olduğunca erken başlatılması, DEHB'nin ikincil olumsuz sonuçlarını azaltmak adına kritik bir öneme sahiptir.

5.2. Gruplar Arası Karşılaştırmaların Değerlendirilmesi

Bu bölümde gruplar arası karşılaştırmalardan çıkan istatiksel sonuçların yorumlaması ve tartışması yapılmıştır.

5.2.1. Kişilik Bozukluğuna Göre Gruplar Arasındaki Farklar

Bu bölümde farklı grupların kişilik bozukluğu ölçütüne göre gösterdiği farklılıklar tartışılmıştır.

5.2.1.1. Tedavi Durumunun Kişilik Bozukluklarına Etkileri

Bu çalışmada, tedavi alan bireylerde kişilik bozukluğu puanlarının daha az olacağı hipotezi çoğunlukla desteklenmemiştir. Sadece paranoid ve şizoid kişilik bozukluğu alt ölçeğinde tedavi alan bireylerin puanları anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur. Paranoid kişilik bozukluğu genelde, aşırı kuşkuculuk, başkalarına karşı güvensizlik ve sürekli tehdit algısı gibi bilişsel ve duygusal örüntülerle karakterizedir (APA, 2022). Bu özellikler, DEHB tedavisinde kullanılan uyarıcı ilaçların bilişsel işlevler ve dürtüsellik üzerindeki düzenleyici etkileri (Swanson, Baler ve Volkow, 2011: 211) sayesinde dolaylı olarak hafiflemiş olması mümkün olabilir. Uyarıcı ilaçların dikkat, bilişsel esneklik ve duygu düzenleme üzerindeki etkileri, paranoid eğilimlerin temelinde yer alan bilişsel çarpıtmaların şiddetini azaltarak daha uyumlu düşünce yapılarının gelişmesini kolaylaştırabilir. Buna ek olarak, şizoid kişilik bozukluğu, sosyal geri çekilme, duygusal soğukluk ve içe dönüklük ile karakterize olduğundan (APA, 2022), bu kişilik özelliklerine sahip bireylerin yardım arama davranışları geliştirmekte daha fazla zorlanmaları ve dolayısıyla tedaviye daha az başvurmaları mümkün olabilir. Bu da tedavi almayan bireylerde şizoid özelliklerin daha yoğun gözlenmesini açıklayabilir.

Diğer kişilik bozukluğu alt türlerinde tedavi alan ve almayan gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Oysa literatürde, DEHB'nin zamanında ve etkin tedavisinin komorbid psikiyatrik bozuklukların oluşumuna engelleyici bir şekilde etki edebileceği

öne sürülmüştür (Katzman vd., 2017: 7). Bu bulgunun beklenenin aksine çıkmasının çeşitli nedenleri olabilir. Öncelikle, çalışmada tedavi grupları "hiç tedavi almayanlar" ve "herhangi bir zamanda tedavi alanlar" olarak geniş iki kategoriye ayrılmıştır. Bu gruplandırma, tedavi süresi, tedaviye başlama yaşı, tedavi devamlılığı ve kullanılan tedavi biçimi gibi önemli ayrıntıların kontrol edilememesine yol açmış, olası tedavi etkisinin net olarak ortaya konmasını engellemiş olabilir. Ayrıca, katılımcıların önemli bir kısmının genç yetişkinlerden oluşması, kişilik gelişim süreçlerinin tam olarak şekillenmemiş olabileceği bir dönemde değerlendirilmiş olmalarına neden olmuştur. Öz-bildirim yöntemiyle veri toplanması hem tedavi sürecinin hem de kişilik bozukluğu semptomlarının katılımcılar tarafından subjektif olarak değerlendirilmesiyle sonuçların hassasiyetini azaltabilir. Tedaviye erişim imkânlarının bölgesel ve sosyoekonomik farklılıklar göstermesi, katılımcıların tedaviye başvurma motivasyonlarının değişken olması ve psikiyatrik hizmetlerin niteliğinde farklılıklar olması da tedavi etkisini maskeleyen faktörler arasında sayılabilir. Sonuç olarak, tedavi durumunun kişilik patolojileri üzerindeki etkisinin anlaşılabilmesi için tedavi süresi, başlama yaşı, uygulanan müdahale biçimi ve bireysel farklılıklar gibi etkenlerin çok daha ayrıntılı olarak analiz edildiği, uzunlamasına ve benzer gruplardan oluşan araştırmalara ihtiyaç vardır.

5.2.1.2. Teşhis Zamanının Kişilik Bozukluklarına Etkileri

Çalışmada erken tanı alan bireylerin narsistik, obsesif-kompulsif, paranoid, antisosyal, narsistik, çekingen ve şizotipal kişilik bozukluğu puanlarının, geç tanı alanlara kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek bulunması, genel beklentilerin aksine dikkat çekici bir sonuç olarak değerlendirilebilir. Oysa birçok çalışma, erken tanı ve müdahalenin kişilik yapılanmasını koruyucu yönde etki edebileceğini öne sürmektedir (Danckaerts vd., 2010: 99; Agarwal vd., 2012: 10).

Erken tanı alan bireylerin yaşamın erken dönemlerinden itibaren sürekli psikiyatrik gözlem ve müdahaleye maruz kalabilmeleri, aile ve çevre tarafından yüksek beklentilere tabi tutulabilmeleri ve sosyal etiketlenme gibi deneyimler yaşayabilmeleri, özellikle narsistik ve obsesif-kompulsif kişilik özelliklerinin yüksek bulunmasını açıklıyor olabilir. Erken tanı sonrası bireyin kendilik algısında aşırı hassasiyet, mükemmeliyetçilik ya da başarıya odaklılık gibi eğilimlerin gelişmesi

mümkün olabilir. Bireyin akademik ya da sosyal alanda başarılı olma zorunluluğu hissetmesi, düzen ve kontrol arayışını veya dış eleştiriden kaçınma eğilimi artabilir. Ek olarak, bu bulgu, erken tanı alan bireylerin, çocukluk çağından itibaren dikkat eksikliği ve dikkatsizlik hatalarına bağlı yaşadıkları olumsuz akademik ve sosyal deneyimlere karşı geliştirdikleri kompansatuar stratejilerle ilişkili olabilir. Dikkat hatalarını en aza indirme çabası, zamanla daha fazla düzen, kontrol ve mükemmeliyetçilik eğilimlerine evrilmiş; bu da bireylerde kontrolcü ve katı kişilik özelliklerinin pekişmesine neden olmuş olabilir. Erken tanı alan bireyler aynı zamanda, çocukluk döneminden itibaren özel ilgi ve müdahalelere maruz kalabilirler; bu durum, bireyin benlik algısında dışsal onaya dayalı bir yapı gelişmesine ve narsistik özelliklerin pekişmesine zemin hazırlayabilir. Nitekim bir çalışmada, yetişkin DEHB hastalarında narsistik grandiyözite ve kırılganlık düzeylerinin, özellikle hiperaktivite ve dürtüsellik semptomlarıyla ilişkili olduğu raporlanmıştır (Duarte vd., 2024: 245). Buna ek olarak, çocukluk ve ergenlik döneminde DEHB tanısı alan bireyler, akranları tarafından dışlanma, etiketlenme ve sosyal damgalanma gibi olumsuz deneyimlere maruz kalabilmektedirler (Mueller vd., 2012: 101; Law, Sinclair ve Fraser, 2007: 99). Bu tür deneyimler, bireyde güvensizlik, kuşkuculuk ve sosyal çekilme eğilimlerini artırarak paranoid ve şizotipal kişilik özelliklerinin gelişimine katkıda bulunabilir. Ayrıca, psikiyatrik izlemde olmanın yarattığı sürekli değerlendirilme ve izlenme hissinin de bu kişilik örüntülerinin gelişimine katkı sunabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Narsistik kişilik bozukluğu puanlarının erken tanı grubunda daha yüksek bulunması, bireyin çocukluk ve ergenlik döneminden itibaren sürekli olarak değerlendirilme, performans sergileme ya da "özel" muamelesi görme durumlarıyla ilişkili olabilir. Ailelerin, tanı almış çocuğa yönelik "sen özelsin, farklısın" gibi telkinlerle iyi niyetli destek sunmaları, bireyin benlik algısında zamanla grandiyöz beklentilerin yerleşmesine neden olabilir (Asherson vd., 2016: 70). Antisosyal kişilik bozukluğu puanlarının erken tanı grubunda daha yüksek çıkması, bazı bireylerde erken tanının sosyal etiketlenme, dışlanma ve disiplin temelli yaklaşımlarla birleşmesi sonucu, norm karşıtı başa çıkma stratejilerinin gelişmesiyle açıklanabiliyor olabilir. Özellikle sürekli olarak “problemli” ya da “yaramaz” olarak etiketlenen çocukların, çevrelerinden gelen bu beklentiye uygun davranış örüntüleri geliştirebilmeleri ve otorite figürleriyle çatışma eğiliminde olmaları olasıdır. Benzer biçimde, tanı sonrası yaşanan sosyal etiketlenme süreçleri ile DEHB’ye eşlik eden sosyal beceri

yetersizlikleri, çekingen kişilik bozukluğu puanlarının erken tanı alan bireylerde daha yüksek bulunmasını açıklayabilecek olası etmenler arasında değerlendirilebilir.

Bunların yanı sıra, çalışmanın örneklemi genç yetişkinlerden oluşmakta olup, kişilik yapılanması gelişimsel açıdan hala değişime açık bir dönemde değerlendirilmektedir. Ayrıca, katılımcıların söz konusu kişilik bozuklukları için herhangi bir tedavi alıp almadıkları, tedaviye ne ölçüde uyum sağladıkları ya da tedavi süreçlerinin süresi ve içeriği hakkında bilgi sahibi olunmaması, bulguların kapsamlı yorumlanmasını sınırlamaktadır.

Sonuç olarak, bu bulgular erken tanı ve psikiyatrik müdahalenin, bireyin gelişimsel ve sosyal bağlamındaki etkilerinin çok boyutlu ve karmaşık olabileceğini düşündürmekte; kişilik patolojilerinin ortaya çıkışında erken tanı avantajlarının yanı sıra bazı risk faktörlerinin de rol oynayabileceğini göstermektedir.

5.2.2. Yaşam Kalitesine Göre Gruplar Arası Farklar

Bu bölümde farklı grupların yaşam kalitesi ölçütüne göre gösterdiği farklılıklar tartışılmıştır.

5.2.2.1. Tedavi Durumunun Yaşam Kalitesine Etkileri

Çalışmada, tedavi alan bireylerin psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler, genel yaşam kalitesi ve sağlık memnuniyeti alanlarında hayat kalitesinin anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bulgular, DEHB'de farmakolojik ve psikososyal tedaviye erişimin yaşam kalitesini artırıcı rolünü desteklemektedir. Literatürde, DEHB'nin farmakolojik tedavisinin yetişkinlerde yaşam kalitesini arttırdığına dair kanıtlar bulunmaktadır (Coghill vd., 2017: 1298; Agarwal vd., 2012: 10).

Ancak, fiziksel sağlık alanındaki bulgular analiz yöntemi açısından farklılık göstermektedir. Ön analizlerde, tedavi alan bireylerin fiziksel sağlık puanları anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuşken, madde kullanımı değişkeni kovaryans olarak kontrol edildiğinde bu fark ANCOVA analizinde anlamlılığını kaybetmiştir. Bunun yerine, fiziksel sağlık düzeylerindeki farkın madde kullanım durumuyla anlamlı şekilde ilişkili olduğu görülmüştür. ANCOVA sonuçlarına göre, fiziksel sağlık

puanlarının düşüklüğü, tedavi durumundan ziyade bireylerin madde kullanıp kullanmamasına bağlı olarak değişmektedir. Bu bulgu, madde kullanımının fiziksel sağlık üzerinde baskın bir olumsuz etkiye sahip olduğunu ve tedaviden bağımsız şekilde yaşam kalitesini düşürebileceğini göstermektedir.

5.2.2.2. Teşhis Zamanının Yaşam Kalitesine Etkileri

Çalışmada, yaşam kalitesinin birçok alt boyutunda (fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, çevre, genel yaşam kalitesi, sağlık memnuniyeti) erken ve geç tanı grupları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ancak dikkat çekici biçimde, sosyal ilişkiler alt boyutunda geç tanı alan bireylerin puanları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, özellikle DEHB'de erken tanının uzun vadeli işlevsellik ve yaşam kalitesi üzerinde koruyucu rolü olabileceğini öne süren çeşitli araştırmalarla tam olarak örtüşmemektedir (Hansson vd., 2015: 2; Rappaport, Ornoy ve Tenenbaum, 1998: 271).

Sosyal ilişkiler alanında geç tanı alan bireylerin daha yüksek puanlar almasının birkaç olası açıklaması bulunmaktadır. Öncelikle, bu bireylerin çocukluk ve ergenlik dönemlerinde DEHB tanısı almadıkları için sosyal ortamlarda etiketlenme, dışlanma ya da "farklı" görülme gibi stigmatize edici deneyimlere daha az maruz kalmış olabilecekleri düşünülebilir. Bu durum, akran ilişkilerinde daha doğal ve kabul gören sosyal deneyimler yaşamalarını kolaylaştırmış olabilir. Buna karşın erken tanı alan bireylerde, çocukluk döneminden itibaren uygulanan müdahalelerin sosyal açıdan aşırı yapılandırılmış, kontrol edici ya da sınırlayıcı olması, doğal sosyal gelişimi olumsuz etkileyerek sosyal ilişkilerde daha düşük yaşam kalitesine yol açmış olabilir.

5.3. Yaşam Kalitesi Ve Kişilik Bozuklukları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada, paranoid, şizotipal, şizoid, antisosyal, borderline (sınırda), obsesif-kompulsif, çekingen ve bağımlı kişilik bozuklukları ile yaşam kalitesinin alt boyutları arasında çok sayıda anlamlı ve negatif yönde ilişki saptanmıştır. Bulgular, özellikle şizoid, borderline, bağımlı ve çekingen kişilik bozukluklarında yaşam kalitesinin hemen her boyutunda güçlü düzeyde azalmalarla ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu durum, söz konusu kişilik yapılanmalarının bireyin yalnızca içsel deneyimlerini değil, aynı zamanda sosyal ilişkiler, çevresel doyum, sağlık algısı ve genel yaşam tatmini

gibi çok boyutlu işlevsellik alanlarını da derinden etkileyebileceğini akla getirmektedir. DEHB ve kişilik bozukluklarının her birinin, tek başına bile yaşam kalitesinde düşüşe neden olabildiğini öne süren birçok çalışma vardır (Cramer, Torgersen ve Kringlen, 2006: 18; Danckaerts vd., 2010: 84; Agarwal vd., 2012: 10). Ancak birlikte görüldüklerinde bu etkinin katlanarak artması olasıdır. Araştırmanın bulguları, erişkin DEHB tanılı bireylerde kişilik patolojilerini konu alan bazı çalışmaların bulgularıyla paralellik göstermektedir. Örneğin, Agarwal ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan bir çalışmada hem DEHB hem de sınırda kişilik bozukluğu tanısı almış katılımcıların, sadece DEHB tanısı almış katılımcılara kıyasla sosyallik ve uyum sağlayabilme yeteneğinde anlamlı ölçüde azalma raporlanmıştır. Sınırda kişilik bozukluğu ve DEHB üzerine yapılan başka bir araştırmada ise, duygusal düzensizlik, dürtüsellik ve kişilerarası ilişkilerde yaşanan zorlukların hem DEHB hem de sınır kişilik bozukluğunda ortak görülen belirtiler olduğu ve bu ortaklığın yaşam kalitesinde ciddi azalmalarla ilişkilendirildiği belirtilmiştir (Weiner, Perroud ve Weibel, 2019: 3119). Sonuç olarak, DEHB tanısı almış bireylerde yalnızca dikkat ve dürtüsellik semptomlarının değil, eşlik eden kişilik yapılanmalarının da yaşam kalitesi açısından dikkate alınması gerektiğine işaret etmektedir. Yaşam kalitesinin bütüncül bir biçimde artırılabilmesi için, bireylerin yalnızca semptom düzeyinde değil, aynı zamanda kişilik düzeyinde de değerlendirilmesi ve kişilik örüntülerine özgü müdahale yaklaşımlarının uygulanması önem arz etmektedir.

5.4. Araştırmanın Güçlü Yönleri Ve Sınırlılıkları

Bu araştırmanın güçlü yönlerinden ilki, DEHB tanılı genç yetişkinlerde yaşam kalitesi ve kişilik bozuklukları arasındaki ilişkileri sistematik bir şekilde incelemesidir. Çalışmada kullanılan WHOQOL-BREF ve Coolidge Axis II Inventory – Plus Türkçe Kısa Form (CATI+ TR KF) gibi ölçekler, geçerlilik ve güvenilirlik açısından uluslararası standartları karşılamakta olup hem yaşam kalitesinin hem de kişilik patolojilerinin ayrıntılı ve kültürel olarak duyarlı biçimde değerlendirilmesini sağlamıştır. Araştırmada yalnızca temel yaşam kalitesi ve kişilik özellikleri değil, aynı zamanda tanı zamanı, tedavi durumu, madde kullanımı gibi önemli klinik ve davranışsal değişkenler de istatistiksel analizlerde kontrol edilmiş ve detaylı şekilde raporlanmıştır. Bu yaklaşım, çalışmanın bulgularının potansiyel karıştırıcı

faktörlerden arındırılmış olmasına ve yorumlanabilirliğinin artmasına olanak tanımıştır. Ayrıca, çalışma örnekleminin dikkatle tanımlanmış olması -18-25 yaş arası genç erişkinlerden oluşması ve tanı gruplarının eşit sayıda dengelenmiş şekilde oluşturulması- sonuçların homojen bir popülasyona özgü olarak değerlendirilmesine imkân vermiştir. Bunun yanında, çalışma Türkiye'de DEHB tanılı genç yetişkinler üzerinde yürütülmüş az sayıdaki araştırmadan biri olmasıyla, ulusal literatürde önemli bir boşluğu doldurmakta ve ilerleyen araştırmalar için karşılaştırmalı bir temel sunmaktadır. Çalışmada toplanan ayrıntılı demografik ve klinik veri sayesinde, örneklemin temsil gücü artırılmış ve bulguların klinik anlamı genişletilmiştir. Son olarak, etik kurallara uygun biçimde yürütülen ve katılımcı haklarına azami özen gösterilen araştırmanın bulguları, klinik uygulamalar ve toplum temelli müdahaleler için de önemli öneriler sunabilecek düzeydedir.

Bu araştırmanın bulguları önemli katkılar sunmakla birlikte, çeşitli sınırlılıklar da içermektedir. Öncelikle, çalışma örneklemi yalnızca Türkiye'de yaşayan, 18-25 yaş arası ve üniversite öğrencisi DEHB tanılı bireylerle sınırlıdır. Bu durum, elde edilen sonuçların farklı yaş grupları, sosyoekonomik düzeyler veya üniversite dışı genç erişkin popülasyonlarına genellenmesini güçleştirmektedir. Ayrıca, çalışmada yalnızca belirli değişkenler (yaşam kalitesi ve kişilik patolojileri) değerlendirilmiş, katılımcılarda bulunabilecek diğer psikiyatrik eş tanılar sistematik biçimde sorgulanmamıştır. Bu nedenle, elde edilen sonuçların yorumlanmasında olası başka psikopatolojilerin (örneğin anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları gibi) etkileri göz ardı edilmiş olabilir.

Araştırmanın başlangıç aşamasında, "tedavi süresi" ana değişkenlerden biri olarak planlanmış; ancak katılımcıların tedaviye başlama tarihini veya tedavi süresini hatırlamada güçlük yaşaması nedeniyle, bu veri güvenilir bulunmamış ve analizlerde yalnızca "tedavi durumu" (tedavi görüyor, daha önce tedavi gördü ama artık görmüyor, hiç tedavi görmedi) dikkate alınmıştır. Bu değişiklik, tedavi etkisinin ayrıntılı biçimde değerlendirilmesini sınırlandırmıştır. Ayrıca, tedavi görmüş katılımcıların toplam ne kadar süre tedavi aldığı bilinmemekte ve bu nedenle tedavi süresiyle ilgili analiz yapılmamıştır. Bunlara ek olarak, çalışmada yalnızca farmakolojik tedaviler değerlendirmeye alınmış; psikososyal müdahaleler, bilişsel-davranışçı terapi gibi psikoterapötik yaklaşımlar kapsam dışı bırakılmıştır. Bu durum, tedavi biçimlerinin yaşam kalitesi ve kişilik özellikleri üzerindeki etkilerini bütüncül

bir şekilde karşılaştırma olanağını sınırlamış olabilir. Son olarak, tedaviye ilişkin veriler yalnızca katılımcıların beyanlarıyla sınırlı olup, objektif klinik kayıtlara dayanmamaktadır. Çalışmanın tüm verileri öz-bildirim (self-report) ölçekleriyle toplanmıştır. Bu yöntem, katılımcıların verileri abartılı veya eksik bildirme olasılığını ve yanlış veya yanlı bir şekilde hatırlama ihtimalini beraberinde getirir (Rosenman, Tennekoon ve Hill, 2011: 321). Özellikle kişilik bozukluğu değerlendirmesinde öz-bildirim formları, klinik görüşmelere kıyasla sınırlı derinliğe sahiptir ve semptomların subjektif algısına bağlı olarak yanlış sınıflandırmalara neden olabilir. Çalışmanın kesitsel tasarımı ve aile işlevselliği, çocukluk çağı travmaları ve tedaviye devamlılık gibi potansiyel karıştırıcı değişkenlerin kontrol edilmemiş olması da sonuçların yorumlanmasında sınırlılıklar yaratmaktadır. Araştırmanın kesitsel (çapraz-kesit) tasarıma sahip olması, değişkenler arasındaki nedensel ilişkileri ortaya koymayı olanaksız kılmaktadır. Örneğin, yaşam kalitesindeki düşüşün kişilik patolojisini mi artırdığı, yoksa kişilik patolojisinin mi yaşam kalitesini düşürdüğü bu tasarımla belirlenememektedir. Nedensellik iddiası için boylamsal veya deneysel çalışmalar daha uygundur. Çalışmada, aile desteği, sosyoekonomik düzey, çocukluk çağı travmaları, akademik başarı ve sosyal destek gibi önemli karıştırıcı (confounding) değişkenler doğrudan ölçülmemiş veya analizlerde kontrol edilmemiştir. Bu değişkenler hem yaşam kalitesi hem de kişilik bozuklukları üzerinde anlamlı etkilere sahip olabilir. Son olarak, araştırmanın bulguları, yalnızca kullanılan ölçeklerin ölçtüğü boyutlarla ve katılımcıların öznel değerlendirmeleriyle sınırlıdır. Farklı değerlendirme yöntemleri veya klinik görüşmelerle elde edilecek verilerle karşılaştırmalı sonuçlar elde etmek mümkün değildir. Tüm bu sınırlılıklar, çalışmanın bulgularının yorumlanmasında dikkatli olunmasını gerektirmekte ve gelecekteki araştırmalarda daha geniş ve çeşitlendirilmiş örneklemlerle, objektif veri kaynaklarının ve boylamsal tasarımların kullanılması gerektiğini göstermektedir.

5.5. Klinik ve Akademik Çıkarımlar, Gelecek Araştırmalara Yönelik Öneriler

Araştırma bulguları, DEHB tanısı olan genç erişkinlerde yaşam kalitesi ve kişilik bozukluğu düzeylerinin izlenmesinin, tanı ve tedavi süreçlerinde dikkate alınması gereken faktörler olabileceğine işaret etmektedir. Elde edilen veriler, yaşam kalitesinin çeşitli boyutlarında düşük puanların, kişilik patolojisi puanlarındaki artışla ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Bu durum, klinik uygulamalarda yalnızca DEHB

semptomlarının değil, yaşam kalitesi ve kişilik özelliklerinin de değerlendirilmesinin anlamlı olabileceğine işaret etmektedir.

Tedavi alan bireylerde birçok yaşam kalitesi altboyutunun puanlarının daha yüksek bulunması, DEHB'de tedaviye erişim ve sürecin bireysel işlevsellik üzerinde olumlu etkiler doğurabileceği yönünde bir izlenim oluşturmaktadır. Bununla birlikte, tedavi ve erken tanının yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin tüm boyutlarda tutarlı ve belirgin olmaması, klinik pratikte tek bir değişkene odaklanmak yerine çok boyutlu bir değerlendirme yaklaşımının faydalı olabileceğini düşündürmektedir. Sosyal destek, ailevi faktörler, madde kullanımı öyküsü ve bireysel yaşam kalitesi algısının da bütüncül değerlendirme sürecinde dikkate alınması önerilebilir.

Araştırmada madde kullanımı hem yaşam kalitesi hem de kişilik patolojileri açısından olası bir risk faktörü olarak öne çıkmaktadır. Bu nedenle, DEHB tanısı olan bireylerde madde kullanımına yönelik düzenli değerlendirme yapılmasının ve gerektiğinde önleyici ya da destekleyici müdahalelerin planlanmasının faydalı olabileceği düşünülmektedir. Madde kullanımı, yaşam kalitesi ve psikiyatrik komorbiditeler arasındaki ilişkiyi anlamak için daha ayrıntılı ve nedensellik ilişkisini ortaya koyabilecek araştırmalara gereksinim duyulmaktadır.

Akademik açıdan, bu araştırma, DEHB, yaşam kalitesi ve kişilik patolojilerinin genç erişkin örnekleminde ilişkisini inceleyen sınırlı sayıdaki çalışmalardan biridir. Bulgular, erken tanı ve tedaviye erişimin uzun dönemli yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin karmaşık olabileceğine ve birçok başka değişkenle etkileşim içinde değerlendirilmesi gerektiğine işaret etmektedir. Gelecek araştırmalarda, tedavi süresi, tedaviye uyum, müdahale biçimi gibi değişkenlerin yanı sıra, aile işlevselliği, sosyoekonomik düzey, psikososyal risk ve koruyucu faktörlerin daha ayrıntılı biçimde ele alınması yararlı olabilir.

Sonuç olarak, DEHB tanısı olan genç erişkinlerin izlenmesi ve müdahale süreçlerinde yaşam kalitesi ve kişilik özelliklerinin çok yönlü şekilde değerlendirilmesinin, tedaviye yaklaşımda bütüncül bir bakış açısının benimsenmesinin ve madde kullanımı gibi risk faktörlerinin ele alınmasının yararlı olabileceği düşünülmektedir. Bulguların mevcut sınırlılıklar çerçevesinde değerlendirilmesi ve gelecekte daha geniş ve çeşitli örneklemlerle yürütülecek araştırmalara ihtiyaç olduğu da göz önünde bulundurulmalıdır.

SONUÇ

Bu araştırma, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısının alındığı yaşın ve tedavi geçmişinin bireylerin yaşam kalitesi ve kişilik bozukluğu özellikleri üzerindeki etkilerini incelemeyi amaçlamıştır. Bu doğrultuda çalışmada beş temel araştırma sorusu belirlenmiştir: (1) Erken ve geç tanı alan bireyler arasında yaşam kalitesi düzeyleri farklılık göstermekte midir? (2) Tanı zamanı, kişilik bozukluğu puanları üzerinde anlamlı bir fark yaratmakta mıdır? (3) DEHB tedavisi alıp almama durumu yaşam kalitesiyle ilişkili midir? (4) Tedavi öyküsü, kişilik bozukluğu belirtileri üzerinde anlamlı bir etki göstermekte midir? (5) Yaşam kalitesi ile kişilik bozukluğu puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır? Bu araştırma sorularına dayanarak geliştirilen hipotezlerde, erken tanı ve tedavi geçmişinin daha yüksek yaşam kalitesi ve daha düşük kişilik bozukluğu puanları ile ilişkili olacağı öngörülmüştür. Ayrıca yaşam kalitesi ile kişilik patolojileri arasında negatif yönlü bir ilişki olması beklenmiştir.

Araştırmada ulaşılan bulgular, DEHB tanısının alınma zamanı ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark olmadığını, erken ve geç tanı gruplarının yaşam kalitesi puanlarının benzer düzeylerde olduğunu göstermiştir. Benzer şekilde, tanı zamanı birçok kişilik bozukluğu puanı üzerinde beklenenin aksine anlamlı bir azalma sağlamamış; aksine, bazı kişilik bozukluğu puanlarında erken tanı grubunda daha yüksek değerler gözlenmiştir. Tedavi alan bireylerin, tedavi almayanlara kıyasla özellikle psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler, genel yaşam kalitesi ve sağlık memnuniyeti boyutlarında daha yüksek puanlara sahip olduğu görülmüştür. Tedavi durumunun ise kişilik bozukluğu puanları üzerinde yalnızca şizoid ve paranoid kişilik bozukluklaro açısından anlamlı bir fark yarattığı, diğer kişilik bozukluğu alt tiplerinde anlamlı bir farklılık bulunmadığı belirlenmiştir. Çalışmada öne çıkan en belirgin bulgu, yaşam kalitesi ve kişilik bozukluğu puanları arasındaki güçlü ve negatif yönlü ilişkidir. Gerçekleştirilen korelasyon analizi, yaşam kalitesinin artmasıyla kişilik patolojisi puanlarının anlamlı şekilde azaldığına işaret etmektedir.

Elde edilen bulgular, literatürde erken tanı ve tedavinin DEHB ile ilişkili işlevsellik ve psikiyatrik sonuçlar üzerindeki etkilerine dair karmaşık ve çok boyutlu bir tablo olduğunu düşündürmektedir. Bulgular, yaşam kalitesi ve kişilik yapılanmasının, yalnızca tanı yaşı veya tedavi öyküsüyle değil, bireyin psikososyal kaynakları, tedaviye erişim ve madde kullanımı gibi ek değişkenlerle de yakından ilişkili

olabileceğine işaret etmektedir. Çalışmanın kesitsel tasarımı, öz-bildirim ölçeklerinin kullanılması ve örneklemin belirli bir yaş ve eğitim grubuyla sınırlı olması gibi metodolojik sınırlılıklar, elde edilen sonuçların yorumlanmasında dikkatli olunmasını gerektirmektedir.

Sonuç olarak, bu araştırmanın bulguları, DEHB tanılı genç erişkinlerde yaşam kalitesini artırmaya ve kişilik patolojisi riskini azaltmaya yönelik müdahalelerde, tanı yaşı ve tedavi kadar bireyin yaşam koşulları, sosyal destek sistemleri ve madde kullanım öyküsü gibi faktörlerin de göz önünde bulundurulmasının önemli olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca, mevcut sınırlılıklar çerçevesinde, daha büyük ve çeşitli örneklemlerle, boylamsal ve çok merkezli çalışmaların yürütülmesi; tedavi süresi, psikososyal müdahale biçimi ve ailevi/sosyal faktörlerin ayrıntılı biçimde ele alınması gelecek araştırmalar için önerilmektedir.

KAYNAKÇA

Abdelnour, E., Jansen, M. O., & Gold, J. A. (2022). ADHD diagnostic trends: Increased recognition or overdiagnosis? *Missouri Medicine*, 119(5), 467–473.

Advokat, C., & Scheithauer, M. (2013). Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) stimulant medications as cognitive enhancers. *Frontiers in neuroscience*, 7, 82. https://doi.org/10.3389/fnins.2013.00082

Agarwal, R., Goldenberg, M., Perry, R., & IsHak, W. W. (2012). The quality of life of adults with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review. Innovations in clinical neuroscience, 9(5-6), 10–21.

Almarabheh, A., Salah, A. B., Alghamdi, M., Al Saleh, A., Elbarbary, A., Al Qashar, A., Alserdieh, F., Alahmed, F., Alhaddar, H., Alsada, L., Yosri, M., Omran, M., Khudhair, M., Salih, M., Fuad, N., & Chlif, S. (2023). Validity and reliability of the WHOQOL-BREF in the measurement of the quality of life of sickle disease patients in Bahrain. *Frontiers in Psychology, 14*, 1219576. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1219576

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Amerikan Psikiyatri Birliği. (2022). DSM-5-TR tanı ölçütleri başvuru el kitabı (E. Köroğlu, Çev. Ed.). Hekimler Yayın Birliği. (Orijinal eser 2022 yılında yayımlanmıştır.)

Arnsten, A. F., & Li, B. M. (2005). Neurobiology of executive functions: catecholamine influences on prefrontal cortical functions. *Biological psychiatry*, *57*(11), 1377–1384. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.08.019

Asherson, P., Buitelaar, J., Faraone, S. V., & Rohde, L. A. (2016). Adult attention-deficit hyperactivity disorder: key conceptual issues. The lancet. Psychiatry, 3(6), 568–578. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30032-3

Attoe, D. E., & Climie, E. A. (2023). Miss. Diagnosis: A Systematic Review of ADHD in Adult Women. *Journal of attention disorders*, *27*(7), 645–657. https://doi.org/10.1177/10870547231161533

Ayano, G., Demelash, S., Gizachew, Y., Tsegay, L., & Alati, R. (2023). The global prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: An umbrella review of meta-analyses. *Journal of affective disorders*, *339*, 860–866. https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.07.071

Babiskin, A. H., & Zhang, X. (2015). Application of Physiologically Based Absorption Modeling for Amphetamine Salts Drug Products in Generic Drug Evaluation. *Journal of pharmaceutical sciences*, *104*(9), 3170–3182. https://doi.org/10.1002/jps.24474

Banerjee, T. D., Middleton, F., & Faraone, S. V. (2007). Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992), 96*(9), 1269–1274. https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2007.00430.x

Barkley, R. A. (2015). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4th ed.). New York, NY: The Guilford Press.

Barkley, R. A., & Fischer, M. (2018). Hyperactive child syndrome and estimated life expectancy at young adult follow-up: The role of ADHD persistence and other potential predictors. *Journal of Attention Disorders, 23*(9), 907–923. https://doi.org/10.1177/1087054718816164

Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2006). Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *45*(2), 192–202. https://doi.org/10.1097/01.chi.0000189134.97436.e2

Bazin, T. (2024, 5 Kasım). *Desoxyn vs. Adderall: How do they differ?* Verywell Health. https://www.verywellhealth.com/desoxyn-vs-adderall-how-do-they-differ-8714395

Bellato, A., Perrott, N. J., Marzulli, L., Parlatini, V., Coghill, D., & Cortese, S. (2025). Systematic Review and Meta-Analysis: Effects of Pharmacological

Treatment for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder on Quality of Life. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *64*(3), 346–361. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2024.05.023

Biederman, J., Melmed, R. D., Patel, A., McBurnett, K., Konow, J., Lyne, A., Scherer, N., & SPD503 Study Group (2008). A randomized, double-blind, placebo-controlled study of guanfacine extended release in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, *121*(1), e73–e84. https://doi.org/10.1542/peds.2006-3695

Biederman, J., Petty, C. R., Evans, M., Small, J., & Faraone, S. V. (2010). How persistent is ADHD? A controlled 10-year follow-up study of boys with ADHD. *Psychiatry Research, 177*(3), 299–304. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.12.010

Bilge, Y. & Sertel Berk, Ö. (2017). Coolidge Eksen II Envanteri Plus TA (CATI) yer alan DSM-III-R, DSM-IV-TR ve DSM-5 kişilik bozuklukları alt ölçeklerinin Türkçe güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Journal of International Social Research*, *10*(53), 459–474. https://doi.org/10.17719/jsr.20175334134

Bilge,Y. (2018) A brief inventory for DSM-5 personality disorders: The development of Coolidge Axis II Inventory Plus Turkish-Short Form. *Anatolian Journal of Psychiatry, 19* (Supplement 2), 14-21. Turkish. doi:10.5455/apd.302642951

Breslau, J., Miller, E., Joanie Chung, W. J., & Schweitzer, J. B. (2011). Childhood and adolescent onset psychiatric disorders, substance use, and failure to graduate high school on time. *Journal of psychiatric research*, *45*(3), 295–301. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.06.014

Brown, T. E. (2013). *A new understanding of ADHD in children and adults: Executive function impairments* (1st ed.). Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203067536

Bymaster, F. P., Katner, J. S., Nelson, D. L., Hemrick-Luecke, S. K., Threlkeld, P. G., Heiligenstein, J. H., Morin, S. M., Gehlert, D. R., & Perry, K. W. (2002).

Atomoxetine increases extracellular levels of norepinephrine and dopamine in prefrontal cortex of rat: a potential mechanism for efficacy in attention deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychopharmacology*, 27(5), 699–711. https://doi.org/10.1016/S0893-133X(02)00346-9PubMed

Chronis, A. M., Jones, H. A., & Raggi, V. L. (2006). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical psychology review*, *26*(4), 486–502. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.01.002

Chronis-Tuscano, A., Wang, C. H., Woods, K. E., Strickland, J., & Stein, M. A. (2017). Parent ADHD and Evidence-Based Treatment for Their Children: Review and Directions for Future Research. *Journal of abnormal child psychology*, *45*(3), 501–517. https://doi.org/10.1007/s10802-016-0238-5

Cleveland Clinic. (2022, 6 Kasım). *ADHD medication*. https://my.clevelandclinic.org/health/treatments/11766-adhd-medication

Coghill, D. R., Banaschewski, T., Soutullo, C., Cottingham, M. G., & Zuddas, A. (2017). Systematic review of quality of life and functional outcomes in randomized placebo-controlled studies of medications for attention-deficit/hyperactivity disorder. *European child & adolescent psychiatry*, *26*(11), 1283–1307. https://doi.org/10.1007/s00787-017-0986-y

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Cramer, V., Torgersen, S., & Kringlen, E. (2006). Personality disorders and quality of life. A population study. *Comprehensive psychiatry*, *47*(3), 178–184. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2005.06.002

da Silva, A. G., Malloy-Diniz, L. F., Garcia, M. S., & Rocha, R. (2020). Attention-deficit/hyperactivity disorder and women. In J. Rennó Jr., G. Valadares, A. Cantilino, J. Mendes-Ribeiro, R. Rocha, & A. Geraldo da Silva (Eds.), *Women's mental health* (pp. 215–219). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-29081-8_15

Danckaerts, M., Sonuga-Barke, E. J., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Döpfner, M., Hollis, C., Santosh, P., Rothenberger, A., Sergeant, J., Steinhausen, H. C., Taylor, E., Zuddas, A., & Coghill, D. (2010). The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. *European child & adolescent psychiatry*, *19*(2), 83–105. https://doi.org/10.1007/s00787-009-0046-3

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. https://doi.org/10.1038/s41588-018-0269-7

Drechsler, R., Brem, S., Brandeis, D., Grünblatt, E., Berger, G., & Walitza, S. (2020). ADHD: Current Concepts and Treatments in Children and Adolescents. *Neuropediatrics*, *51*(5), 315–335. https://doi.org/10.1055/s-0040-1701658

Duarte, M., Blay, M., Hasler, R., Pham, E., Nicastro, R., Jan, M., Debbané, M., & Perroud, N. (2024). Adult ADHD and pathological narcissism: A retrospective-analysis. *Journal of psychiatric research*, *174*, 245–253. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.04.032

DuPaul, G. J., Weyandt, L. L., O'Dell, S. M., & Varejao, M. (2009). *College Students With ADHD. Journal of Attention Disorders, 13(3), 234–250.* doi:10.1177/1087054709340650

Eser, E., Fidaner, H., Fidaner, C., Eser, S. Y., Elbi, H., & Göker, E. (1999). Psychometric characteristics of WHOQOL-100 and WHOQOL-BREF. *J. psychiatry psychol psycopharmacol*, *7*, 23-40.

Estoque, R. C., Togawa, T., Ooba, M., Gomi, K., Nakamura, S., Hijioka, Y., & Kameyama, Y. (2019). A review of quality of life (QOL) assessments and indicators: Towards a "QOL-Climate" assessment framework. *Ambio*, *48*(6), 619–638. https://doi.org/10.1007/s13280-018-1090-3

Ettinger, U., Meyhöfer, I., Steffens, M., Wagner, M., & Koutsouleris, N. (2014). Genetics, cognition, and neurobiology of schizotypal personality: a review of the overlap with schizophrenia. *Frontiers in psychiatry*, *5*, 18. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2014.00018

Evans, S. W., Owens, J. S., & Bunford, N. (2013). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, *43*(4), 527–551. https://doi.org/10.1080/15374416.2013.850700

Faraone, S. V., & Larsson, H. (2019). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry, 24*, 562–575. https://doi.org/10.1038/s41380-018-0070-0

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. https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.20

Faraone, S. V., Biederman, J., & Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine*, *36*(2), 159–165. https://doi.org/10.1017/S003329170500471X

Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A., & Sklar, P. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry, 57*(11), 1313–1323. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.11.024

Fariba, K. A., Gupta, V., Torrico, T. J., & Kass, E. (2024). Kişilik bozukluğu. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556057/

Fedder, D., Patel, H., & Saadabadi, A. (2023, 27 Mart). Atomoxetine. In StatPearls. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493234/

Firouzabadi, F. D., Ramezanpour, S., Firouzabadi, M. D., Yousem, I. J., Puts, N. A. J., & Yousem, D. M. (2022). Neuroimaging in attention-deficit/hyperactivity disorder: Recent advances. *AJR. American Journal of Roentgenology, 218*(2), 321–332. https://doi.org/10.2214/AJR.21.26316

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, 28*(10), 1059–1088. https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2018.08.001

French, B., Nalbant, G., Wright, H., Sayal, K., Daley, D., Groom, M. J., Cassidy, S., & Hall, C. L. (2024). The impacts associated with having ADHD: an umbrella review. Frontiers in psychiatry, 15, 1343314. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1343314

Froehlich, T. E., Anixt, J. S., Loe, I. M., Chirdkiatgumchai, V., Kuan, L., & Gilman, R. C. (2011). Update on environmental risk factors for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Current psychiatry reports*, *13*(5), 333–344. https://doi.org/10.1007/s11920-011-0221-3

Gauthier, T. D. (2001). Detecting trends using Spearman's rank correlation coefficient. *Environmental Forensics, 2*(4), 359–362. https://doi.org/10.1006/enfo.2001.0061

Gentile, J. P., Atiq, R., & Gillig, P. M. (2006). Adult ADHD: Diagnosis, Differential Diagnosis, and Medication Management. *Psychiatry (Edgmont (Pa. : Township))*, *3*(8), 25–30.

Ghasemi, A., & Zahediasl, S. (2012). *Normality Tests for Statistical Analysis: A Guide for Non-Statisticians. International Journal of Endocrinology and Metabolism, 10(2), 486–489.* doi:10.5812/ijem.3505

Ginsberg, Y., Quintero, J., Anand, E., Casillas, M., & Upadhyaya, H. P. (2014). Underdiagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in adult patients: A

review of the literature. *The Primary Care Companion for CNS Disorders, 16*(3), PCC.13r01600. https://doi.org/10.4088/PCC.13r01600

Hansson Halleröd, S. L., Anckarsäter, H., Råstam, M., & Hansson Scherman, M. (2015). Experienced consequences of being diagnosed with ADHD as an adult: A qualitative study. *BMC Psychiatry, 15*, 31. https://doi.org/10.1186/s12888-015-0410-4

Henning, C., Summerfeldt, L. J., & Parker, J. D. A. (2022). ADHD and Academic Success in University Students: The Important Role of Impaired Attention. *Journal of attention disorders*, *26*(6), 893–901. https://doi.org/10.1177/10870547211036758

Ilić, I., Šipetić, S., Grujičić, J., Mačužić, I. Ž., Kocić, S., & Ilić, M. (2019). Psychometric properties of the World Health Organization's Quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire in medical students. *Medicina (Kaunas, Lithuania), 55*(12), 772. https://doi.org/10.3390/medicina55120772

Instanes, J. T., Klungsøyr, K., Halmøy, A., Fasmer, O. B., & Haavik, J. (2018). Adult ADHD and Comorbid Somatic Disease: A Systematic Literature Review. *Journal of attention disorders*, *22*(3), 203–228. https://doi.org/10.1177/1087054716669589

Işık Mengü, Y., Işık, E., & Işık, U. (2022). *Çocuk, ergen ve yetişkinlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB)*. EMA Tıp Kitabevi Yayıncılık.

Johnson, J., Morris, S., & George, S. (2021). Misdiagnosis and missed diagnosis of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *BJPsych Advances, 27*(1), 60–61. https://doi.org/10.1192/bja.2020.34

Katakis, P., Schlief, M., Barnett, P., Rains, L. S., Rowe, S., Pilling, S., & Johnson, S. (2023). Effectiveness of outpatient and community treatments for people with a diagnosis of 'personality disorder': systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, *23*(1), 57. https://doi.org/10.1186/s12888-022-04483-0

Katzman, M. A., Bilkey, T. S., Chokka, P. R., Fallu, A., & Klassen, L. J. (2017). Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach. *BMC psychiatry*, *17*(1), 302. https://doi.org/10.1186/s12888-017-1463-3

Kazda, L., McGeechan, K., Bell, K., Thomas, R., & Barratt, A. (2022). Association of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Diagnosis With Adolescent Quality of Life. JAMA network open, 5(10), e2236364. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.36364

Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., Faraone, S. V., Greenhill, L. L., Howes, M. J., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T. B., Walters, E. E., & Zaslavsky, A. M. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *The American journal of psychiatry*, *163*(4), 716–723. https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.4.716

Kessler, R. C., Green, J. G., Adler, L. A., Barkley, R. A., Chatterji, S., Faraone, S. V., Finkelman, M., Greenhill, L. L., Gruber, M. J., Jewell, M., Russo, L. J., Sampson, N. A., & Van Brunt, D. L. (2010). Structure and diagnosis of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: Analysis of expanded symptom criteria from the Adult ADHD Clinical Diagnostic Scale. *Archives of General Psychiatry, 67*(11), 1168–1178. https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.146

Knouse, L. E., & Safren, S. A. (2010). Current status of cognitive behavioral therapy for adult attention-deficit hyperactivity disorder. *The Psychiatric clinics of North America*, *33*(3), 497–509. https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.001

Kolar, D., Keller, A., Golfinopoulos, M., Cumyn, L., Syer, C., & Hechtman, L. (2008). Treatment of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychiatric disease and treatment*, *4*(2), 389–403. https://doi.org/10.2147/ndt.s6985

Kooij, S. J., Bejerot, S., Blackwell, A., Buitelaar, J., Casas-Brugué, M., Carpentier, P. J., ... Asherson, P. (2010). European consensus statement on diagnosis and

treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry, 10*, 67. https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-67

Kuriyan, A. B., Pelham, W. E., Jr, Molina, B. S., Waschbusch, D. A., Gnagy, E. M., Sibley, M. H., Babinski, D. E., Walther, C., Cheong, J., Yu, J., & Kent, K. M. (2013). Young adult educational and vocational outcomes of children diagnosed with ADHD. *Journal of abnormal child psychology*, *41*(1), 27–41. https://doi.org/10.1007/s10802-012-9658-z

Kurt-Özdöner, B., & Konuk-Er, R. (2023). Okul öncesi dönemde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklara yönelik yapılan çalışmaların incelenmesi. *Eğitim Yönetimi & Politikaları Dergisi, 4*(1), 79–90.

Küpper, T., Haavik, J., Drexler, H., Ramos-Quiroga, J. A., Wermelskirchen, D., Prutz, C., & Schauble, B. (2012). The negative impact of attention-deficit/hyperactivity disorder on occupational health in adults and adolescents. *International archives of occupational and environmental health*, *85*, 837-847

Kvarstein, E. H., Pedersen, G., Urnes, Ø., Hersoug, A. G., & Wilberg, T. (2023). The prevalence of personality disorders in the general population of high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry, 10*(1), 2-15. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00304-0

Law, G. U., Sinclair, S., & Fraser, N. (2007). Children's attitudes and behavioural intentions towards a peer with symptoms of ADHD: does the addition of a diagnostic label make a difference?. *Journal of child health care : for professionals working with children in the hospital and community*, *11*(2), 98–111. https://doi.org/10.1177/1367493507076061

Leppert, B., Riglin, L., Wootton, R. E., Dardani, C., Thapar, A., Staley, J. R., Tilling, K., Davey Smith, G., Thapar, A., & Stergiakouli, E. (2021). The Effect of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder on Physical Health Outcomes: A 2-Sample Mendelian Randomization Study. *American journal of epidemiology*, *190*(6), 1047–1055. https://doi.org/10.1093/aje/kwaa273

Liebers, D., & Aiken, C. (2024, 1 Kasım). *Vyvanse goes generic: An amphetamine apart*. The Carlat Psychiatry Report. https://www.thecarlatreport.com/articles/4873-vyvanse-goes-generic-an-amphetamine-apart

Liebrenz, M., Frei, A., Fisher, C.E. *et al.* Adult attention-deficit/hyperactivity disorder and nicotine use: a qualitative study of patient perceptions. *BMC Psychiatry* **14**, 141 (2014). https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-141

Liston, C., Cohen, M. M., Teslovich, T., Levenson, D., & Casey, B. J. (2011). Atypical prefrontal connectivity in attention-deficit/hyperactivity disorder: Pathway to disease or pathological end point? *Biological Psychiatry, 69*(12), 1168–1177. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2011.03.022

Martin, J., Langley, K., Cooper, M., Rouquette, O. Y., John, A., Sayal, K., Ford, T., & Thapar, A. (2024). Sex differences in attention-deficit hyperactivity disorder diagnosis and clinical care: A national study of population healthcare records in Wales. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 65*(11), 1648–1658. https://doi.org/10.1111/jcpp.13987

Matusiewicz, A. K., Hopwood, C. J., Banducci, A. N., & Lejuez, C. W. (2010). The effectiveness of cognitive behavioral therapy for personality disorders. *The Psychiatric clinics of North America*, *33*(3), 657–685. https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.007

McIntosh, D., Kutcher, S., Binder, C., Levitt, A., Fallu, A., & Rosenbluth, M. (2009). Adult ADHD and comorbid depression: A consensus-derived diagnostic algorithm for ADHD. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 5*, 137–150. https://doi.org/10.2147/ndt.s4720

Morrison, J. (2023). *DSM-5'i Kolaylaştıran Klinisyenler İçin Tanı Rehberi* (H.U. Kural, Çev.; 1. baskı). M. Şahin (Çev. Ed.). Nobel Akademik Yayıncılık. (Özgün çalışma 2014 yılında yayımlanmıştır)

Morrison, J. (2014/2023). *DSM-5 Tanı Ölçütleri El Kitabı* (Çev. Ed.: Gökben Hızlı Sayar). Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.

Mueller, A. K., Fuermaier, A. B., Koerts, J., & Tucha, L. (2012). Stigma in attention deficit hyperactivity disorder. *Attention deficit and hyperactivity disorders*, *4*(3), 101–114. https://doi.org/10.1007/s12402-012-0085-3

Nazarova, V. A., Sokolov, A. V., Chubarev, V. N., Tarasov, V. V., & Schiöth, H. B. (2022). Treatment of ADHD: Drugs, psychological therapies, devices, complementary and alternative methods as well as the trends in clinical trials. *Frontiers in Pharmacology, 13*, 1066988. https://doi.org/10.3389/fphar.2022.1066988

Peterson, K., McDonagh, M. S., & Fu, R. (2008). Comparative benefits and harms of competing medications for adults with attention-deficit hyperactivity disorder: a systematic review and indirect comparison meta-analysis. *Psychopharmacology*, *197*(1), 1–11. https://doi.org/10.1007/s00213-007-0996-4

Public Health Agency of Canada. (t.y.). *A report on mental illnesses in Canada*. https://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmac/pdf/chap_5_e.pdf (Erişim tarihi: 12 Mart 2024)

Ramsay, J. R., & Rostain, A. L. (2014). *The adult ADHD tool kit: Using CBT to facilitate coping inside and out* (1st ed.). Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203441664

Rappaport, G. C., Ornoy, A., & Tenenbaum, A. (1998). Is early intervention effective in preventing ADHD? *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 35*(4), 271–279.

Razali, N. ve Wah, Y. (2011) Power Comparisons of Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov, Lilliefors and Anderson-Darling tests. Journal of Statistical Modeling and Analytics, 2, 21-33.

Rosenman, R., Tennekoon, V., & Hill, L. G. (2011). Measuring bias in self-reported data. *International journal of behavioural & healthcare research*, *2*(4), 320–332. https://doi.org/10.1504/IJBHR.2011.043414

Sadek, J. (2023). Attention deficit hyperactivity disorder misdiagnosis: Why medical evaluation should be a part of ADHD assessment. *Brain Sciences, 13*(11), 1522. https://doi.org/10.3390/brainsci13111522

Safren, S. A., Otto, M. W., Sprich, S., Winett, C. L., Wilens, T. E., & Biederman, J. (2005). Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behaviour research and therapy*, *43*(7), 831–842. https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.07.001

Schei, J., Nøvik, T. S., Thomsen, P. H., Indredavik, M. S., & Jozefiak, T. (2015). Improved quality of life among adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder is mediated by protective factors: a cross sectional survey. BMC psychiatry, 15, 108. https://doi.org/10.1186/s12888-015-0491-0

Sciberras, E., Mulraney, M., Silva, D., & Coghill, D. (2017). Prenatal Risk Factors and the Etiology of ADHD-Review of Existing Evidence. *Current psychiatry reports*, *19*(1), 1. https://doi.org/10.1007/s11920-017-0753-2

Semerci, B., & Aksoy, U. (2018). Kişilik bozuklukları ve DEHB. *ResearchGate.* https://www.researchgate.net/publication/324506857_Kisilik_Bozukluklari_ve_DEHB

Shaw, P., Eckstrand, K., Sharp, W., Blumenthal, J., Lerch, J. P., Greenstein, D., Clasen, L., Evans, A., Giedd, J., & Rapoport, J. L. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 104*(49), 19649–19654. https://doi.org/10.1073/pnas.0707741104

Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J., & Leibenluft, E. (2014). Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *The American journal of psychiatry*, *171*(3), 276–293. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13070966

Sibley, M. H., Arnold, L. E., Hechtman, L., Owens, E. B., Swanson, J. M., Stehli, A., Mitchell, J. T., Molina, B. S. G., & Hinshaw, S. P. (2022). Variable patterns of remission from ADHD in the Multimodal Treatment Study of

ADHD. *American Journal of Psychiatry, 179*(2), 142–151. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2021.21010032

Siever, L. J., & Davis, K. L. (2004). The pathophysiology of schizophrenia disorders: perspectives from the spectrum. *The American journal of psychiatry*, *161*(3), 398–413. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.3.398

Sobanski, E., Brüggemann, D., Alm, B., Kern, S., Deschner, M., Schubert, T., Philipsen, A., & Rietschel, M. (2007). Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, *257*(7), 371–377. https://doi.org/10.1007/s00406-007-0712-8

Song, P., Zha, M., Yang, Q., Zhang, Y., Li, X., Rudan, I., & Global Health Epidemiology Reference Group (GHERG). (2021). The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder: A global systematic review and meta-analysis. *Journal of Global Health, 11*, 04009.

Stueber, A., & Cuttler, C. (2022). Self-Reported Effects of Cannabis on ADHD Symptoms, ADHD Medication Side Effects, and ADHD-Related Executive Dysfunction. *Journal of attention disorders*, *26*(6), 942–955. https://doi.org/10.1177/10870547211050949

Swanson, J., Baler, R. D., & Volkow, N. D. (2011). Understanding the effects of stimulant medications on cognition in individuals with attention-deficit hyperactivity disorder: a decade of progress. *Neuropsychopharmacology : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, *36*(1), 207–226. https://doi.org/10.1038/npp.2010.160

Thapar, A., & Cooper, M. (2016). Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet (London, England), 387*(10024), 1240–1250. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00238-X

Topçu, B., Saraçlı, S., Dursun, P., & Gazeloğlu, C. (2013). Akademisyenlerin yaşam kaliteleri üzerine bir çalışma: Afyon Kocatepe Üniversitesi örneği. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2*(1), 15–19.

U.S. Food and Drug Administration. (2020, 15 Haziran). *FDA permits marketing of first game-based digital therapeutic to improve attention function in children with ADHD*. https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-permits-marketing-first-game-based-digital-therapeutic-improve-attention-function-children-adhd

Volkow, N. D., Wang, G. J., Kollins, S. H., Wigal, T. L., Newcorn, J. H., Telang, F., Fowler, J. S., Zhu, W., Logan, J., Ma, Y., Pradhan, K., Wong, C., & Swanson, J. M. (2009). Evaluating dopamine reward pathway in ADHD: clinical implications. JAMA, 302(10), 1084–1091. https://doi.org/10.1001/jama.2009.1308

Wanni Arachchige Dona, S., Badloe, N., Sciberras, E., Gold, L., Coghill, D., & Le, H. N. D. (2023). The Impact of Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) on Children's Health-Related Quality of Life: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of attention disorders, 27(6), 598–611. https://doi.org/10.1177/10870547231155438

Weiner, L., Perroud, N., & Weibel, S. (2019). Attention Deficit Hyperactivity Disorder And Borderline Personality Disorder In Adults: A Review Of Their Links And Risks. *Neuropsychiatric disease and treatment*, *15*, 3115–3129. https://doi.org/10.2147/NDT.S192871

Wilens, T. E., Adamson, J., Sgambati, S., Whitley, J., Santry, A., Monuteaux, M. C., & Biederman, J. (2007). Do individuals with ADHD self-medicate with cigarettes and substances of abuse? Results from a controlled family study of ADHD. *The American journal on addictions*, *16 Suppl 1*, 14–23. https://doi.org/10.1080/10550490601082742

Wilens, T. E., Spencer, T. J., Biederman, J., Girard, K., Doyle, R., Prince, J., Polisner, D., Solhkhah, R., Comeau, S., Monuteaux, M. C., & Parekh, A. (2001). A controlled clinical trial of bupropion for attention deficit

hyperactivity disorder in adults. *The American journal of psychiatry*, *158*(2), 282–288. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.2.282

Winstanley, C. A., Eagle, D. M., & Robbins, T. W. (2006). Behavioral models of impulsivity in relation to ADHD: Translation between clinical and preclinical studies. *Clinical Psychology Review, 26*(4), 379–395. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.01.001

Winston, J. S., Cohen, L. J., & Berenson, K. R. (2020). Prevalence, etiology, and treatment of personality disorders. In R. A. Barkley (Ed.), *Major Theories of Personality Disorder* (3rd ed., pp. 67-89). Guilford Press.

World Health Organization. (2012, 1 Mart). *WHOQOL: Measuring Quality of Life.* https://www.who.int/toolkits/whoqol

Young, S., & Amarasinghe, J. M. (2010). Practitioner review: Non-pharmacological treatments for ADHD: a lifespan approach. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, *51*(2), 116–133. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02191.x

Zahmacıoğlu, O., & Kılıç, E. Z. (2017). Early diagnosis and treatment of ADHD are important for a secure transition to adolescence. *Alpha Psychiatry, 18*, 79–84. https://doi.org/10.5455/apd.220054

EK1

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi Tuğçe Gizem Kırat tarafından yürütülen "**Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Erken Teşhisinin ve Tedavi Durumunun Yetişkinlerin Hayat Kalitesi ve Kişilik Bozuklukları Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi"** başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı *belirli bir yaştan önce veya sonra teşhis almış bireylerin hayat kalitelerinin ve kişilik patolojilerinin karşılaştırılması ve ilaç kullanıp kullanmamış olmalarının etkisinin değerlendirilmesidir*. Araştırmada sizden tahminen **15-20 dakika** ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen *gönüllülük esasına* dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. **Araştırmada kişisel veri toplanacağından 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu** ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınacaktır. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya ..... e-posta adresi ve ..... numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

EK2

Coolidge Axis II Inventory – Plus Türkçe Kısa Form
CATI+ TR KF

PROTOKOL NO: ……..
Tarih: …/……/ ……..

Aşağıda kendinizi nasıl gördüğünüzü tanımlayan çeşitli ifadeler bulacaksınız. Bu ifadelerin bazıları size **"Kesinlikle Doğru"**, bazıları **"Kesinlikle Yanlış"** , bazıları ise bu iki durumun arasında ve **"Doğruya Yakın"** ya da **"Yanlışa Yakın"** olarak görünecektir.

Aşağıdaki cümlelerde belirtilen durumlarla ilgili olarak size en doğru gelen cevabı işaretlemeniz ve hiçbir soruyu atlamamanız gerekmektedir. Lütfen her bir cümleyi dikkatli bir şekilde okuyun.

YAŞ:
CİNSİYET: **O** Kadın **O** Erkek
MEDENİ DURUM: **O** Bekar **O** Evli **O** Ayrılmış **O** Eşi Vefat Etmiş
EĞİTİM DURUMU: **O** ilkokul, ortaokul veya ilköğretim **O** Lise **O** Üniversite ve üstü
MESLEK: ……
EKONOMİK DURUM: **O** Düşük **O** Orta **O** Yüksek
Daha önce hiç psikolojik veya psikiyatrik yardım aldınız mı? **O** Hayır **O** Evet
Psikolojik ya da psikiyatrik yardım ihtiyacı hissediyor musunuz? **O** Hayır **O** Evet

		Kesinlikle Yanlış	**Yanlışa Yakın**	**Doğruya Yakın**	**Kesinlikle Doğru**
1.	Birşeylere karar verme konusunda hergün zorlanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	İnsanların benim hakkımda söylediği ne iyi ne de kötü şeyler umurumda olmaz.	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Mükemmel olma isteğim bir işi zamanında bitirmemi engeller.	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Özel bir insan olduğumu hissederim ve bunun fark edilmesini hak ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	İlgi odağı olmamak beni gerçekten rahatsız eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Son birkaç yıl içinde en azından bir kavgaya karıştım.	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Ailem de dâhil, insanların bana yakın olmasından hoşlanmam ve bunu istemem.	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	İnsanlar beni kızdırır.	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Diğer insanlara fazla bağımlı olduğumu düşünüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Sordukları sorulara cevap veremeyebileceğim için insanların yanında sessiz kalırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Bir işe başlamadan önce, o işle ilgili küçük detayları ve o işle ilgili listeleri yada programları kafama çok takarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Problemlerimin özel olduğunu ve ancak özel biri tarafından anlaşılabileceğini düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Dışarı çıktığım zaman ilginç, vahşi ve etkileyici gözükmekten hoşlanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Yoğun fakat dengesiz ilişkiler kurmaya meyilliyimdir.	(1)	(2)	(3)	(4)

15.	Bazı insanlar işimi çok fazla şansa bıraktığımı söylerler.	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Televizyon veya radyoda, insanlar bana hitaben ya da benim hakkımda konuşuyorlarmış gibi hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	İnsanlar benim onlardan istediğim kadar bana sadık değiller.	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Kendimi çoğu zaman işe yaramaz ve çaresiz hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	İnsanların beni seveceklerinden emin olmadıkça onlarla yakınlaşmak istemem.	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	İnsanlar bana soğuk biri olduğumu söyler.	(1)	(2)	(3)	(4)
21.	Hak ettiğini düşünürsem birini incitmek için yalan söyleyebilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Duygularım çok hızlı değişir.	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Çoğu zaman kim olduğumu merak ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Birçok insanla bir arada olabildiğim şeyleri yapmaktan hoşlanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Gerçekte var olmayan bir gücün ya da bir insanın varlığını hissettiğim oldu.	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Beni bir şekilde etkisi altına almak, bana zarar vermek ya da beni mahvetmek isteyen insanlar olduğunu düşünüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Yalnızken kendimi çaresiz ve gergin hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Eleştirilmek ya d a birisi tarafından sevilmemek beni kolaylıkla incitir.	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Doğru yapmayacakları için işleri başkalarının yapmasına izin vermek hoşuma gitmez .	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Çok başarılı, güçlü ya da akıllı olmayı hayal ettiğim çok olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Sırtımın sıvazlanmasından, iyi sözler işitmekten ve övgüler almaktan hoşlanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Paramı harcamakta veya cinsellikte, uyuşturucu kullanmakta, market hırsızlığında, hızlı araba kullanmada ya da tıkınırcasına yemek yeme konusunda oldukça pervasız davrandığım oldu.(Bunlardan en az ikisinde)	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Bir sonraki işimi ayarlamadan birden fazla işten ayrıldığım oldu.	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Gülmeyi ve komik olmayı severim.	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	İnsanlar yaptığım ya da söylediğim şeylerin ya da görünüşümün tuhaf, sıra dışı ya da acayip olduğunu düşünebilir.	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	İnsanlar arkamdan benim hakkımda konuşurlar.	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Beni sevmeyeceklerinden korktuğum için hatalı bile olsalar insanlara karşı çıkmam.	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Onları tanımıyor olsam bile insanların yanında çok rahatımdır.	(1)	(2)	(3)	(4)

39.	Hiçbir hatıra değeri olmasa bile eski ya da değersiz şeyleri saklarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Güzel olmayı, harika bir vücuda sahip olmayı ya da mükemmel aşkı bulmayı hayal ettiğim çok olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
41.	İstediğim şeyi hemen elde edemezsem çok hayal kırıklığına uğrarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
42.	Birilerinin beni yalnız bırakmasından çok korkarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
43.	Gerçekten istediğin şeyi elde etmek için bazen insanları ezmen ya da incitmen gerektiği, hayatın bir gerçeğidir.	(1)	(2)	(3)	(4)
44.	Çok sayıda arkadaşım var.	(1)	(2)	(3)	(4)
45.	İnsanlar ne anlatmaya çalıştığımı anlamıyorlar.	(1)	(2)	(3)	(4)
46.	İnsanların sırf beni sinir etmek için uğraştıklarını düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)
47.	Kendimden pek emin değilim.	(1)	(2)	(3)	(4)
48.	Yanlış birşey söylerim ve aptal durumuna düşerim diye insanların yanında sessiz kalırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
49.	Hazır olmak için çok zaman harcadığımdan işleri vaktinde bitirmekte sıkıntı yaşarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
50.	İnsanlardan özel ilgi görmek ve olumlu sözler işitmekten hoşlanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
51.	Hayatımda birden çok sefer kendimi öldüreceğimi söylediğim ya da bunu denediğim oldu.	(1)	(2)	(3)	(4)
52.	İnsanlar asi biri olduğumu düşünür.	(1)	(2)	(3)	(4)
53.	Kendimi diğer insanlardan farklı veya onlara uzak bulurum.	(1)	(2)	(3)	(4)
54.	Başkalarına sır vermek beni tedirgin eder çünkü söylediğim şeylerin aleyhime kullanılmasından korkarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
55.	A Milli futbol takımında kaptanlık yaptım.	(1)	(2)	(3)	(4)
56.	Yeni bir şey yapmadan önce yaşayabileceğim sorunlarla ilgili çok fazla endişem olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
57.	Bana değişemeyeceğimin ya da inatçı olduğumun söylendiği oldu.	(1)	(2)	(3)	(4)
58.	İnsanların beni bencil olmakla suçladığı olmuştur.	(1)	(2)	(3)	(4)
59.	Dışarı çıktığımda insanların beni fark etmesi hoşuma gider.	(1)	(2)	(3)	(4)
60.	Öfkem kolayca kontrolden çıkar.	(1)	(2)	(3)	(4)
61.	Bazı insanların benim çok farklı davrandığımı düşündüklerinden şüpheleniyorum. Örneğin,garip, tuhaf ya da aptal olduğumu düşünüyor olabilirler.	(1)	(2)	(3)	(4)
62.	Biri tarafından aşağılandığımda ya da hakarete uğradığımda ona hemen saldırır ya da öfkemi gösteririm.	(1)	(2)	(3)	(4)
63.	İnsanlara kendimi sevdirebilmek için çirkin şeyler yaptığım ya da kendimi küçük düşürdüğüm olmuştur.	(1)	(2)	(3)	(4)

64.	Başkaları etrafımdayken kendimi beceriksiz hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
65.	Çok endişeli biriyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
66.	Başarılı insanları çok kıskanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
67.	Hayattan pek zevk almam.	(1)	(2)	(3)	(4)
68.	Kehanette bulunmak, zihin okumak, altıncı his gibi özel güçlere sahip olduğumu düşünüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
69.	Eşimin ya da sevgilimin sadakatini sorgularım.	(1)	(2)	(3)	(4)
70.	Sualtı Taarruz Komutanlığı'nda komandoydum.	(1)	(2)	(3)	(4)
71.	İnsanları kötü bir biçimde yargılamaya meyilliyimdir.	(1)	(2)	(3)	(4)
72.	Diğer insanların sahip olduğu başarılar keşke benim olsa.	(1)	(2)	(3)	(4)
73.	Kendimi çok sık boşlukta ya da kötü hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
74.	Birini incittiğimde ya da birine kötü davrandığımda kendimi iyi hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
75.	Diğer insanlar kadar iyi değilim.	(1)	(2)	(3)	(4)
76.	Başkalarına kolayca kanarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
77.	Stres altındayken, gerçek değilmiş gibi, garip ya da tuhaf hissetmeye başlarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
78.	Para ya da zevk için insanları dolandırdığım ya da aldattığım oldu.	(1)	(2)	(3)	(4)

EK3

WHOQOL-BREF

(Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği-Kısa Formu)

Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/_____

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtlara işaret koyun ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Cinsiyetiniz nedir? ❑ Erkek ❑ Kadın Doğum tarihiniz nedir?

Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir?

❑ Hiç Eğitim Almadım ❑ İlkokul-Ortaokul ❑ Lise Veya Eşdeğeri ❑ Üniversite

Medeni durumunuz nedir?

❑ Hiç Evlenmemiş ❑ Evli Gibi Yaşıyor ❑ Evli ❑ Boşanmış ❑ Ayrılmış ❑ Eşi Yaşamıyor

Şu anda bir hastalığınız var mı? ❑ Evet ❑ Hayır Eğer şu anda sağlığınızla ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa;

Sizce bu nedir? _____ (hastalık/sorun)

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları son 2 haftayı göz önünde bulundurarak ve size en uygun olanı seçerek cevaplayınız.

1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	Çok kötü ❑1	Biraz kötü ❑2	Ne iyi, ne kötü ❑3	Oldukça iyi ❑4	Çok iyi ❑5
2 G4	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil ❑1	Çok az hoşnut ❑2	Ne hoşnut, ne de değil ❑3	Epeyce hoşnut ❑4	Çok hoşnut ❑5
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	Hiç ❑5	Çok az ❑4	Orta derecede ❑3	Çokça ❑2	Aşırı derecede ❑1
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	❑5	❑4	❑3	❑2	❑1
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	Hiç ❑1	Çok az ❑2	Orta derecede ❑3	Çokça ❑4	Son derecede ❑5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	Hiç ❑1	Çok az ❑2	Orta derecede ❑3	Çokça ❑4	Tamamen ❑5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
12 F18.1	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
13 F20.1	Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5

www.ftronline.com

WHOQOL-BREF Sayfa-2

15 F9.1	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	Çok kötü ❑1	Biraz kötü ❑2	Ne iyi, ne kötü ❑3	Oldukça iyi ❑4	Çok iyi ❑5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16 F13.3	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
20 F13.3	Aile dışı kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
23 F17.3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
24 F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
25 F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5

26 F8.1	Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi duygulara kapılırsınız?	Hiçbir zaman ❑5	Nadiren ❑4	Ara sıra ❑3	Çoğunlukla ❑2	Her zaman ❑1

27 U	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	Hiç ❑1	Çok az ❑2	Orta derecede ❑3	Çokça ❑4	Aşırı derecede ❑5

ÖZGEÇMİŞ

Tuğçe Gizem Kırat

A. EĞİTİM

Yüksek Lisans: İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisansı (2022-2025)

Lisans: Kadir Has Üniversitesi, İktisadi İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi, Psikoloji Bölümü (2015-2020)

B. MESLEKİ DENEYİM

2019: TPÖÇG - Türk Psikoloji Öğrencileri Çalışma Grubu Ekip Üyesi

2023 – 2024: KHAS-PDRM - KHAS Psikolojik Danışma ve Rehberlik Merkezi - Psikolog (Gönüllü)

C. SERTİFİKALAR/EĞİTİMLER

Hacettepeliler Akademi - Psikoloji Vaka Okulu

11 Nisan 2021 - 13 Haziran 2021
25 Saat

Madalyon Akademi

- Şema Terapi
- BDT
- Oyun Terapisi
- EMDR
- Psikolojik Testler

10 Nisan 2021 - 4 Mayıs 2021
76 Saat