T.C.
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANILI HASTALARDA ZİHİN GEZİNMESİ, İNSOMNİA, KRONOTİP VE ZİHİN KURAMININ İLİŞKİSİ

Dr. Oğuzhan ŞENEL

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Esat Fahri AYDIN

ERZURUM-2024

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİ ve TEZİ İLE İLGİLİ BİLGİLER	
Adı, Soyadı : Oğuzhan ŞENEL	**Sınav tarihi:** 13 / 12 / 2024
Anabilim Dalı : Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	
Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Esat Fahri AYDIN	
Tezin Konusu ve Başlığı : Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Hastalarda Zihin Gezinmesi, İnsomnia, Kronotip ve Zihin Kuramının İlişkisi	
Tezin Niteliği : ☒ Tıpta Uzmanlık Tezi ☐ Klinik Çalışmalar ( ) Prospektif ( ) Retrospektif ( ) Kesitsel ☐ Laboratuvar Çalışmaları ( ) Invitro (Cansız) Çalışmaları ( ) Hayvan Çalışmaları	
Tez Sınavının Nasıl Yapıldığı: ☒ Yüz yüze katılım sağlanarak ☐ Online (Jürinin teşkil edilmesinde kurum dışından belirlenecek olan jüri üyesi, aynı il sınırları içerisinde bulunmadığından, tez sınavı dijital ortamda yapılmıştır.)	

II. KARAR

Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin 19. maddesi gereğince yapılan tez savunma sınavının tamamlanması sonucunda adı geçenin tezinin, jüri üyelerince "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak;

☒ Kabulüne

1.Tez Sınavı ☐ Reddine (Eksikliklerin tamamlanması ve gerekli düzeltmelerin yapılması için uzmanlık öğrencisine, TUEY'nin 19. Maddesinin 6. fıkrası gereğince altı aylık ek bir süre verilmesine)

2.Tez Sınavı ☐ Reddine (TUEY'nin 19. Maddesinin 7. fıkrası gereğince, uzmanlık öğrencisinin uzmanlık öğrenciliği ile ilişiğinin kesilmesine)

☒ Oy birliği ☐ Oy çokluğu ile karar verilmiştir.

III. AÇIKLAMALAR

IV. JÜRİ ÜYELERİ

	Unvanı Adı Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurum Bilgisi	İmza
Jüri Başkanı	PROF.DR. HALİL ÖZCAN	RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI	ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	
Jüri Üyesi	DOÇ.DR. HACER AKGÜL CEYHUN	RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI	ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	
Jüri Üyesi	DR.ÖGR.ÜYESİ ESAT FAHRİ AYDIN	RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI	ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	

ONAY

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 14.03.2023 tarihli 16 numaralı oturumunda, "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Hastalarda Zihin Gezinmesi, İnsomnia, Kronotip ve Zihin Kuramının İlişkisi" başlıklı tezin, araştırma görevlisi Dr. Oğuzhan ŞENEL tarafından, Dr. Öğretim Üyesi Esat Fahri AYDIN'ın danışmanlığında yürütülmesine karar verilmiştir. Bu çalışma, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı'nın 12.04.2023 tarihli üç numaralı oturumunda 27 karar numarası ile kabul edilmiş ve Klinik Araştırmalar Tıbbi Etik Kurulu'nun 02.05.2023 tarihli, B.30.2.ATA.0.01.00/307 sayılı yazısı ile 40 numaralı kararına istinaden etik uygunluk onayı alınmıştır. Araştırma, Atatürk Üniversitesi Bilimsel Araştırma Proje Komisyonu tarafından 13784 Proje ID numarası ile desteklenmiştir.

İÇİNDEKİLER

ONAY ..... **i**
İÇİNDEKİLER ..... **ii**
TABLOLAR DİZİNİ ..... **vii**
ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **viii**
KISALTMALAR DİZİNİ ..... **ix**
TEŞEKKÜR ..... **x**
ÖZET ..... **xi**
ABSTRACT ..... **xiii**
1. GİRİŞ VE AMAÇ **1**
2. GENEL BİLGİLER **4**
2.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu 4
2.1.1. Tanım 4
2.1.2. Tarihçe 5
2.1.3. Epidemiyoloji 6
2.1.4. Etiyoloji 7
2.1.4.1. Genetik Etkenler 7
2.1.4.2. Nörogörüntüleme 8
2.1.4.3. Nörotransmitter Değişiklikleri 9
2.1.4.4. Annenin Gebelik Dönemi ve Doğum ile İlgili Etkenler 10
2.1.4.5. Çevresel Etkenler 10
2.1.4.6. Kişilik Özellikleri 11
2.1.5. DEHB Tanı Kriterleri 11
2.1.6. DEHB'ye Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar 12
2.1.7. Tedavi 14
2.1.8. Gidiş ve Sonlanım 15
2.2. Zihin Gezinmesi 16
2.2.1. Zihin Gezinmesi Tanımı 16
2.2.2. Zihin Gezinmesi ve Default Mode Network (DMN) (Varsayılan Mod Ağı) İlişkisi 17
2.2.3. Zihin Gezinmesi Kuramları 17
2.2.3.1. Yürütücü Kontrol Başarısızlığı Hipotezi 18

2.2.3.2. Algısal Ayrışma Hipotezi 18
2.2.3.4. Meta Farkındalık Hipotezi 19
2.2.4. Zihin Gezinmesi ve DEHB 19
2.3. Kronotip 21
2.3.1. Sirkadiyen Ritim ve Kronotipi Kavramı 21
2.3.2. Kronotip ve DEHB 22
2.4. İnsomnia 23
2.4.1. İnsomnia (Uykusuzluk Bozukluğu) 23
2.4.2. İnsomnia ve DEHB 24
2.5. Zihin Kuramı 25
2.5.1. Zihin Kuramının Tanımı ve Tarihçesi 25
2.5.2. Zihin Kuramı Bileşenleri 26
2.5.3. Zihin Kuramı ile İlgili Kuramlar 27
2.5.3.1. Kuram-Kuramı (*Theory-Theory*) 28
2.5.3.2. Modüler Kuram (*Modul Theory*) 29
2.5.3.3. Benzetim Kuramı (*Simulation Theory*) 30
2.5.4. Zihin Kuramı Gelişimini Açıklayan Yaklaşımlar 31
2.5.4.1. Zihnin Var Olması 31
2.5.4.2. Fiziksel Dünya ile Bağlantı Kurabilme 31
2.5.4.3. Düşünce ile Fiziksel Dünya Arasındaki Ayrımı Yapabilme 31
2.5.4.4 Zihnin Nesne ve Olayları Doğru ve Yanlış Olarak Temsil Edebilmesi 32
2.5.4.5. Zihnin Duygusal Deneyimler ve Gerçekleri Anlamlandırmada Aracı Olması 32
2.5.5. Zihin Kuramının Yaşa Göre Gelişimi 32
2.5.6. Zihin Kuramının Nörobiyolojisi 33
2.5.7. Zihin Kuramı ve DEHB İlişkisi 35
3. GEREÇ VE YÖNTEM 37
3.1. Araştırmanın Tasarımı 37
3.2. Araştırmanın Hipotezleri 37
3.3. Çalışma Grubunun Seçimi 38
3.3.1. Gönüllülerin Çalışmaya Dahil Edilebilme Ölçütleri 39
3.3.2. Gönüllülerin Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri 39
3.4. Araştırmanın Uygulanması 39

3.5. Veri Toplama Gereçleri 40
3.5.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu 40
3.5.2. DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinisyen İçin (SCID-5-CV) 40
3.5.3. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, (Adult ADHD Self-Report Scale/ASRS-v1.1) 41
3.5.4. Aşırı Zihinsel Gezinme Ölçeği (AZGÖ) 41
3.5.5. Uykusuzluk Şiddet İndeksi (UŞİ) 41
3.5.6. Sabahçıl-Akşamcıl Ölçeği (SAÖ) 42
3.5.7. Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği (DEZİKÖ) 42
3.5.8. Gözler Testi (Gözlerden Zihin Okuma Testi)(GZOT) 42
3.6. Bigilendirilmiş Gönüllü Olur Formu 43
3.7. İstatiksel Analiz 43
4. BULGULAR 45
4.1. Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri 45
4.2. Ölçeklerden Elde Edilen Bulgular 48
4.3. Ölçek Puanları İle Hastalara Ait Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Arasındaki Korelasyonlar 50
4.4. DEHB İçin İlaç Kullanma Durumuna Göre Ölçeklerden Elde Edilen Bulgular 57
4.5. Cinsiyete Göre Ölçeklerden Elde Edilen Bulgular 58
4.6. Medeni Duruma Göre Ölçeklerden Elde Edilen Bulgular 59
4.7. UŞİ Ölçeği Kesme Değerine Göre Elde Edilen Bulgular 60
4.8. SAÖ Tiplerine Göre Ölçeklerden Elde Edilen Bulgular 61
4.9. Ölçekler Arasındaki Korelasyonlar 62
4.10. Zihin Kuramı Ölçekleri İle Diğer Ölçekler Arasındaki Korelasyonlar 63
4.11. Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği Toplam Puanı İle Olan İlişkiler, Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi 64
4.12. Gözlerden Zihin Okuma Testi Puanı İle Olan İlişkiler, Doğrusal Regresyon Analizi 64
4.13. Aşırı Zihinsel Gezinme Ölçeği Puanı İle Bağımsız Olarak İlişkili Olan Faktörler, Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi 65

4.14. Uykusuzluk Şiddeti İndeksi Puanı İle Bağımsız Olarak İlişkili Olan Faktörler, Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi 66
4.15. Sabahçıl Akşamcıl Ölçeği Puanı İle Bağımsız Olarak İlişkili Olan Faktörler, Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi 66
5. TARTIŞMA 69
5.1. Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin İncelenmesi 69
5.2. Ölçeklerden Elde Edilen Bulguların Değerlendirilmesi 72
5.3. Ölçek Puanları İle Hastalara Ait Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Arasındaki Korelasyonların İncelenmesi 73
5.4. DEHB İçin İlaç Kullanma Durumuna Göre Ölçeklerden Elde Edilen Bulguların İncelenmesi 77
5.5. Cinsiyete Göre Ölçeklerden Elde Edilen Bulguların İncelenmesi 78
5.6. İnsomnia Varlığına Göre Ölçeklerden Elde Edilen Bulguların İncelenmesi ... 79
5.7. Kronotiplere Göre Ölçeklerden Elde Edilen Bulguların İncelenmesi 81
5.8. Ölçekler Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi 81
5.8.1. İnsomnianın Korelasyonlarının Değerlendirilmesi 81
5.8.2. Zihin Gezinmesinin Korelasyonlarının Değerlendirilmesi 82
5.8.3. Zihin Kuramı'nın Korelasyonlarının Değerlendirilmesi 84
5.8.4. Kronotiplere Göre Korelasyonların Değerlendirilmesi 85
5.9. Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği Toplam Puanı İle Olan İlişkiler, Çoklu Doğrusal Regresyon Analizinin Değerlendirilmesi 86
5.10. Gözlerden Zihin Okuma Testi Puanı İle Olan İlişkiler, Doğrusal Regresyon Analizinin Değerlendirilmesi 87
5.11. Aşırı Zihinsel Gezinme Ölçeği Puanı İle Bağımsız Olarak İlişkili Olan Faktörler, Çoklu Doğrusal Regresyon Analizinin Değerlendirilmesi 87
5.12. Uykusuzluk Şiddeti İndeksi Puanı İle Bağımsız Olarak İlişkili Olan Faktörler, Çoklu Doğrusal Regresyon Analizinin Değerlendirilmesi 89
5.13. Sabahçıl Akşamcıl Ölçeği Puanı İle Bağımsız Olarak İlişkili Olan Faktörler, Çoklu Doğrusal Regresyon Analizinin Değerlendirilmesi 90
5.14. UŞİ Puanının Bağımlı Değişken, ASRS Toplam Puanının Bağımsız Değişken, AZGÖ Puanının Aracı Değişken Olarak Alındığı Mediasyon Analizinin Değerlendirilmesi 92

5.15. Çalışmamızın Güçlü Yönleri ve Kısıtlılıkları 93
6. SONUÇLAR 94
KAYNAKLAR 100
EKLER 116
EK-1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu 116
EK-2. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu 119
EK-3. Yetişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Sendromu Öz - Bildirim Ölçeği .. 123
EK-4. Aşırı Zihinsel Gezinme Ölçeği 124
EK-5. Uykusuzluk Şiddet İndeksi 125
EK-6. Sabahçıl-Akşamcıl Ölçeği 126
EK-7. Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği 130
EK-8. Gözler Testi 131

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Hastaların Sosyodemografik Ve Klinik Özellerikleri 46
Tablo 2. Ölçeklerden Elde Edilen Bulgular 49
Tablo 3. ASRS Sonuçları ile Hastalara Ait Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Arasındaki Korelasyonlar 50
Tablo 4. Ölçek Puanları İle Hasta Özellikleri Arasındaki Korelasyonlar 53
Tablo 5. Zihin Kuramı Ölçekleri İle Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri Arasındaki Korelasyonlar 55
Tablo 6. DEHB İçin İlaç Kullanma Durumuna Göre Ölçeklerden Elde Edilen Bulgular 57
Tablo 7. Cinsiyete Göre Ölçeklerden Elde Edilen Bulgular 58
Tablo 8. Medeni Duruma Göre Ölçeklerden Elde Edilen Bulgular 59
Tablo 9. İnsomnia Varlığına Göre Ölçeklerden Elde Edilen Bulgular 60
Tablo 10. SAÖ Tiplerine Göre Ölçeklerden Elde Edilen Bulgular 61
Tablo 11. Ölçekler Arası Korelasyonlar 62
Tablo 12. Zihin Kuramı Ölçekleri İle Diğer Ölçekler Arasındaki Korelasyonlar 63
Tablo 13. Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği Toplam Puanı İle Bağımsız Olarak İlişkili Olan Faktörler, Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi 64
Tablo 14. Gözlerden Zihin Okuma Testi Puanı İle Olan İlişkiler, Doğrusal Regresyon Analizi 65
Tablo 15. Aşırı Zihinsel Gezinme Ölçeği Puanı İle Bağımsız Olarak İlişkili Olan Faktörler, Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi 65
Tablo 16. Uykusuzluk Şiddeti İndeksi Puanı İle Bağımsız Olarak İlişkili Olan Faktörler, Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi 66
Tablo 17. Sabahçıl Akşamcıl Ölçeği puanı ile bağımsız olarak ilişkili olan faktörler, çoklu doğrusal regresyon analizi 67
Tablo 18. UŞİ Puanının Bağımlı Değişken, ASRS Toplam Puanının Bağımsız Değişken, AZGÖ Puanının Aracı Değişken Olarak Alındığı Mediasyon Analizi 68

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Bağımsız değişken: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) Toplam puanı, Aracı (mediyatör) değişken: Aşırı Zihinsel Gezinme Ölçeği (AZGÖ) puanı, Bağımlı değişken: Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (UŞİ) puanı, β: Standartlaştırılmış regresyon katsayısı 68

KISALTMALAR DİZİNİ

ASK : Anterior Singulat Korteks

ASRS : Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder Self-Report Scale: ASRS-v1.1)

AZGÖ : Aşırı Zihinsel Gezinme Ölçeği

BAB : Bipolar Affektif Bozukluk

BDT : Bilişsel Davranışçı Terapi

DAT : Dopamin Transporter

DBH : Dopamin Beta Hidroksilaz

DEHB : Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozuklukğu

DEZİKÖ : Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği

DLPFK : Dorsolateral Prefrontal Korteks

DMN : Default Mode Network

DSM : The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

fMR : Fonsiyonel Manyetik Rezonans

GZOT : Gözlerden Zihin Okuma Testi

HPA : Hipotalamik-Pitüiter-Adrenal Aks

MDB : Major Depresif Bozukluk

mPFK : Medial Prefrontal Korteks

NICE : National Institute for Health and Care Excellence

OKB : Obsesif Kompulsif Bozukluk

OXTR : Oksitosin Reseptör Geni

PFK : Posterior Frontal Korteks

PSK : Posterior Singulat Korteks

SAÖ : Sabahçıl-Akşamcıl Ölçeği

SCID-5 : Dsm-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme

SPSS : Statistical Package for Social Sciences

TMU : Transmanyetik Uyarım

TUTD : Türkiye Uyku Tıbbı Derneği

UŞİ : Uykusuzluk Şiddet İndeksi

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim, tez planlama, yürütme ve yazımı sürecinde emeğini, desteğini ve bilgisini benden esirgemeyen, psikiyatriye bakış açımı şekillendiren çok değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Esat Fahri AYDIN'a,

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan değerli hocalarım Prof. Dr. Halil ÖZCAN, Doç. Dr. Ömer Faruk UYGUR, Doç. Dr. Hacer Akgül CEYHUN, Dr. Öğr. Üyesi Serap SARI ve Dr. Öğr. Üyesi Fatma TUYGAR OKUTUCU'ya

Asistanlık sürecimde tanımaktan mutluluk duyduğum, asistanlık sonrası hayatımda da önemli rol oynayacağını düşündüğüm değerli dostum ve çalışma arkadaşım Dr. Ceren ÖZAĞAÇHANLI'ya,

Beraber çalışmaktan mutluluk duyduğum Uzm. Dr. İrem İLTER, Uzm. Dr. Tuğba KOCA LAÇİN'e, başta Dr. Merve ÇELİK, Dr. Gonca KOÇER olmak üzere asistanlık eğitimim süresince tanıdığım ve hayatıma dokunan tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma,

Kliniğimizin çok değerli psikoloğu Asena Büşra VAROLAN'a,

Servis ve polikliniktekı hemşire, sekreter, personel olmak üzere tüm Atatürk Üniversitesi Psikiyatri Ailesi'ne,

Rotasyonlarım süresince eğitimime katkısı bulunan değerli öğretim üyelerine ve hekim arkadaşlarıma,

Her zaman yanımda olup beni destekleyen kıymetli annem, babam ve biricik kardeşime,

En içten teşekkürlerimi sunarım.

Arş. Gör. Dr. Oğuzhan ŞENEL

ÖZET

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Hastalarda Zihin Gezinmesi, İnsomnia, Kronotip ve Zihin Kuramının İlişkisi

Amaç: Bu çalışmanın amacı dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanılı hastalarda zihin gezinmesi, insomnia, kronotip ve zihin kuramının kendi aralarındaki ilişkilerini incelemektir.

Yöntem: Çalışmaya komorbid psikiyatrik tanısı olmayan, 125 DEHB tanılı hasta alındı. Katılımcılara, DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Klinisyen Versiyonu (SCID-5), sosyodemografik ve klinik veri formu, Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS), Aşırı Zihinsel Gezinme Ölçeği (AZGÖ), Uykusuzluk Şiddet İndeksi Ölçeği (UŞİ), Sabahçıl-Akşamcıl Ölçeği (SAÖ), Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği (DEZİKÖ) ve Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT) uygulandı. Sonuçlar ve diğer klinik veriler analiz edildi.

Bulgular: Doğrusal regresyon analizi sonuçlarımıza göre AZGÖ puanı ile ASRS toplam puanının (β=0,364, p<0,001), UŞİ puanının (β=0,195, p=0,001) ve self-mutilasyon öyküsünün (β=1,611, p=0,020) anlamlı şekilde ilişkili olduğu bulundu. UŞİ puanı ile öz geçmişinde DEHB dışında psikiyatrik tanı varlığının (β=2,216, p=0,027) ve AZGÖ puanının (β=0,405, p<0,001) pozitif yönde; SAÖ puanının (β=-0,093, p=0,016) ise negatif yönde anlamlı şekilde ilişkili olduğu bulundu. SAÖ puanı ile self-mutilasyon öyküsünün (β=-5,874, p=0,007), UŞİ puanının (β=-0,464, p=0,009) ve ASRS A bölümü puanının (β=-0,646, p=0,002) anlamlı şekilde ilişkili olduğu bulundu. DEZİKÖ toplam puanı ile DEHB için ilaç kullanımının (β=1,276, p=0,001) ve yüksek sosyoekonomik düzeyin (β=0,776, p<0,001) anlamlı şekilde ilişkili olduğu bulundu (β=1,276, p=0,001). Mediasyon analizi sonucuna göre ASRS toplam puanı ile UŞİ puanı arasında doğrudan ilişki saptanmazken (β= 0,106, p=0,356), ASRS toplam puanı artan AZGÖ puanları aracılığıyla UŞİ puanları üzerine dolaylı etki gösterdi (β=0,386, p<0,001).

Sonuç: Regresyon analizlerinin sonuçları DEHB hastalarında zihin gezinmesi, insomnia, kronotip ve zihin kuramı ile ilişkili olabilecek faktörleri ortaya koymuştur. DEHB hastalarında bu alanlarda (zihin gezinmesi, insomnia, kronotip ve zihin kuramı) yapılacak müdahalelerde elde ettiğimiz regresyon analiz sonuçlarının dikkate alınabileceğini düşünüyoruz. Zihin gezinmesinin DEHB semptomları ile insomnia seviyeleri arasındaki ilişkide tam aracı rol oynaması, insomnia belirtileri yaşayan DEHB hastalarında göz önüne alınması gereken bir bulgudur.

Anahtar Kelimeler: dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, insomnia, kronotip, zihin gezinmesi, zihin kuramı

ABSTRACT

The Relationships Between Mind-Wandering, Insomnia, Chronotype and Theory of Mind in Patients Diagnosed with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

Objective: The aim of this study was to investigate the relationships between mind wandering, insomnia, chronotype, and theory of mind in patients diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD).

Methods: The study included 125 patients diagnosed with ADHD without comorbid psychiatric disorders. The participants were assessed using the Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5), a sociodemographic and clinical data form, the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS), the Mind Excessively Wandering Scale (MEWS), the Insomnia Severity Index (ISI), the Morningness-Eveningness Questionnaire (MEQ), the Dokuz Eylul Theory of Mind Scale (DEToMS), and Reading the Mind in the Eyes Test (RMET). The assessment results and other clinical data were analyzed.

Results: According to the results of the linear regression analysis, the MEWS score was significantly associated with the total ASRS score ($\beta = 0.364$, $p < 0.001$), the ISI score ($\beta = 0.195$, $p = 0.001$), and a history of self-mutilation ($\beta = 1.611$, $p = 0.020$). The ISI score was significantly associated with the presence of a psychiatric diagnosis other than ADHD in the patient's history ($\beta = 2.216$, $p = 0.027$) and the MEWS score ($\beta = 0.405$, $p < 0.001$), while it was significantly and negatively associated with the MEQ score ($\beta = -0.093$, $p = 0.016$). The MEQ score was significantly associated with a history of self-harm ($\beta = -5.874$, $p = 0.007$), the ISI score ($\beta = -0.464$, $p = 0.009$), and the ASRS Part A score ($\beta = -0.646$, $p = 0.002$). The total DEToMS score was significantly associated with medication use for ADHD ($\beta = 1.276$, $p = 0.001$) and a high socioeconomic status ($\beta = 0.776$, $p < 0.001$). According to the mediation analysis results, no direct relationship was identified between the total ASRS score and the ISI score ($\beta = 0.106$, $p = 0.356$). However, the

total ASRS score indirectly affected the ISI score through increased MEWS scores ($\beta = 0.386$, $p < 0.001$).

Conclusion: The regression analysis results revealed factors associated with mind wandering, insomnia, chronotype, and theory of mind in individuals with ADHD. Our results may serve as a valuable reference for interventions targeting these areas (mind wandering, insomnia, chronotype, and theory of mind) in ADHD patients. The full mediating role of mind wandering in the relationship between ADHD symptoms and insomnia levels is a noteworthy finding that should be considered in ADHD patients experiencing insomnia symptoms.

Keywords: attention deficit hyperactivity disorder, insomnia, chronotype, mind wandering, theory of mind

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), genellikle çocukluk çağında başlayan ve yetişkinlik dönemine kadar sürebilen bir nörogelişimsel rahatsızlıktır (1). Bu bozukluğun temel karakteristikleri arasında dikkat dağınıklığı, aşırı hareketlilik ve impülsif davranışlar bulunmaktadır. Çocukluk döneminde DEHB tanısı konan hastaların çoğunda, bu semptomların yetişkinlikte de devam ettiği gözlemlenmektedir (2). Çocuklarda gözlenen başlıca belirtiler arasında dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik yer alırken, bu belirtiler zamanla değişebilmektedir. Yetişkinlerde ise, özellikle yürütücü işlevler ve duygusal düzenleme alanlarında zorluklar yaşanmaktadır. Erişkin DEHB hastalarında dikkat eksikliği ve özdenetimle ilgili sorunlar yaygındır. Yetişkinlerde görülen bu semptomlar arasında, kısa dikkat süresi öne çıkmakta ve bu durum DEHB'nin temel bir özelliği olarak kabul edilmektedir. DEHB hastaları genellikle önemli işleri tamamlamada zorlandıklarını ifade ederler. Çoklu görevleri eş zamanlı olarak yürütmekte zorlanabilir ve hangi görevin daha öncelikli olduğuna karar vermede güçlük çekebilirler. Bazen az önemli görünen durumlar, asıl yapılması gereken işlerin önüne geçebilir ve bu da kişinin odaklanmasını bozabilir. Bu durum, önemli görevlerin gözden kaçmasına neden olabilir (3–5).

Araştırmalar, DEHB hastalarının, sağlıklı bireylere göre daha fazla uyku sorunları yaşadığını ortaya koymaktadır. Bu bulgular, DEHB hastalarının yetersiz ve kalitesiz uykudan daha sık muzdarip olduğunu göstermektedir. Ayrıca, uyku kalitesinin düşük olması, dikkat eksikliği, dürtüsel davranışlar ve sosyal ile akademik performansta önemli düşüşlere yol açabilmektedir (6). İnsomnia ve diğer uyku problemlerinin, genel olarak psikiyatrik rahatsızlıkların ortaya çıkma riskini artırdığı bilinmektedir. DEHB hastaları uykusuzluk şikayetiyle başvurabilirken, uyku problemleri yaşayan birçok kişi de DEHB semptomları gösterebilir. Bu durum, uykunun DEHB'nin yönetimi ve tedavisinde önemli bir rol oynadığını göstermektedir.

Son dönemde yapılan araştırmalar, DEHB hastalarında, davranışsal semptomların yanı sıra bilişsel semptomlar ve iç dünyadaki deneyimlerin de detaylı bir şekilde incelenmesine yönelik ilgi artmıştır. DEHB hastalarının sıklıkla ifade ettiği

bu içsel deneyimlerden biri, kesintisiz devam eden zihinsel aktivite ve sürekli hareket halinde olan düşüncelerdir. Bu süreçte bireylerin düşünceleri genellikle kontrol edilemez ve birden fazla düşünce aynı anda ortaya çıkabilir. Bu durum, özellikle hedeflenen görevlere odaklanmada zorluk olarak kendini gösterirken, düşüncelerin diğer konular arasında geniş çapta ve istemsizce dağılması, zihin gezinmesi olarak tanımlanmaktadır (7). Bu durum, DEHB hastalarının zihinsel süreçlerini anlamak için önemli bir unsurdur.

Zihinsel gezinme, mevcut görevlerden ve dışsal uyaranlardan bağımsız olarak meydana gelen bir süreç olarak tanımlanmaktadır (8). Bu süreç kavramsal olarak, hayal kurma, düşünce akışı ve yaratıcı düşünme gibi spontan düşünce biçimlerini içerir. DEHB ile ilişkilendirilen bu tür zihinsel gezinmeler, bozukluğun semptomlarının ve bunların günlük yaşamda yarattığı işlevsel zorlukların anlaşılmasında kilit bir role sahiptir. Zaman zaman faydalı olabilecek bu zihinsel gezinmeler, kontrolsüz ve otomatik olduklarında, kişinin üzerinde çalıştığı görevlere odaklanmasını engelleyerek performansını olumsuz yönde etkileyebilir (9,10). Bu süreç, DEHB'nin anlaşılması ve yönetilmesi için önemli bir faktördür.

Kronotip, ya da diğer bir deyişle sirkadiyen tercih, bireyin günlük aktivitelerini en verimli şekilde gerçekleştirdiği zaman dilimini ifade eder ve bu tercih, kişinin içsel sirkadiyen ritimlerine dayanır (11). DEHB ile kronotip arasındaki ilişki üzerine yapılan çalışmalar, özellikle akşamcı kronotipin, dikkat dağınıklığı, hiperaktivite, impülsif davranışlar ve uyku sorunları ile ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. DEHB hastalarının, gün içindeki dikkat seviyesi ve aktivite düzeylerinin değişebildiği gözlemlenmiştir. Uyku ve uyanıklık döngüsünün temel bir ritmik biyolojik aktivite olduğu göz önüne alındığında, DEHB hastalarında uyku başlangıç süresinde uzama, azalan uyku süresi ve gündüz uykululuğu gibi uyku-uyanıklık döngüsü bozukluklarının, bozulmuş sirkadiyen ritimleri işaret edebilileceği düşünülmektedir (12). Bu bulgular, DEHB'nin anlaşılmasında ve tedavisinde kronotipin önemli bir faktör olduğunu göstermektedir.

Zihin kuramı, bireylerin başkalarının zihinsel ve duygusal durumlarını anlama yeteneği olarak tanımlanabilir (13). Bu kavram, bir kişinin başkalarının kendi

inançlarından farklı inançlara sahip olabileceğini ve buna göre davranış sergileyebileceğini kavrayabilmesini ifade eder. Bu yetenek, sosyal yaşamda başarılı olabilmek için temel bir öneme sahiptir (14). Zihin kuramı, başkalarının davranışlarını anlamak ve tahmin etmek için gerekli olan temel bir beceridir (15). Yapılan araştırmalara göre, zihin kuramı becerilerindeki eksikliklerin, dikkat, öğrenme, sosyal etkileşim ve iletişim gibi birçok alanda sorunlara yol açabileceği belirtilmektedir. Özellikle DEHB gibi nörogelişimsel bozukluklarda, zihin kuramı becerilerinin geliştirilmesine yönelik eğitimlerin, sosyal işlevsellik üzerinde olumlu etkiler yaratabileceği düşünülmektedir (16). Erken müdahaleye dayalı zihin kuramı becerilerini geliştirme çalışmaları, yeni tedavi yaklaşımlarının geliştirilmesine katkı sağlayabilir.

Bu çalışmada, yaptığımız literatür taramasına göre, DEHB'de bugüne kadar zihin gezinmesi ve kronotip; zihin gezinmesi ve zihin kuramı; zihin gezinmesi ve insomnia; kronotip ve zihin kuramı arasındaki ilişkinin araştırılmadığını tespit ettik. Biz de çalışılmamış bu ilişkileri araştırmayı amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

2.1.1. Tanım

DEHB, çocukluk döneminde başlayan ve yetişkinliğe kadar devam edebilen, dikkat süresinin kısa olması, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik gibi belirtilerle kendini gösteren bir nörogelişimsel bozukluktur. Bu bozukluk, bireylerin psikolojik, sosyal, akademik ve mesleki yaşamlarında ciddi işlevsel bozukluklara yol açmaktadır (17). DEHB, çocuk ve ergenlerde %5,3 yetişkinlerde ise yaklaşık %2,5-4,4 oranında görülmektedir (18,19). Son zamanlarda yapılan meta-analizler çocukluk çağında DEHB tanısı alan bireylerin yaklaşık %15'inin erişkinlikte tam tanı kriterlerini karşılamaya devam ettiğini, %40-60'ının ise kısmi iyileşme gösterdiğini ortaya koymaktadır (5).

DEHB'nin temel semptomları arasında hiperaktivite, dikkatsizlik ve dürtüsellik yer almaktadır. Yetişkinlerde dikkatsizlik, genellikle yapılacak işleri hatırlama, zamanı yönetme, planlama, başladığı işi tamamlama ve işleri organize etmede yaşanan zorluklarla kendini gösterir. Ayrıca, dikkatin kolayca dağılması ve dikkat süresini koruyamama da bu belirtiler arasındadır (7). Hiperaktivite ise yetişkinlikte uzun süre oturmayı gerektiren durumlardan kaçınma, aşırı konuşma, fazla fiziksel aktivite yapma ve iç huzursuzluk gibi belirtilerle kendini gösterir. Dürtüsellik ise düşük engellenme eşiği ile tanımlanır ve sabırsızlık, yanıtları ertelemede zorluk, sıraya girmekte zorlanma, başkalarının konuşmalarını kesme, kontrolsüz para harcama, uygunsuz cinsel davranışlar ile toplum ve trafik kurallarına uyum sağlamakta zorluk gibi şekillerde ortaya çıkar (7). Ayrıca, DEHB'li yetişkinlerde sık görülen diğer özellikler arasında duygusal dalgalanma, ani öfke patlamaları, strese karşı düşük tolerans, artmış duygusal tepkisellik ve düzensizlik yer alır (7,19).

Araştırmalar, çocukluk döneminde görülen DEHB belirtilerinin gelişim süreciyle birlikte değişiklik gösterebildiğini ortaya koymaktadır. Hiperaktivitenin sıklıkla ergenlik döneminde azaldığı, dikkat sorunlarının ise çocukluk sonrasındaki

hayat diliminde genellikle daha kalıcı olduğu tespit edilmiştir. Dürtüsellik ise yürütücü işlevlerdeki bozukluklarla daha belirgin hale gelir. Bu değişen semptomlar, erişkinlerde yürütücü işlevlerdeki zorlukların ve duygusal düzenleme problemlerinin daha net bir şekilde ortaya çıkmasına neden olmaktadır (20).

DEHB tanısı almış bireyler, çocukluk dönemlerinde akademik başarısızlıklar, disiplin sorunları, okuldan atılma, sınıfta kalma ve düşük eğitim düzeyi gibi zorluklarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Yetişkinlikte ise romantik ilişkilerde sorunlar, evlilik problemleri, boşanma, cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanma riski, sık iş değiştirme, işsizlik, düşük gelir düzeyi, trafik cezaları, sosyal uyum sorunları, adli problemler, riskli davranışlar ile alkol ve madde kullanımına bağlı problemler daha sık görülmektedir (7).

2.1.2. Tarihçe

DEHB, tanımlaması eskiye dayanan bir bozukluktur. İlk olarak 1844'te Dr. Heinrich Hoffman, "Der Struwwelpeter" kitabında hiperaktif çocukları betimlemiş, 1865'te ise “Kıpır kıpır Phil” şiirinde tıbbi gözlemlerini paylaşmıştır. 18. ve 19. yüzyıllarda bu çocuklar için “Kötü çocuklar”, “Çılgın budalalar” gibi terimler kullanılmıştır. DEHB’ye yönelik ilk bilimsel çalışmalar, 1902’de Dr. George Still tarafından yapılmış; Still, bu çocuklarda ahlaki kontrol eksikliğinin organik ve çevresel faktörlere bağlı olduğunu ve erkek çocukların daha fazla etkilendiğini belirtmiştir (21,22).

Birinci Dünya Savaşı sonrası influenza pandemisi sırasında viral ensefalit geçirenlerde hiperaktivite ve beyin hasarı arasındaki ilişki dikkat çekmiştir. 1947’de Strauss ve arkadaşları, belirgin beyin hasarı olmaksızın benzer semptomlar gösteren çocukları incelemiş ve bu durumu “Minimal Beyin Hasarı Sendromu” olarak adlandırmıştır (23). 1950'lerde bu bozukluk "Hiperkinetik Dürtü Bozukluğu", 1960’larda ise nörolojik sorunları olmayan ancak davranışsal ve bilişsel sorunlar gösteren çocuklar için “Minimal Beyin Disfonksiyonu” olarak tanımlanmıştır (24).

1937’de Bradley, benzedrin adlı stimülan ilacın hiperaktiviteyi azaltarak dikkati artırdığını keşfetmiş, bu da DEHB’nin ilk etkili tedavisi olarak kabul edilmiştir (25,26). DSM tarihinde DEHB ilk kez 1968’de DSM-2’de “Çocukluğun Hiperkinetik Reaksiyonu” adıyla yer almıştır. 1980'de DSM-3’te “Dikkat Eksikliği Bozukluğu” olarak adlandırılmış, 1987’de DSM-3-R’de “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu” adını almıştır. Günümüzde DSM-5'te DEHB, nörogelişimsel bir bozukluk olarak tanımlanmakta ve tanı ölçütleri ergen ve yetişkinler için de uyarlanmıştır (22).

2.1.3. Epidemiyoloji

DEHB çocukluk döneminde %5 ila %10 oranında yaygınken, yetişkinler üzerinde yapılan araştırmalar yaşam boyu görülme sıklığının %2,5 ile %4,9 arasında değiştiğini göstermektedir (27).

Polanczyk ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği bir meta-analiz çalışmasında, çocukluk çağı DEHB prevalansı dünya genelinde %5,29, erişkin DEHB prevalansı ise %4,4 olarak rapor edilmiştir. Ayrıca, DEHB’nin yaygınlık tahminlerindeki büyük değişkenliğin, coğrafi farklılıklardan çok, çalışmaların metodolojik özellikleriyle açıklanabileceği belirtilmiştir (28). Büyük ölçekli epidemiyolojik araştırmalardan biri olan ABD Ulusal Komorbidite Araştırması'nda erişkin DEHB prevalansı %4,4 olarak bildirilmiş, bir diğer büyük ölçekli araştırma olan Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Dünya Ruh Sağlığı Araştırması'nda ise ABD’de erişkin DEHB oranı %5,2 olarak kaydedilmiştir (29,30). 2024 yılında yapılan bir meta-analizde ise DEHB prevalansı çocukluk çağında dünya genelinde %5,3 olarak rapor edilirken, erişkinlerde bu oran %2,5 olarak belirlenmiştir (18).

DEHB’li çocuklarla yapılan boylamsal çalışmalar, hastaların %15’inin tamamen, %40-60’ının ise kısmen erişkinlikte de tanı kriterlerini karşıladığını göstermiştir (31). Yaş ilerledikçe hem bozukluğun yaygınlığı hem de belirtilerin şiddeti azalmaktadır. Çocukluk döneminde cinsiyet farklılıklarına bakıldığında, klinik örneklemlerde erkek/kız oranı 10/1 iken, toplum örneklemlerinde bu oran 3/1’e kadar düşmektedir. Erişkinlikte ise erkeklerde oran biraz daha yüksek olmakla birlikte, cinsiyetler arasındaki fark azalır (18). Kadın ve erkeklerde görülen klinik alt tip

farklılıklarının, cinsiyetler arasındaki tanı oranlarındaki farklılıklara katkıda bulunabileceği düşünülmektedir. Örneğin, kız çocuklarında dikkat eksikliği tipinin baskın olması, erkek çocuklarda ise daha belirgin olan hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileri, erkeklerin daha sık tanı almasına yol açmaktadır. Erişkinlik döneminde, kadınların tanı oranlarının artmasında ise, anksiyete bozuklukları ve duygudurum bozuklukları gibi eş tanılarla başvurmaları ve daha fazla yardım aramaları muhtemelen etkili olmaktadır (18,19).

2.1.4. Etiyoloji

DEHB'nin etiyolojisi, genetik ve çevresel faktörlerin bir arada rol oynadığı multifaktöriyel bir bozukluk olarak değerlendirilmektedir. Tek bir klinik bozukluk yerine, ortak çekirdek belirtileri paylaşan ve farklı etiyolojik nedenlerden oluşan bir sendrom olarak kabul edilir. Kesin nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte, yapılan çalışmalar ve gözlemler, ilk olarak azalmış beyin işlevlerine odaklanmıştır. DEHB'nin etiyolojisini anlamaya yönelik araştırmalar, genetik, nörokimyasal, beyin görüntüleme ve çevresel faktörlere yoğunlaşmaktadır (19).

2.1.4.1. Genetik Etkenler

DEHB'nin ortaya çıkmasında çevresel faktörlerle birlikte genetik etkenlerin önemli bir rol oynadığı bilinmektedir. Bozukluğu açıklayan tek bir genetik işaret bulunmamakla birlikte, DEHB'nin diğer psikiyatrik bozukluklara kıyasla daha yüksek kalıtımsallığa sahip olduğu tespit edilmiştir. Genetik çalışmalar, çocukluk dönemindeki DEHB vakalarında kalıtım oranını %80 olarak tahmin etmektedir (32). Evlat edinme ve ikiz çalışmaları, biyolojik akrabalar arasında DEHB oranlarının, evlat edinilmiş çocuklara kıyasla daha yüksek olduğunu ve tek yumurta ikizlerinde DEHB'nin çift yumurta ikizlerine göre daha fazla görüldüğünü göstermektedir. Çift yumurta ikizlerinde her iki bireyde DEHB görülme oranı %29-45 iken, tek yumurta ikizlerinde bu oran %60-90 arasında değişmektedir (33,34).

DEHB'nin etiyolojisinde birçok genin rol oynadığı düşünülmektedir. Serotonin 5HT1B geni, dopamin taşıyıcı protein (DAT) geni ve Dopamin reseptör 4

(DRD4) geninin, özellikle davranış bozukluğu gösteren bireylerde DEHB ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. DRD5, DRD3 ve dopamin beta hidroksilaz (DBH) genleri de DEHB ile ilişkilendirilmiştir. Bunun yanı sıra, noradrenerjik ve serotonin sistemine ait genler de araştırma konusu olmuştur (35,36).

2.1.4.2. Nörogörüntüleme

DEHB, nöral ağları ve bilişsel süreçleri etkileyen karmaşık bir bozukluktur. Düşünsel, emosyonel, dikkat ve davranış kontrol mekanizmalarıyla ilişkili beyin bölgeleri bu bozuklukta önemli rol oynar. Motor kontrol ve inhibisyondan serebellum, bazal gangliyonlar ve korpus striatum; dikkat süreçlerinden parietal ve prefrontal korteks sorumludur. Seçici dikkat ve duygudurum düzenlemesi anterior singulat korteks (ASK) ile, motivasyon ve karmaşık planlama ise striatum ve dorsolateral prefrontal korteks (DLPFK) ile ilişkilidir (37,38). DEHB'de frontal bölge-striatum ve frontal bölge-serebellum bağlantılarında işlev kaybı olduğu ve yürütücü işlev sorunlarından DLPFK, hiperaktivite belirtilerinden prefrontal motor korteks, dürtüsellikten ise orbitofrontal korteksin (OFK) sorumlu olduğu düşünülmektedir (37,38).

Nörogörüntüleme çalışmaları, frontal korteks, bazal gangliyonlar ve serebellumda hacim ve işlev azalmasını göstermektedir. Kortikal olgunlaşma DEHB hastalarında gecikmekte, bu da bozukluğun nörogelişimsel doğasını desteklemektedir. Çocuklarda bazal gangliyonlarda gri madde azalması gözlenirken, erişkinlerde ASK'de gri madde hacminde azalma olduğu rapor edilmiştir (37,39). Bazal gangliyonlardaki yapısal değişikliklerin yaşla birlikte düzelebileceği, metilfenidat tedavisinin sol kaudat çekirdekteki dopaminerjik aktiviteyi normale döndürebileceği meta-analizlerle gösterilmiştir (40,41). Son çalışmalar, DEHB hastalarında "default mode network" (DMN) adı verilen ağın yetersiz inhibisyon nedeniyle etkili çalışmadığını ortaya koymuştur. Ayrıca, bu ağın bir parçası olan prekuneus hacmindeki artış, DEHB'nin bilişsel süreçlerdeki etkisini desteklemektedir (42,43).

DMN'yi incelemek için kullanılan yöntemlerden biri fonksiyonel manyetik rezonans (fMRI) olup, bu yöntem özellikle nöropsikiyatrik bozukluklar açısından

önemli bulgular sağlamıştır. DEHB'de görülen temel bilişsel yetersizlik, kişinin devam eden bir göreve ilişkin yanıt baskılamasını gerçekleştirememesidir. Bu yanıt baskılaması genellikle DMN'nin baskılanmasını da gerektirir. Yapılan çalışmalar, DEHB hastalarının sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığında, yanıt baskılamasında zorluk çektiklerini ve bu zorluğun DMN'deki aşırı aktivitenin baskılanamamasıyla ilişkili olduğunu göstermektedir. Özellikle, DEHB hastalarında dorsal anterior singulat korteks, dorsolateral prefrontal korteks ve posterior parietal korteks gibi odaklanma ve yürütücü işlevlerden sorumlu bölgelerinde anormal aktivasyonlar olduğu saptanmıştır. Bu bölgelerdeki aktivasyonlar DMN ile zıt şekilde çalıştığından, hastalarında dikkat ve yürütücü işlevler üzerinde güçlükler yaşanabilmektedir. DMN'nin aşırı aktivitesi, DEHB patofizyolojisinin önemli bir unsuru olarak kabul edilmektedir ve bu durum, DEHB'nin diğer psikiyatrik bozukluklardan ayrılmasına yardımcı olabilecek bir gösterge olabilir (44,45).

2.1.4.3. Nörotransmitter Değişiklikleri

DEHB'nin nörobiyolojisi tam olarak açıklanamamış olsa da, dopaminerjik ve noradrenerjik nöral ağlardaki düzensizliklerin önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir. Bu nörotransmitterlerin dikkat, dürtü kontrolü ve davranış düzenlemesindeki işlevleri, DEHB semptomlarının temelini oluşturmaktadır. Dopamin ve noradrenalin seviyelerindeki düşüklük, dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik gibi semptomlara yol açabilir. Bu nedenle, farmakolojik tedaviler genellikle bu sistemleri hedeflemektedir (19,21).

Dopamin eksikliği, tikler, hareket bozuklukları ve amaçsız davranışlarla ilişkilendirilmiş; dopamin reseptörleri (DRD5, DRD2, DRD4) ile DEHB arasındaki ilişki genetik çalışmalarla desteklenmiştir (36,46,47). Noradrenalin ise dopaminle birlikte dikkat ve yürütücü işlevlerde görev alır. Noradrenalin düzeylerindeki azalma, dikkat ve motor becerilerdeki sorunlarla ilişkilendirilmiş; ayrıca kortekste dopamin inaktivasyonunda da rol oynadığı gösterilmiştir (19,46). Serotonin de DEHB'de dürtüsellik üzerinde etkili olup, serotonerjik ve dopaminerjik sistemler arasındaki karşılıklı ilişkilerin DEHB'nin gelişiminde rol oynayabileceği öne sürülmüştür (46).

2.1.4.4. Annenin Gebelik Dönemi ve Doğum ile İlgili Etkenler

Gebelik ve doğum sırasındaki çeşitli risk faktörlerinin DEHB gelişimi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Annenin gebelik sırasında sigara içmesi, stres yaşaması, prematürite, düşük doğum ağırlığı ve diğer gebelik veya doğum komplikasyonları bu riskler arasında yer almaktadır (48,49). Sigara içen annelerin çocuklarında DEHB oranının daha yüksek olduğu ve doğum öncesi sigara kullanımı ile DEHB tanısı arasında güçlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir (50). Erken doğumun, prenatal risk faktörleri arasında DEHB ile en güçlü bağlantıya sahip olduğu saptanmıştır. Düşük doğum ağırlığı ile DEHB arasındaki ilişki tam olarak net olmasa da, gebelik yaşına göre düşük ağırlıklı olan bebeklerde artmış DEHB riski olduğu öne sürülmektedir (49). Gebelik öncesinde annenin majör depresif bozukluk öyküsünün DEHB riskini artırabileceği belirtilmiş, ancak bu durumun genetik faktörlerden bağımsız olmadığı vurgulanmıştır (51). Gebelik sırasındaki maternal stres, DEHB-dikkat eksikliği ve DEHB-bileşik tip ile ilişkilendirilmiştir (52). Ayrıca, annenin uzun süreli asetaminofen kullanımı, diğer etkenler kontrol edildiğinde dahi DEHB riskini artıran faktörlerden biri olarak gösterilmiştir (53).

2.1.4.5. Çevresel Etkenler

Çevresel faktörler, DEHB'nin temel nedeni olmaktan ziyade belirtilerin ortaya çıkmasını tetikleyici etkenler olarak görülmektedir. Kararsız aile ortamları, bakım veren değişiklikleri, duygusal ihtiyaçların karşılanmaması ve annenin gebelik sırasında yaşadığı duygusal sorunlar, DEHB riskini artırabilir. Tek çocuklu ya da parçalanmış ailelerde büyüyen çocuklarda DEHB oranı daha yüksektir. Ayrıca, düşük doğum ağırlığı ve finansal sorunlar gibi faktörler de risk etkenleri arasında sayılmaktadır (54,55).

Çevresel toksinler ve gıda katkı maddelerinin DEHB'ye katkısı araştırılmış; prenatal dönemde cıva maruziyetiyle sınırlı bir ilişki bulunurken, yüksek kan kurşun seviyelerinin DEHB ile anlamlı bir bağlantıya sahip olduğu belirlenmiştir (56,57). Çocukluk döneminde genel anesteziye maruz kalmak, özellikle tekrarlayan anestezi

uygulamaları ve uzun anestezi süreleri, DEHB gelişiminde risk faktörleri arasında yer almıştır (58).

2.1.4.6. Kişilik Özellikleri

Kişilik özellikleri, çocukluk ve ergenlik döneminde gelişim üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Yeni yapılan bir çalışmada, DEHB'nin, yüksek düzeyde yenilik arama, zarardan kaçınma ve kendini aşma skorları ile düşük düzeyde kendini yönetme ve iş birliği yapma skorlarıyla ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada ayrıca özellikle düşük kendini yönetme skoru, DEHB ile güçlü bir bağlantı göstermektedir. Alt tipler incelendiğinde, dikkat eksikliğinin ön planda olduğu vakalarda, diğer iki tipe kıyasla zarardan kaçınma skorlarının yüksek, kendini yönetme skorlarının ise düşük olduğu ve zarardan kaçınmanın dikkatsizlikle ilişkili olduğu belirtilmiştir. Hiperaktivite ve dürtüselliğin öne çıktığı vakalarda ise yenilik arama ve düşük kendini yönetme skorları yüksek bulunmuş ve bu durum hiperaktif belirtilerle ilişkilendirilmiştir, düşük kendini yönetme ve yüksek yenilik arama skorlarının hastalığın şiddeti ile de bağlantılı olduğu tespit edilmiştir (59).

2.1.5. DEHB Tanı Kriterleri

DSM-5 ile birlikte DEHB'nin erişkin popülasyonda da tanınabilmesi için tanı kriterleri geliştirilmiştir. Bu kriterlere göre, erişkinlerde DEHB tanısı koyulabilmesi için her bir alanda en az beş semptomun bulunması ve bu semptomların başlangıcının 12 yaş öncesinde olması gerekmektedir. Bu güncellemeyle birlikte, çocukluk dönemindeki semptomların işlev kaybına neden olup olmadığına bakılmaksızın, eşik altı semptomların varlığı erişkinlerde tanı koymada yeterli kabul edilmektedir. DSM-5'e göre DEHB tanısı koyulabilmesi için, gelişim düzeyine uygun olmayan, işlevselliği bozan ve süreğen bir dikkatsizlik ve/veya aşırı hareketlilik-dürtüsellik örüntüsü olmalıdır(17).

Dikkatsizlik belirtileri: İşte ya da aktivitelerde dikkatsizce hatalar yapma, dikkatini sürdürememe, konuşma esnasında dinlemiyormuş gibi görünme, yönergeleri takip edememe, sorumlulukları tamamlayamama, işleri düzenlemekte zorlanma,

zihinsel çaba gerektiren görevlerden kaçınma, sık sık gerekli nesneleri kaybetme, dışsal uyaranlarla dikkatin dağılması ve günlük etkinliklerde unutkanlık belirtilerinden en az beşinin en az altı ay boyunca sürmesi gereklidir (17).

Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtileri: Sabit oturmakta zorlanma, huzursuzluk, sürekli hareket etme ihtiyacı, uygun olmayan yerlerde konuşma ve sessiz kalamama, aşırı konuşma, soruyu tamamlamadan yanıt verme, sırasını bekleyememe, başkalarının sözünü kesme ya da işlerine müdahale etme gibi belirtilerden en az beşinin en az altı ay boyunca devam etmesi gerekir (17).

DSM-5'e göre DEHB'nin üç farklı klinik görünümü bulunmaktadır: dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm, aşırı hareketlilik ve dürtüselliğin baskın olduğu görünüm ve her iki görünümün bir arada bulunduğu bileşik görünüm (17).

2.1.6. DEHB'ye Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar

Erişkin DEHB vakalarının yaklaşık %70-80'ında eşlik eden başka psikiyatrik bozukluklar bulunduğu bildirilmektedir (19). DEHB hastalarında yıkıcı davranış bozuklukları, anksiyete bozuklukları, depresyon, bipolar affektif bozukluk (BAB), kişilik bozuklukları, öğrenme bozuklukları, uyku bozuklukları, yeme bozuklukları ve madde kullanımı gibi birçok psikiyatrik bozukluk eşlik edebilmektedir. Yıkıcı davranış bozuklukları arasında karşıt olma-karşı gelme bozukluğu, davranış bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğu öne çıkmakta; bu bozukluklar özellikle erkeklerde daha belirgin görülmektedir (60). Uzun süredir anksiyete, depresyon ve madde kullanımı nedeniyle takip edilen birçok erişkinin aslında fark edilmemiş ve tedavi edilmemiş DEHB'ye sahip olduğu bilinmektedir(19) .

Anksiyete bozuklukları erişkin DEHB hastalarında %20-60 oranında görülürken, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ile birlikteliği %0-51 arasında değişmektedir. Anksiyete bozukluklarının, DEHB tedavisine olumsuz yönde etki edebildiği için değerlendirme ve tedavi sürecinde dikkate alınması önemlidir (61–63). Depresyon da DEHB ile sıkça ilişkilidir; bu bireylerde özgüven sorunları ve

kişilerarası ilişki zorlukları depresyon riskini artırmaktadır. DEHB'li erişkinlerin yaklaşık %16-31'inde majör depresif bozukluk tespit edilmektedir (29).

BAB, DEHB ile komorbid olarak görülebilmektedir. DEHB, bipolar bozukluğun daha erken başlamasına, sık döngüsellik ve depresif epizodların artmasına yol açmakta ve hastalığın prognozunu olumsuz etkilemektedir (64). Yakın zamanda yapılan bir meta-analizde DEHB tanılı hastaların %7,7'sinde bipolar spektrum bozukluğu görüldüğü, BAB tanılı hastaların ise %16,7'sinde komorbid DEHB görüldüğü bildirilmiştir (64).

Uyku bozuklukları, DEHB hastalarında sıklıkla rapor edilmektedir ve genellikle insomnia, huzursuz uyku, sabah erken uyanma gibi belirtilerle kendini göstermektedir (6). Yeme bozuklukları ise en sık tıkanırcasına yeme bozukluğu olmak üzere DEHB ile ilişkilendirilmekte, ancak bu konuda sınırlı veri bulunmaktadır (65).

DEHB, bireylerde erken yaşta sigara ve madde kullanımına başlamaya, bağımlılığın hızlı gelişimine ve uzun süreli kullanımına zemin hazırlayan önemli bir risk faktörüdür (66). Sigara bağımlılığı, DEHB hastalarında daha erken yaşta başlar ve daha yaygın görülür, nikotinin uyarıcı etkisi nedeniyle bazı hastalar, DEHB semptomlarını yönetmek için sigarayı "kendini tedavi" aracı olarak kullanabilir (67). DEHB tedavisinin tütün kullanımını azaltmada olumlu etkileri olduğu belirtilmiştir (67). Alkol kullanım bozukluğu da DEHB ile sık ilişkilidir. DEHB'li genç erişkinlerde alkol kullanımı %18 oranında görülürken, bu oran DEHB olmayanlarda %2,3'tür. DEHB hastalarının %37-60'ında aşırı alkol tüketimi olduğu ve bunun bazı kişilik değişikliklerine yol açabileceği bildirilmiştir (68,69). DEHB hastalarında madde kullanım bozuklukları, özellikle alkol, nikotin, kannabis, stimülanlar ve opioid grubu maddelerin yaygın kullanımıyla kendini gösterir; uzun salınımlı uyarıcılar ve atomoksetin gibi ilaçlar, madde kullanımını azaltmada etkili olabilmekte, DEHB belirtilerinin iyileşmesi ise madde kullanımının azalmasına katkıda bulunabilmektedir (70).

Komorbid psikopatolojilere yönelik tedavi alan DEHB hastalarında, DEHB tedavisinin eklenmesiyle birlikte psikiyatrik iyilik halinin arttığı gözlemlenmiştir (7).

2.1.7. Tedavi

DEHB tedavisinde "herkese uyan tek bir çözüm" bulunmaması nedeniyle, kişiye özel tedavi bileşenlerinin bir kombinasyonu, yani multimodal tedavi önerilmektedir (71,72). Erişkinler için DEHB tedavisi üç temel unsurdan oluşur: psikoeğitim, farmakoterapi ve psikososyal müdahaleler (73). Erişkin DEHB'lilerde sıklıkla psikiyatrik komorbiditeler bulunduğundan, tedavi planında komorbid durumların da dikkate alınması büyük önem taşır (73–75). Çoğu uzman, erişkin DEHB tedavisinde ilk tercihin farmakoterapi olması gerektiği konusunda hemfikirdir (74,76).

Farmakoterapide yaygın olarak kullanılan ilaçlar arasında psikostimülanlar (metilfenidat ve amfetamin türevleri), atomoksetin, alfa2 agonistler (guanfacin ve klonidin), bupropion ve bazı trisiklik antidepresanlar (desipramin ve nortriptilin) yer almaktadır (76). Metilfenidat ve amfetaminler, erişkinlerde DEHB tedavisinde birinci basamak seçenekler arasında sayılmaktadır (74). NICE kılavuzuna göre, metilfenidat veya lisdeksamfetamin erişkinlerde birinci basamak tedavi olarak önerilmekte; lisdeksamfetamine yanıt veren ancak uzun etki süresini tolere edemeyen hastalarda deksamfetamine geçiş önerilmektedir. Metilfenidat veya lisdeksamfetamine yanıt alınamayan ya da bu ilaçları tolere edemeyen hastalarda ise atomoksetin tercih edilmektedir (77).

Farmakolojik müdahaleler birinci basamak tedavi olarak kabul edilse de, farmakoterapinin yetersiz kaldığı ya da uygun olmadığı durumlarda, bilişsel-davranışçı terapi (BDT) devreye girmektedir. BDT, özellikle organizasyon becerilerini artırma, davranışsal stratejiler ve bilişsel yeniden yapılandırmayı içerir ve farmakoterapi ile birlikte etkili olabilir (76). Optimal tedavi yaklaşımının, psikoeğitim, bilişsel davranışçı terapi ve farmakoterapinin dahil olduğu bir multimodal yaklaşımı içerdiği vurgulanmaktadır (75). Ayrıca, nörofeedback ve transkraniyal manyetik uyarım (TMU) gibi teknikler de DEHB tedavisinde araştırılmaya devam eden yöntemler arasındadır (74,78).

2.1.8. Gidiş ve Sonlanım

1980'li yıllara kadar DEHB'nin yalnızca çocukluk dönemine özgü bir psikopatoloji olduğu düşünülmekteydi ve belirtilerin ergenlikle birlikte azaldığı varsayılıyordu. Ancak sonraki araştırmalar, bu belirtilerin ergenlik ve erişkinlik döneminde de devam edebileceğini ortaya koymuştur. DEHB'li çocukların %80-85'inde belirtiler ergenlik döneminde de sürerken, erişkin yaşlarda belirtilerin devam etme oranı %10-79 arasında değişmektedir. Çocukluk döneminde DEHB tanısı konulan bireylerin %30-70'inde erişkinlikte de belirtilerin sürdüğü, %30-40'ında ise DSM'ye göre erişkin dönemde DEHB tanı kriterlerini karşıladıkları tespit edilmiştir ve çocuklukta DEHB tanısı alanların büyük çoğunluğunun 'kısmi remisyon' gösterdiği, kısmi remisyon gösterme halinin tam remisyona göre daha yaygın olduğu bilinmektedir (35).

DEHB'nin erişkinlikte devam etmesini etkileyen başlıca faktörler arasında çocukluktaki belirtilerin şiddeti, DEHB'nin alt tipi (özellikle bileşik tipin daha fazla devamlılık gösterdiği), tedavi olup olmama, eşlik eden psikopatolojiler, paternal anksiyete ve depresyon, ebeveynlerde antisosyal kişilik bozukluğu öyküsü yer almaktadır. Ayrıca, çocukluk döneminde DEHB'ye eşlik eden davranış bozuklukları, olumsuz bir gidiş için en belirgin risk faktörü olarak öne çıkmaktadır. Bu bireyler, sigara, alkol, madde kullanımı ve antisosyal davranışlar açısından DEHB'si olmayanlara göre daha yüksek risk altındadır (79)

Erişkinlik döneminde ise, tedavi edilmemiş DEHB hastaları akademik ve mesleki başarısızlık, sosyal ilişkilerde problemler, evlilik sorunları, alkol ve madde kullanım bozuklukları gibi pek çok risk faktörüyle karşı karşıya kalmaktadır (80). Psikostimulan tedavi ile belirtilerdeki iyileşmeler, kişinin yaşam kalitesine ve sosyal uyumuna olumlu katkılar sağlamaktadır. Tedavi alan bireylerde depresyon, anksiyete ve davranış bozuklukları gibi psikopatolojilerin daha az görüldüğü tespit edilmiştir (81). Tedavi sürecinin sürekli olması ve ilaç tatilinden kaçınılması, olumlu prognoz açısından önemlidir (80).

Uzunlamasına çalışmalar, DEHB tanısı olan erişkinlerin %10-20'sinin minimal sorunlar yaşadığını, %60'ının ise sosyal, akademik ve duygusal alanlarda en az hafif-orta düzeyde sorunlar yaşamaya devam ettiğini göstermektedir (82,83).

2.2. Zihin Gezinmesi

2.2.1. Zihin Gezinmesi Tanımı

İnsan zihni, çevresel duyusal uyarıcılara rağmen dışsal kısıtlamaların ötesine geçerek farklı zaman, mekân veya zihinsel perspektiflere ulaşma yeteneğine sahiptir. Bireyler, örneğin uzun bir toplantı sırasında veya işe gidip gelirken dikkatlerini toplamakta zorlansalar bile, zihinsel olarak geleceğe yönelik planlar yapabilir, geçmiş deneyimlerini hatırlayabilir ya da başkaları hakkında düşünebilirler (84). Zihin, içsel ve dışsal uyaranlar arasında sürekli olarak hareket eder ve bu dolaşım sırasında zihinsel içerikler arasında hızlı geçişler yapabilir. Bu süreç, kişinin günlük yaşamda karşılaştığı görevlerden veya dış dünyadan kısa süreliğine uzaklaşmasına neden olur, zihin böylece farklı düşünce yollarına sapabilir ve bu da hem yaratıcılığı artırabilir hem de bazı görevlerde dikkatin dağılmasına yol açabilir (85).

Son yıllarda araştırmacılar, dikkatin dışsal görevlerden uzaklaştığı ve daha içsel, bilinçli bir düşünce akışına yöneldiği süreçleri farklı isimlerle tanımlamışlardır (86). Bu süreçler; görevle ilgisiz düşünce (*task-unrelated thought*), görevle ilgisiz imaj ve düşünceler (*task-unrelated images and thoughts*), zihin patlaması (*mind pops*), çevrede olup bitenlere ilgiyi yitirme (*zone outs*) ve hayal kurma (*daydreaming*) gibi çeşitli terimlerle açıklanmıştır (87–89). Zihin gezinmesi, zihinsel süreçlerin neredeyse tüm alanlarında ortaya çıkabilir; ancak, kavramsal farklılıklar nedeniyle psikoloji literatüründe uzun süre göz ardı edilmiştir (86,90). Bu kavram, dikkatin birincil görevden geçmiş yaşantılar gibi içsel bilgilere kayması şeklinde tanımlanmış ve zamanla daha anlaşılır bir terim olan "zihin gezinmesi" (*mind wandering*) olarak adlandırılmıştır (90). Zihin gezinmesi, kişinin bir görev üzerindeyken dikkatin görevle alakasız içsel düşünceler, duygular ve hayallere kaydığı bir durumdur. Bu durum, gün içinde sık sık yaşanır ve bireyin dış dünyadan koparak "düşünce trenlerine" odaklandığı süreçleri içerir (90,91). Zihin gezinmesi, dikkatin mevcut görevden

uzaklaşarak geniş ölçüde istemsiz bir şekilde farklı konular arasında dağılmasına neden olur ve genellikle bireyin üst düzey çaba göstermesine rağmen ortaya çıkar (92–94).

2.2.2. Zihin Gezinmesi ve Default Mode Network (DMN) (Varsayılan Mod Ağı) İlişkisi

DMN beynin posterior singulat korteks (PSK), medial prefrontal korteks ve inferior parietal lob bölgelerinden oluşan bir sinir ağıdır (95). Bu beyin bölgeleri, dışsal uyaranlardan bağımsız olarak, odaklanma gerektirmeyen zihinsel aktiviteler sırasında işlev gösterir. Kişi odaklandığında ise bu bölgelerdeki aktivite azalır (95). Kişinin dışsal uyaranlara odaklanmadığı zamanlarda, beynin istirahat durumu olarak tanımlanan bir yapı olan DMN özellikle geçmişi hatırlama, geleceği planlama ve içsel süreçlere odaklanma gibi durumlarda aktiftir (95). DMN; zihinsel gezintiler, içsel düşünme süreçleri, epizodik hafıza ve sosyal bilgi işlemleme gibi çeşitli işlevlerle bağlantılıdır (95). DMN'nin özellikle otobiyografik kendilikle ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu durum, bireyin dış dünyadan ya da bedenindeki fiziksel uyaranlardan ziyade, içsel olarak üretilen temsillere, anılara, düşüncelere ya da imgelere dayalı işlev gördüğünü ortaya koymaktadır. Bu içsel temsiller, bireyin zihinsel dünyasıyla dış dünya arasındaki bağı kurmasına yardımcı olur (96).

2.2.3. Zihin Gezinmesi Kuramları

Smallwood zihin gezinmesi kavramını dört bilişsel hipotez temelinde incelemiştir: Yürütücü kontrol başarısızlığı, algısal ayrışma, mevcut kaygılar ve meta-farkındalık (88). Bu hipotezler, zihin gezinmesinin neden ve nasıl ortaya çıktığına dair farklı bakış açıları sunmaktadır. Yürütücü kontrol başarısızlığı hipotezi, dikkat kontrolünün zayıfladığı durumlarda zihin gezinmesinin meydana geldiğini öne sürer. Algısal ayrışma hipotezi ise zihnin, dış dünyadan koparak içsel süreçlere yöneldiğini savunur. Mevcut kaygılar hipotezi, kişisel endişelerin ve hedeflerin o anki görevden daha önemli olduğunda zihin gezinmesinin başladığını iddia eder. Meta-farkındalık hipotezi ise bireylerin düşüncelerinin görevden saptığını fark ettiklerinde bu durumu düzeltebileceklerini öne sürer (89).

2.2.3.1. Yürütücü Kontrol Başarısızlığı Hipotezi

Zihin gezinmesinin istemsiz bir dikkat dağılması olduğunu ve bu süreçte yürütücü kontrol sisteminin başarısızlığından kaynaklandığını öne sürer. Bu hipoteze göre, dikkat kontrolü yeterli seviyede olmadığında, bireylerin görevle ilgisiz içsel düşünceler üretme eğilimi artar ve bu da zihin gezinmesine yol açar (89). Hipotez, yürütücü kontrol becerilerinin güçlü olduğu bireylerin, bu dikkat dağılmalarını daha kolay yönetebileceğini ve görev üzerinde daha iyi odaklanarak yüksek performans sergileyebileceğini savunur. Ancak yürütücü kontrol becerileri zayıf olan bireylerde, zihin gezinmesi daha fazla görülür ve bu durum özellikle zorlayıcı veya sıkıcı görevlerde ortaya çıkar. Bu bireyler, istemli olarak görevden uzaklaşma eğiliminde olabilirler (97,98).

2.2.3.2. Algısal Ayrışma Hipotezi

Zihinsel süreçlerin içsel ya da dışsal olarak sürdürülen düşünce akışlarında ortak olduğunu öne sürer. Dikkat, dışsal bir hedefe yönlendirildiğinde, ilgili duyusal girdilerin işlenmesi kolaylaşır ve eylemler hızlanır. Ancak zihin, içsel bilgilere yöneldiğinde dış dünyadaki olaylardan kopar. Bu dikkat kayması "algısal ayrışma" olarak adlandırılır ve iki temel sonucu vardır: Birincisi, bilişsel süreçler içsel uyaranlara odaklanarak yeniden düzenlenir; ikincisi, dışsal girdilere karşı dikkat azalır, bu da dış görevlerde hatalara neden olabilir (85,90). Algısal ayrışma, zihnin dış dünyadan koparak içsel düşünceler arasında dolaşmasını ifade eder ve yürütücü kontrol süreci, kendiliğinden gelişen bu düşünce akışını yönetmekte zorlanabilir (98).

2.2.3.3. Mevcut Kaygılar Hipotezi

Bireyin isteklerinin, arzularının ve hedeflerinin dış dünyadaki uyarıcılardan daha baskın hale geldiğinde, zihin gezinmesinin ortaya çıktığını savunur. Bu hipoteze göre, dışsal uyaranların yetersizliği, zihinsel odağın bireyin kendi kendine ürettiği düşüncelere kaymasına neden olur. Başka bir deyişle, bir kişinin düşünceleri, mevcut algısal bilgiden daha cazip hale geldiğinde, zihin gezinmesi daha sık yaşanır (89).

Kişisel kaygıların ve hedeflerin, o anki görevden daha önemli veya ödüllendirici olarak algılanması durumunda, dikkat dağılır ve zihin gezinmesi meydana gelir (98).

2.2.3.4. Meta Farkındalık Hipotezi

Bireylerin düşüncelerinin mevcut görevden sapıp sapmadığını fark etme yetisi olan üstbilişi (*metakognisyon*) temel alır. Bu hipoteze göre, kişiler zihinlerinin gezindiğini fark ettiklerinde, bilinçli bir çaba göstererek dikkati tekrar göreve yönlendirebilirler (99). Meta-farkındalık, bireyin kendi zihinsel süreçlerinin farkında olmasını sağlayarak, zihin gezinmesinin etkilerini azaltabilir. Bu sürecin eksikliği ise, kişinin dikkati toplayamamasına ve daha sık zihin gezinmesine yol açar (89). Bilinç içeriği dalgalanmaları ve zihin gezintisi, bireyin mevcut düşüncelerinin farkındalığının kesikli olmasından kaynaklanır. Meta-farkındalık, bilinçli düşünceleri yeniden tanımlama kapasitesiyle, zihinsel içeriklerin görevle ilişkili olup olmadığını sürekli değerlendirir ve gerektiğinde dikkati yeniden toplar (89,99).

2.2.4. Zihin Gezinmesi ve DEHB

Yakın zamanda, DEHB'nin bilişsel belirtileri ve davranışsal problemleri ile birlikte hastaların içsel deneyimleri üzerine araştırmalar artmıştır. Bu deneyimler arasında, hastaların raporladığı ve sürekli aktif kalan zihinsel aktiviteler, kesintisiz düşünce hareketleri ve zihnin durmaksızın düşüncelerle dolu olma hali öne çıkmaktadır. Bunlar genellikle kısa süreli ve sürekli değişen düşünceler şeklinde, zihin gezinmesi olarak tanımlanır (85,100). Zihin gezinmesinin, DEHB ile bağlantılı olduğuna dair görüşler bulunmaktadır (8,65,155). Zihin gezinmesinin, DEHB'nin birçok semptomunu açıklayabilecek bir mekanizma olduğu düşünülmektedir (9,42,101). DEHB tanısı, davranışsal tanımlamalara dayanırken, bu bozukluğu yaşayan bireyler tipik olarak istemsiz zihinsel dolaşımları deneyimlerler. Bu deneyimler, konu stabilitesi ve içerik tutarlılığı olmayan sürekli bir zihinsel aktiviteyi yansıtır. Bu nedenle, zihin gezinmesi ile ilgili ölçümler, hastalığın belirtileri olarak değerlendirilebilir (42). Zihin gezinmesinin DEHB semptomlarıyla ilişkili olduğu belirlenen bir araştırmada, bu durumun bozukluğun belirtileri ile bağlantılı olduğu ortaya konmuştur (10).

DEHB ile ilgili önemli bir özellik, zihnin sürekli olarak aktif olması ve düşüncelerle yoğun bir şekilde dolu olmasıdır. DEHB'de düşünceler, genellikle kontrol edilemeyen, çoğunlukla kısa süreli, birbirine atlama şeklindedir. (102). Bu sürekli düşünce akışı, fiziksel motor aktivitelerin zihinsel bir yansıması gibi düşünülebilir. Ayrıca, genel nüfusun yaklaşık %25 ila %50'sinde, dış uyaranlardan bağımsız olarak zihinsel dolaşım yaşandığı bilinmektedir (103).

Beyin gelişimine dair yapılan işlevsel çalışmalar, DEHB'de belirtiler ve işlevsel bozukluklarla yakından ilişkili olan kalıcı gelişimsel boşluklar hipotezini ortaya koymuştur (104). Dinlenme halindeki beyin devreleriyle ilişkili işlevsel değişiklikler, hayat boyu süren dikkat eksikliği belirtileri ile bağlantılı olabilecek spontan ve bağlamdan bağımsız düşüncelerin oluşumu gibi aşırı zihinsel gezinmelerde görülebilir (105).

Kendiliğinden meydana gelen aşırı zihin gezinmeleri, DEHB'nin semptomları ve işlevsel bozulma üzerine temel bir açıklama sunar. Zihin gezinmeleri bazı durumlarda avantaj sağlayabilirken, örneğin rutin işler sırasında stratejik düşünceler oluşturulmasına yardımcı olabilir, kontrolsüz ve kendiliğinden oluşan gezinmeler, devam eden görevlerin başarısını ve bireyin mevcut bilişsel göreve odaklanmasını engelleyebilir (9,10).

DEHB'deki zihin gezinmesine ilişkin ilk çalışma, Shaw ve Giambra tarafından 1993 yılında yapılmış olup, bu çalışmada basit bir dikkat görevi ile ilgili olmayan düşünceler incelenmiştir. Çalışma, DEHB'li üniversite öğrencilerinde sağlıklı kontrollere göre bu tür düşüncelerin daha sık olduğunu bulmuştur (106). İstemli ve istemsiz zihin gezinmelerinin karşılaştırıldığı başka bir çalışmada ise, DEHB tanısı almış bireylerde istemsiz zihin gezinmesinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir (10).

Bu sürekli devam eden zihinsel aktivite, özellikle DEHB hastalarında aşırı zihin gezinmesi şeklinde gözlemlenmiş ve bu durum onları diğer kişilerden ayırmaktadır (107,108). DEHB'de zihin gezinmesi, istemsizliği, kontrol edilemeyişi ve sıklığı belirginleşir ve bu da DEHB'nin önemli bir temel sorununa işaret eder. Bu

zihinsel durum, görevlerle ve dışsal uyaranlarla ilişkisi olmayan, içsel olarak hissedilen düşünce ve duygulardan oluşur.

Her ne kadar bu durum evrensel bir insan deneyimi olarak kabul edilse de, uyanıklık hali esnasında insanların genellikle %24 ile %50'sinin dış dünyadan bağımsız düşüncelere sahip olduğu belirlenmiştir (85,103). DEHB tanısı olan bireylerde, zihin gezinmesinin yüksek olduğu bu durumun temel bir sorun olabileceği görülmektedir. Ayrıca, aşırı zihin gezinmesinin DEHB semptomları ve bu semptomlara bağlı bozulmalarla yakın ilişkisi olduğu tespit edilmiştir (9).

2.3. Kronotip

2.3.1. Sirkadiyen Ritim ve Kronotipi Kavramı

Işığa duyarlı tüm organizmalar, ışığın fizyolojik etkilerini düzenleyen ve "sirkadiyen saat" olarak da bilinen sinirsel yapılarla donatılmıştır (109). Bu yapılar, dinlenme-aktivite, uyku-uyanıklık ve açlık-tokluk gibi döngüleri ışığın var olduğu zaman dilimlerine göre ayarlayarak proaktif bir düzenleme sağlar. Işığın kullanılabilir olmadığı zamanlarda ise, besin erişimi, sosyal etkileşimler ve sıcaklık değişiklikleri gibi *zeitgeber* adı verilen ek uyaranlar, içsel saatin daha doğru ayarlanmasına yardımcı olur. Bu döngüleri kontrol eden süreçlerin tam mekanizması henüz tam olarak anlaşılmamış olsa da, uyku, esasen uyku homeostatik süreçler ve sirkadiyen ritim tarafından düzenlenir. Sirkadiyen ritim, ön hipotalamustaki suprakiazmatik çekirdek tarafından kontrol edilir ve bu yapı, retinadaki fotoreseptörlerden gelen ışık sinyallerine dayanarak, pineal bezden melatonin üretimini düzenler. Bu nörobiyolojik süreçler, bireyler arasında farklı ritimlerin ortaya çıkmasına ve bunun sonucunda farklı uyku ve uyanma saatlerine neden olur. Bu bireysel farklara kronotip adı verilir (74).

Kronotip, bireylerin içsel biyolojik saatlerinin belirlediği, uyku-uyanıklık döngüleri ve günlük aktiviteleri gerçekleştirme eğilimlerindeki bireysel farklılıkları ifade eder (11). Daha açık bir ifadeyle, bir kişinin sabah erken saatlerde mi yoksa akşam geç saatlerde mi daha verimli olduğunu belirleyen biyolojik bir özelliktir, kronotip bireylerin biyolojik saatine bağlı olarak günlük aktivitelerdeki zamanlama

tercihlerine göre sabah tipi (*morningness*) , akşam tipi (*eveningness*) ve ara tip *(intermediate)* olarak kategorize edilebilir (11). Sabah tipi bireyler, erken saatlerde daha enerjik ve üretken olurken, akşam saatlerinde enerjileri düşer ve erken yatma-kalkma eğilimindedirler; akşam tipi bireyler ise enerjilerini günün ilerleyen saatlerinde toplar, sabahları yavaş başlar ve geç yatma-kalkma eğilimindedirler; ara tip bireyler ise sabah ya da akşam saatlerinde belirgin bir verimlilik farkı göstermeyerek her iki zaman diliminde de uyum sağlayabilirler (11).

2.3.2. Kronotip ve DEHB

DEHB ile kronotip arasındaki ilişki, son yıllarda yapılan birçok çalışma ile incelenmiştir. Araştırmalar, DEHB olan bireylerin genel nüfusa kıyasla daha geç bir kronotipe sahip olduğunu, yani akşam tipine daha yatkın olduklarını göstermektedir (12,110).

Akşam tipine sahip bireyler, geç saatlerde uyuma eğilimindedir ve bu durum, dikkat eksikliği ve dürtüsellik gibi DEHB belirtilerini daha belirgin hale getirebilir. DEHB hastalarında, genellikle uykuya geç dalma ve uyku-uyanıklık döngüsünde gecikmeler yaygın olarak gözlenir (111).

DEHB ile kronotip arasındaki ilişkiyi anlamada genetik faktörler önemli bir rol oynar. Saat (*clock*) genlerinde meydana gelen bazı genetik varyasyonların bireylerin kronotipini etkileyebileceği düşünülmektedir. Özellikle PER3 geninde bulunan varyantların, DEHB hastalarında daha geç bir kronotiple ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Bunun yanında, CLOCK genindeki belirli polimorfizmlerin, DEHB belirtilerinin şiddetiyle bağlantılı olduğu bulunmuştur. Bu bulgular, kronotipin yalnızca çevresel etkenlerden değil, aynı zamanda genetik faktörlerden de etkilendiğini göstermektedir (111).

Kronotip ve DEHB arasındaki bu ilişki, tedavi yöntemlerinin geliştirilmesinde yeni yaklaşımların önünü açmıştır. Özellikle ışık terapisi gibi yöntemler, akşam tipine sahip DEHB hastalarının sirkadiyen ritimlerinin düzenlenmesine katkı sağlayabilir. Sabah saatlerinde uygulanan ışık terapisi, biyolojik saatte faz kayması yaratarak

bireylerin daha erken uyumalarını ve uyanmalarını destekleyebilir. Bu tür tedavi yöntemleri, hem DEHB belirtilerini hafifletmek hem de uyku düzenini iyileştirmek açısından etkili olabilir (111).

Sonuç olarak, DEHB hastalarında akşamcıl kronotip yaygın olup, bu bireylerin genellikle uykuya dalmakta zorlandığı ve bu durumun DEHB belirtilerini daha da kötüleştirdiği tespit edilmiştir. Genetik faktörlerin bu ilişkiye katkı sağladığı görülürken, kronoterapi gibi yaklaşımlar DEHB tedavisinde umut vadeden stratejiler olarak öne çıkmaktadır (12,110,111).

2.4. İnsomnia

2.4.1. İnsomnia (Uykusuzluk Bozukluğu)

Uykusuzluk, en yaygın görülen uyku şikayetlerinden biri olarak ele alınabilir. Genel nüfusta, haftada birkaç gün süren kısa süreli uykusuzluk yaygınlığı %30 ile %50 arasında değişmektedir. Kronik uykusuzluk bozukluğu tanısı konulan bireylerin oranı ise genel nüfusta %6 ila %10 civarındadır (112,113).

Türkiye'de Türk Uyku Tıbbı Derneği (TUTD) tarafından yapılan bir araştırmaya göre, yetişkin nüfusun %62,8'i yılda birkaç kez uykuya dalma zorluğu yaşamaktadır. Haftada 3-4 gün ya da daha sık uyku bölünmesi yaşayanların oranı ise %14,1 olarak belirlenmiştir. DSM-4-TR ve ICSD-2 kriterlerine göre yapılan incelemelerde, insomnia yaygınlığı 18-24 yaş grubunda %9,8; 25-44 yaş grubunda %11,7; 45-64 yaş grubunda %13,8 ve 65 yaş üstünde %13,9 olarak saptanmıştır (114). Türkiye'de ortalama yaşı 40 olan 5521 kişilik bir örneklemde yapılan başka bir çalışmada, uykusuzluk yaygınlığı %15,3 olarak rapor edilmiştir (115).

İnsomnianın önemli risk faktörleri arasında eşlik eden psikiyatrik ya da tıbbi rahatsızlıklar sayılabilir (116). Epidemiyolojik çalışmalara göre, uykusuzluk bozukluğu yaşayan kişilerin %30-60'ı psikiyatrik belirtiler göstermekte ve %36'sı bir psikiyatrik tanı almaktadır (116). MDB’si olanların yaklaşık %80'inde, anksiyete bozukluğu olanların ise %90'ında uykusuzluk belirtileri gözlemlenmiştir (116).

Ayrıca, DEHB tanısı olan yetişkinlerin %43 ila %80'inde uykusuzluk belirtilerinin görüldüğü tespit edilmiştir (6) .

2.4.2. İnsomnia ve DEHB

DEHB ile insomnia arasındaki bağlantı, yapılan araştırmalar ışığında ayrıntılı bir biçimde incelenmiştir. Özellikle yetişkinlerde, bu iki bozukluğun sıklıkla birlikte görüldüğü ortaya konmuştur. DEHB ile bu bozukluğun eş zamanlı olarak görülme sıklığı oldukça yüksektir (6).

Çalışmalar, DEHB'li yetişkinlerin %43 ila %80'inde insomnia belirtilerinin bulunduğunu göstermektedir. Bunun yanı sıra, DEHB tedavisinde kullanılan farmakolojik ilaçların insomnia gelişimine katkıda bulunabildiği de bilinmektedir. Metilfenidat, amfetamin ve atomoksetin gibi ilaçların kullanımı bazı hastalarda insomnia riskini artırabilirken, diğer bazı araştırmalar bu ilaçların uyku kalitesini iyileştirebileceğini de öne sürmektedir. Bu durum, tedavinin kişiden kişiye değişen etkileri olduğunu göstermektedir (6).

DEHB ve insomnia arasındaki ilişkiyi tam olarak açıklayabilecek mekanizmalar halen netlik kazanmamıştır. Bununla birlikte, genetik ve çevresel faktörlerin bu ilişkide rol oynadığı düşünülmektedir. DEHB hastalarında sıklıkla gözlemlenen insomnia, dikkat eksikliği ve dürtüsellik gibi DEHB belirtilerini kötüleştirebilir. Aynı şekilde, yetersiz uyku da DEHB semptomlarının şiddetlenmesine neden olabilir. Bu çift yönlü etkileşim, DEHB ve insomnia'nın birlikte daha sık görülmesine yol açmaktadır (117)

Sonuç olarak, DEHB ile insomnia arasındaki ilişki karmaşık ve çok boyutludur. Bu iki bozukluğun birbirini nasıl etkilediğini anlamak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. Ancak, DEHB hastalarında insomnia riskini artıran ve insomnia'nın DEHB belirtilerini şiddetlendiren çeşitli mekanizmaların mevcut olduğu açıktır. Tedavi sürecinde hem DEHB hem de insomnia belirtilerinin dikkatlice değerlendirilmesi, gerektiğinde uyku düzenleyici stratejilerin tedaviye eklenmesi önerilmektedir (6,117).

2.5. Zihin Kuramı

2.5.1. Zihin Kuramının Tanımı ve Tarihçesi

Zihin kuramı, çeşitli tanımlarla ifade edilmekte olup, bu kavram genellikle bir kişinin başka insanların belirli bir duruma nasıl tepki vereceğini anlaması ve onların inançları, niyetleri veya duyguları hakkında çıkarımlarda bulunabilmesi yeteneği olarak tanımlanır (118). Sosyal bilişin önemli bir bileşeni olan zihin kuramı, bireyler arası etkileşimlerin etkili bir şekilde düzenlenmesi için temel bir rol oynar (119). Wellman ve Estes tarafından zihin kuramı, bir bireyin inanç, arzu, niyet, hayal ve duygular gibi zihinsel durumları temel alarak davranışta bulunma süreci olarak açıklanmıştır (118). Başka bir tanımda ise zihin kuramını, bir bireyin kendi ve diğerlerinin akli durumlarını tespit edebilme ve bu içsel deneyimlerin dış davranışlarla nasıl ilişkilendirildiğini anlayabilme kabiliyeti olarak ifade edilmiştir (120). Pisula ise, zihin kuramını, sosyal bir etkileşimde bulunulan kişinin düşünce, duygu ve amaçlarını tahmin edebilme ve bu tahminlerle onun davranışlarını açıklama veya öngörme becerisi olarak tanımlar (121). Zihinsel durumlar birbirleriyle etkileşim halinde olup, örneğin bir kişinin duyguları veya istekleri onun inançlarını ve algılarını etkileyebilir (122). Zihin kuramı, günümüzde insanları inanç, arzu, niyet ve duyguları içeren zihinsel varlıklar olarak algılama ve bu zihinsel durumları temel alarak insan davranışlarını ve etkileşimlerini açıklama ve yorumlama yeteneği olarak daha geniş bir çerçevede tanımlanmaktadır. Bu yetenek sayesinde bireyler, kendi zihinsel durumlarını ve diğer insanların farklı zihinsel durumlarını anlayabilir, ne düşünebileceğini ve hangi hareketleri yapabileceğini tahmin edebilir (123–126).

Zihin kuramı terimi, Premack ve Woodruff tarafından 1978'de bir çalışmada ilk defa kullanılmıştır, burada şempanzelerin kendi türlerinin diğer bireylerinin zihinsel durumlarını anlama yetenekleri incelenmiştir (123). Bu araştırmada, şempanzelerin başka bireylerin zihinsel durumlarına atıfta bulunma yetenekleri değerlendirilmiş ve bu yeteneğe sahip oldukları görülmüştür. Bu bulgular, alanda zihin kuramı üzerine çok sayıda yeni çalışmanın yapılmasını teşvik etmiştir. Aynı zamanda, 1978 yılında Dennett, çocukların yanlış inanç atfetme yeteneklerini araştırmış ve bu doğrultuda Wimmer ve Perner (1983) çocukların bu yeteneklerini "Maxi görevi"

aracılığıyla değerlendirmişlerdir. Bu çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre, dört yaşındaki çocuklar başkalarının zihinsel durumlarını tahmin edebilme yeteneğine sahiptirler (127). İlerleyen yıllarda, evrimsel perspektiften zihin kuramının, karmaşık sosyal çevrelere adaptasyon olarak geliştiği ve iyi düşünce okuma yeteneklerine sahip bireylerin sosyal ve üreme başarısında daha üstün oldukları öne sürülmüştür (128).

2.5.2. Zihin Kuramı Bileşenleri

Zihin kuramı, hem bilişsel hem de duygusal unsurlar içerir. Bir kişinin nasıl hissettiği sorulduğunda, duygusal zihin kuramı devreye girerken, inançlarla ilgili durumlarda bilişsel becerilerin daha etkin olduğu ifade edilmektedir (129). Literatürde, yanlış inanç testleri, sosyal-bilişsel zihin kuramını değerlendirmek için kullanılmaktadır. Buna karşın, sosyal-algısal zihin kuramını değerlendirmek amacıyla Gözlerden Zihin Okuma Testi (Gözler Testi) tercih edilmektedir. Zihin kuramının bu iki bileşeni, sosyal yaşamda başkalarının zihinsel durumlarını anlamak için bir arada işlev görmektedir (130).

Birinci derece zihin kuramı, bireyin başkalarının düşüncelerini anlama yeteneği olarak tanımlanır ve zihin kuramının en temel, en erken gelişen bileşenidir. Bu yetenek, yanlış inanç görevleri kullanılarak değerlendirilmektedir (131). İkinci derece zihin kuramı, bireyin başka bir kişinin ya da bir olayın üçüncü bir şahısla ilgili düşüncelerindeki yanlış bir inancı fark edebilme yeteneğidir (131).

Pot kırmayı fark etme (*Faux pas*), bir kişinin söylememesi gereken bir söz ya da ifadeyi dile getirdiğini anlayabilme yeteneğidir. Bu durumu kavrayabilmek, ileri düzey bir zihin kuramı becerisi gerektirir, çünkü hem pot kıran kişinin hem de bu durumdan rahatsızlık duyan veya incinen kişinin duygusal durumlarının eş zamanlı olarak değerlendirilmesini içerir (131). Pot kavrama görevi, hem bilişsel hem de algısal süreçleri değerlendirme kapasitesine sahip olması nedeniyle, zihin kuramı bozukluklarının hassas bir ölçüm aracı olarak görülmektedir (132).

Metafor ya da imayı anlama, konuşma sırasında doğrudan ifade edilmeyen ancak dolaylı yoldan belirtilen bir mesajın gerçek anlamını kavrayabilme becerisidir.

Bu yetenek, bir bireyin iki kişi arasında geçen bir diyalogdaki imaları ve asıl ifade edilmek isteneni anlayabilmesini gerektirir (130). Metaforları kavrayabilmek için en az birinci düzey zihin kuramı becerisine sahip olmak gerektiği, ironiyi anlamak için ise ikinci düzey zihin kuramı becerisinin gerekli olduğu öne sürülmektedir (132).

İroniyi anlama, söylenen bir ifadenin görünen anlamının ötesine geçerek, aslında tam tersinin kastedildiğini fark etme yeteneğidir. Hem ironi hem de metafor gibi dolaylı ifadelerin anlaşılabilmesi, görünen anlamın ötesine geçebilme becerisini gerektirir (133). Yapılan bir araştırmada, zihin kuramı ile metafor ve ironi arasındaki ilişki incelenmiş; özellikle ironinin, metafora kıyasla daha karmaşık zihin kuramı süreçleri gerektirdiği sonucuna ulaşılmıştır (134).

Empati ise bir bireyin kendisini karşısındaki kişinin yerine koyarak onun bakış açısını benimsemesi, bu kişinin duygu ve düşüncelerini doğru bir şekilde anlaması, hissetmesi ve ardından bu anlayışı ona iletmesi olarak tanımlanmaktadır (135). Empatinin üç temel unsuru bulunmaktadır. İlk olarak, empati kuran kişinin kendisini karşısındaki bireyin yerine koyması ve olaylara onun perspektifinden bakması gereklidir. İkinci olarak, empati kurulan bireyin duygu ve düşüncelerinin doğru bir şekilde kavranması önem taşır. Üçüncü unsur ise, bu empatik anlayışın, empati kurulan kişiye etkili bir şekilde iletilmesidir (135,136).

2.5.3. Zihin Kuramı ile İlgili Kuramlar

Zihin kuramı üzerine geliştirilen çeşitli teoriler, bu yeteneğin özellikle erken çocukluk döneminde gelişmeye başladığını ve çocukların hem kendilerinin hem de başkalarının psikolojik durumlarını anlamalarına temel sağladığını ortaya koymaktadır. Bu kuramlar, çocukların diğerlerinin davranışlarını anlama kapasitelerinin yanı sıra kendi davranışlarını da anlamalarına ve tahmin etmelerine olanak tanıyan bir yetenek olarak zihin kuramını değerlendirir. Ayrıca, zihin kuramı becerisi, çocukların sosyal dünyalarını daha iyi kavramalarına yardımcı olur (137). Zihin kuramı ile ilgili en yaygın kabul gören kuramlar aşağıda listelenmiştir.

2.5.3.1. Kuram-Kuramı (*Theory-Theory*)

Kuram Kuramı'na göre, çocuklar zihinsel olarak insanların ve kendi inançlarının gerçekleri temsil edebileceğini ve bu inançların temsili nitelikte olduğunu anlamaya başlarlar. Bu temsil yeteneği, çocukların davranışları inançlara atıfta bulunarak açıklamalarını sağlar. Böylece, Kuram Kuramı, çocukların inanç, düşünce ve bilgi gibi temsilleri kavrayarak teoriler üretmelerini destekleyen bir kavramsal sistem olarak işlev görür. Bu kuram, çocukların günlük olayları soyutlayarak edindikleri bilgilerle naif, sezgisel, günlük ve halka özgü teoriler oluşturduğunu öne sürer (138,139). Bu teoriler, çocukların olaylar arasında nedensel ilişkiler kurmasına ve evreni açıklamasına yardımcı olur. Astington, çocukların farklı gelişimsel dönemlerde çeşitli teoriler geliştirdiğini ve bu sürecin temel değişim noktasının temsillerin anlaşılması olduğunu vurgular (140). Astington'a göre, üç yaşındaki çocuklar zihni anlamak için oluşturdukları teoriler aracılığıyla gerçeklikle düşünceler arasındaki farkı ayırt edebilirler. Aynı zamanda, arzuladıkları şeyler, yaptıkları ve gördükleri eylemler ile bildikleri arasında nedensel bağlantılar kurarlar. Deneyimleriyle zamanla, kurguladıkları teorilerin her zaman gerçeklikle örtüşmediğini fark eden çocuklar, gerçeklik ile zihin arasındaki ilişkilerin doğrusal olmadığını ve temsillerle aracılık edildiğini öğrenirler. Bu süreçte, çocuklar yeni bir anlayış geliştirir ve zihnin, gerçekliği doğrudan değil, onun bir temsilini yansıttığı sonucuna varırlar (140,141).

Çocuklar, belirli alanları anlamak ve açıklamak için o alanlara özgü teoriler geliştirirler. Örneğin, fiziksel olayları açıklamak için fizikle ilgili teorilerini, kendi veya başkalarının davranış ve duygularını anlamak için ise zihinle ilgili teorilerini kullanırlar. Bir çocuğun her alanda geliştirdiği teoriler eşit derecede olgunlaşmış olmayabilir; fiziksel olayları açıklamak için geliştirdiği teori, fiziksel dünyayı yeterince açıklarken, duygusal ve davranışsal durumları açıklamak için kullanılan teori zihinsel dünyayı tam olarak açıklamaya yetmeyebilir (138,139). Teoriler, alana özgü ve değişime açıktır. Bir çocuk, zihinle ilgili teorilerinin kendi davranışları veya başkalarının duygularıyla çeliştiğini fark ettiğinde, bu durum geçici bir karmaşaya neden olabilir ve çocuk, eski teorilerinden vazgeçmekte tereddüt edebilir. Ancak, deneyimler aracılığıyla teorilerini test edip destekleyerek, çocuklar daha gelişmiş

teoriler üretmeye başlarlar. Bu süreçte, zihinle ilgili yeni geliştirdikleri teorilerle kendi veya başkalarının davranışlarını ve duygularını daha farklı bir şekilde yorumlayıp açıklamaya başlarlar ve yeni teorilerinin geçerliliğini değerlendirirler (138,139).

Perner zihin kuramının kazanım sürecini detaylı bir şekilde açıklar. Bu sürece göre, çocuklar zihinle gerçeklik arasındaki ilişkiyi açıklayan teoriler üretir ve zihnin temsil yeteneğini anladıkları zaman zihin kuramını kazanmış olurlar. Perner'a göre, çocuklar doğuştan kuram üretme kapasitesine sahiptirler. İlk olarak, fiziksel dünyadaki somut nesneler için basit bir model oluşturan çocuk, zamanla geçmiş, gelecek veya arzu edilen durumlar için birden fazla teori üretebilecek kapasiteye ulaşır. Ancak çocuk, bu modelleri oluşturabilmekle birlikte, bunları zihinsel temsiller olarak değerlendiremez. Örneğin, sembolik oyun oynayan çocuk aynı nesne için birden fazla temsil oluşturabilir ve bu temsilleri doğru veya yanlış olarak ayırabilir, fakat bu temsillerin temsil olduklarının farkında değildir. Yani, çocuk inançların insanların zihinlerinde oluştuğunu ve gerçeklik ile inanç arasında bir bağlantı kuramaz (142).

Zamanla desteklenmeyen teorilerle karşılaşan çocuk, temsiller arasında bağlantı kurabilecek ve bu temsilleri değerlendirebilecek yeni teoriler geliştirmeye başlar. Perner'ın vurguladığı kuram değişimi, çocukların davranış odaklı teorilerden zihinsel teorilere geçiş yapmalarını ve mevcut bilgilerini yeniden yapılandırmalarını içerir. Bu kuram değişimiyle çocuk, temsilleri sadece doğru veya yanlış olarak değerlendirmekten öte, kendi temsillerini ve başkalarının temsillerini öznel bir şekilde değerlendirebilmeye başlar. Ayrıca, temsillerin zihinsel temsiller olduğunu fark eder ve insanların davranışlarının gerçeklikle değil, gerçekliğin zihinsel temsiliyle yönlendirildiğini kavrar (142).

2.5.3.2. Modüler Kuram (*Modul Theory*)

Zihin kuramını öğrenmeyle kazanılmasını öne süren Kuram Kuramcıların görüşlerine karşıt olarak, bu yeteneğin doğuştan getirilen genetik yapılar üzerine kurulu olduğunu savunurlar (143). Bu yaklaşıma göre, zihin kuramı, beyinde belirli bir bölgede gerçekleşen nöral aktiviteler ile ilişkilendirilir ve çocuğun belirli bir nöral olgunluğa ulaşmasıyla bu yeteneğin kazanıldığı düşünülür. Scholl ve Leslie bu teoriyi,

zihin kuramının diğer bilişsel alanlardan farklı olarak, alan özgü (domain-specific) bir yapıda olduğunu belirterek açıklarlar. Zihin kuramı modülü, diğer bilişsel sistemlerden bağımsız bir şekilde işleyen, gelişen ve bozulabilen ayrı bir sistem olarak ele alınır (143).

Modüler kuramcılar, zihin kuramının bilişsel sistemlerden ayrı bir şekilde işlemesi nedeniyle, bu kuramın bilişsel süreçlerle olan ilişkisinin gelişimsel açıdan incelenmesinin mümkün olmadığını öne sürerler. Ancak, modüler kuramcılara göre, zihin kuramı modülünde çevresel etkiler ve deneyimlerin tetiklemesiyle gelişmeler meydana gelmektedir. Bu içsel gelişmeler, Kuram Kuramı yaklaşımındaki gibi teorilerin test edilip değiştirilmesi şeklinde gerçekleşmez; ancak doğuştan var olan zihin kuramı modülü çevresel faktörlerle etkileşime girer. Bu durum, kültürler arası ve bireyler arası farklar olmasına rağmen, zihin kuramının kazanımının genel olarak benzer bir gelişim gösterdiğini göstermektedir (139,141).

2.5.3.3. Benzetim Kuramı (*Simulation Theory*)

Kuram kuramı'nın tersine, benzetim kuramı bireylerin başkalarının zihinsel durumlarını anlamak için kendi zihinsel kaynaklarını, yani motivasyonel ve duygusal kapasiteleri ile muhakeme yeteneklerini kullanmaları gerektiğini savunan bir yaklaşımdır. Bu teoriye göre, insanlar öncelikle kendi inanç ve kanılarını anlar ve sonra bu anlayışı, başkalarının inanç ve davranışlarını yorumlamak için kullanırlar (144). Bu kuramın savunucularından olan Goldman, çocukların başkalarının zihinsel durumlarını anlamak için kendi benzer zihinsel durumlarını hayal ettiklerini veya geçmiş tecrübelerinden örnekler seçtiklerini belirtir. Daha sonra bu kendi zihinsel durumlarını, başkalarının inançlarına atıfta bulunmak için kullanırlar. Böylece, çocuklar başkalarının zihinlerini teorik modeller oluşturmak yerine, kendi zihinlerinin yansımaları aracılığıyla açıklarlar (145). Bu süreç, birinin davranışlarını tahmin etmek ve buna göre hareket etmek için önce niyet geliştirmeyi ve sonra bu niyeti sözel, jest, mimik ya da hareketlerle ifade etmeyi gerektirir (144).

2.5.4. Zihin Kuramı Gelişimini Açıklayan Yaklaşımlar

Zihin kuramı üzerine yapılan çalışmalarda, Baron-Cohen tarafından geliştirilen model, bu alandaki gelişim ve bileşenleri anlamak için sıkça başvurulan ve detaylı bir çerçeve sunan bir yaklaşımdır. Baron-Cohen, zihin kuramının nasıl geliştiğini ve hangi mekanizmaların bu gelişim sürecinde etkili olduğunu, 1994 yılında tanımladığı zihin okuma modeli aracılığıyla açıklamıştır. Bu model, zihin kuramının gelişimi için gerekli olan mekanizmaları ve bu mekanizmaların bireyler tarafından ne zaman kullanılmaya başlandığını belirtir (146).

Zihin kuramı becerilerinin gelişimi beş aşamadan oluşur; (147).

2.5.4.1. Zihnin Var Olması

Çocuklar, çevrelerindeki nesneleri tanıyarak ve bunları zihinsel olarak canlandırarak zihinsel varlık kazanırlar. Bu sürecin erken örneklerinden biri, çocuğun anne-babasının yüz ifadelerini gözlemleyerek kaygılı bir durumu algılamasıdır (147).

2.5.4.2. Fiziksel Dünya ile Bağlantı Kurabilme

Çeşitli uyaranlar belirli psikolojik durumları tetikler ve bu durumlar belirli davranışlara yol açar. Bu uyaran-davranış zincirleri, duygular, motivasyon, tutumlar, inançlar, bilgi ve kişisel eğilimler gibi psikolojik durumlar hakkında çıkarımlarda bulunulmasını sağlar. İki ve üç yaşlarındaki çocuklar, çevresel uyaranlar ile davranışlar arasındaki ilişkiyi bilişsel bir bağlamda değerlendirmeye başlarlar (147).

2.5.4.3. Düşünce ile Fiziksel Dünya Arasındaki Ayrımı Yapabilme

Çocuklar, başkalarının düşüncelerini anlamada hem bilişsel hem de psikolojik süreçlerden yararlanırlar. Piaget'e göre, iki yaşındaki çocuklar bu ayrımı yapmakta zorlanabilir (148). Wellman ve Estes'in çalışmaları ise, çok küçük çocukların bile zihinsel temsilin fiziksel bir nesne olmadığını anlayabildiğini ortaya koymuştur (147).

2.5.4.4 Zihnin Nesne ve Olayları Doğru ve Yanlış Olarak Temsil Edebilmesi

Çocuklarda zihinsel temsil erken yaşlarda başlar. Yürümeye yeni başlayan çocuklar oyunlarında hem zihinsel hem de dışsal temsilleri kullanır. Üç yaşındaki çocuklar, zihinsel temsilin gerçekle aynı olmadığını anlar ve iki ile üç yaş arası çocuklar, kendi isteklerinin davranışları üzerindeki etkisini kavrayabilir ancak bu temsilleri üst bilişsel olarak açıklayamazlar; bu, onların temsil yeteneklerinin henüz tam olarak gelişmediğini gösterir (147).

2.5.4.5. Zihnin Duygusal Deneyimler ve Gerçekleri Anlamlandırmada Aracı Olması

Çocuklar, yaşadıkları gerçek deneyimlerden zihin aracılığıyla çıkarımlar yapmayı öğrenirler. Bu süreç, bilginin seçilmesi, organize edilmesi ve aktarılması gibi işlevleri içerir ve çevresel bilgilere değer katmayı veya anlam yüklemeyi sağlar. Gerçek anlamıyla aktif bir zihin kavramı altı yaşına kadar tam olarak gelişmez, ancak yanlış inanç ve görünümlerin anlamlandırılmasıyla başlayan bu süreç erken yaşlarda ortaya çıkar (148).

2.5.5. Zihin Kuramının Yaşa Göre Gelişimi

Zihin kuramının gelişimiyle ilgili nörolojik ve psikolojik çalışmalar, bu yeteneğin bebeklik dönemlerinden itibaren başladığını ortaya koymuştur (149). Araştırmalar genellikle, zihin kuramı becerilerinin hayatın ilk yıllarında ortaya çıkıp, üç-dört yaş civarında daha belirgin bir şekilde gelişmeye başladığını göstermektedir (150,151). Zihin kuramının yetişkinlik dönemlerine kadar gelişmeye devam ettiği ise daha sonraki çalışmalarla desteklenmiştir (152,153).

Zihin kuramı, yaş ilerledikçe gelişmekle birlikte sosyal çevre tarafından da etkilenmektedir. Sosyal açıdan zengin ortamlarda büyüyen çocukların zihin kuramı becerilerinin, diğer çocuklara göre daha ileri düzeyde olduğu belirlenmiştir (154,155). Farklı diller ve kültürlerde zihin kuramı gelişiminde edinim yaşlarının değişiklik

gösterebileceğini belirten çalışmalar mevcuttur. Ancak genel olarak araştırmalar, normal gelişim gösteren çocukların dört yaş civarında başkalarının düşünceleri, duyguları ve inançları, yani zihinsel durumlarına dair bir anlayış geliştirdiğini ortaya koymaktadır (120,127).

Zihin kuramının yaşa göre gelişimi şöyle özetlenebilir:

Üç-dört aylık bebekler, yüz ifadelerini ve özellikle annelerinin ifadelerini ayırt etmeye başlarlar (156). Sekiz ile 12 ay arasında, yüz ifadelerini taklit ederek gülümseme ve şaşırma gibi tepkiler geliştirirler. Aynı zamanda, ortak dikkat becerisi kazanarak başkalarının baktığı yöne duyarlı hale gelirler (157–159). Dokuz ile 18 ay arasında, çocuklarda sembolik oyunlar ortaya çıkar; bir muzu telefon gibi kullanabilir ya da nesnelerle "-mış gibi" oyunlar oynayabilirler (125). 18-24 ay arasında, görsel perspektif alma yeteneği ve "sevmek", "bilmek" gibi akli durum terimlerini kullanma becerisi gelişmeye başlar (160,161). Üç yaşında, çocuklar duyguların durumlarla bağlantısını kurabilir, düşünce ve gerçeklik arasındaki farkı anlamaya başlarlar. Ayrıca bilerek yapılan davranışları kazara olanlardan ayırt edebilirler (162–164). Dört yaşında çocukalar başkalarının duygularını istek ve inançlara dayalı olarak öngörme becerisi kazanırlar (120,165). Beş ile altı yaş arasında, çocuklar başkalarının niyetlerini bakışlarından anlamaya başlar ve birden fazla zihinsel durumu içeren ikinci düzey yanlış inanç işlemleri gelişir (166,167). Yedi ila dokuz yaş arasında, daha karmaşık yalanları ve blöfleri anlama becerisi gelişir. Bu dönemde, başkalarını suçlamamak için sözlerini kontrol etme gibi sosyal beceriler de ortaya çıkar (168,169). 11 ile 12 yaş ve sonrasında ise zihin kuramı daha karmaşık bir hal alır; blöfleri çözme, iğneleyici sözleri anlama ve sosyal stratejiler geliştirme becerisi kazanırlar (170,171).

2.5.6. Zihin Kuramının Nörobiyolojisi

Zihin kuramının nörobiyolojisini anlamak için yapılan çalışmalarda, nörotransmitterlerin, genetik faktörlerin ve sinir ağlarının önemli roller üstlendiği görülmüştür. Özellikle oksitosin ve vazopressin, sosyal hafıza, yüz ifadelerinin tanınması ve zihinsel durumların doğru algılanmasını destekleyen nöropeptidlerdir(172). Oksitosin, bireylerin başkalarına güven duymasını ve sosyal

etkileşimlere daha açık hale gelmesini sağlarken, vazopressin bağlanma ve sosyal davranışlarda etkili bir rol oynar (172). Dopamin ve noradrenalin de zihin kuramının işleyişinde önemli yer tutar. Dopamin sistemi, sosyal etkileşimlerde ödül mekanizmalarını ve bilinçli düşünme süreçlerini destekler. Güvenli bağlanma stratejileri sergileyen bireylerde dopamin sistemi daha aktif çalışarak sosyal bağları güçlendirir. Buna karşılık, güvensiz bağlanma durumlarında bu sistemin işlevi bozulabilir ve sosyal etkileşimlerde zorluklar yaşanabilir (172). Noradrenalin ise stres altında devreye girer ve bireylerin hızlı tepki verebilmesini sağlar. Ancak artan stres seviyelerinde noradrenalin salınımı, bireyin olayları derinlemesine değerlendirme kapasitesini sınırlandırarak, zihin kuramını kullanmak yerine daha yüzeysel ve içgüdüsel bir tepki moduna geçmesine neden olur (172).

Genetik açıdan, oksitosin reseptör genlerindeki (OXTR) polimorfizmlerin bireylerin bağlanma stratejilerini ve zihinsel durumları anlama kapasitelerini etkilediği bulunmuştur. Örneğin, depresyon ve borderline kişilik bozukluğu gibi durumlarda bu genetik varyasyonların zihin kuramı süreçlerini zayıflattığı belirtilmektedir. Ayrıca, erken yaşam stresine maruz kalan bireylerde amigdala ve hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) aksında genetik temelli değişiklikler gözlenmiş ve bu değişikliklerin stres yönetimi ile zihin kuramı işlevselliğini olumsuz etkilediği gösterilmiştir (172). Bu bulgular, zihin kuramının biyolojik altyapısının hem nörotransmitterler hem de genetik faktörler tarafından şekillendirildiğini ve çevresel etkilere duyarlı bir yapı olduğunu ortaya koymaktadır (172).

Zihin kuramı ağları ve DMN, beynin sosyal ve kendilikle ilgili bilişsel süreçlerinde kritik roller oynayan iki önemli sinir ağıdır. DMN, kişinin iç dünyasıyla ilgili düşünceleri, kendini değerlendirme, ruminasyon ve otobiyografik hafıza gibi işlemleri desteklerken; zihin kuramı, bireylerin başkalarının zihinsel durumlarını, duygu ve düşüncelerini anlamasına yardımcı olur. DMN bölgeleri arasında posterior singulat korteks, medial prefrontal korteks ve inferior parietal lob yer alır (95). Zihin kuramı ise, medial prefrontal korteks (mPFC), precuneus (PreC), posterior cingulate cortex (PCC) ve temporoparietal junction (TPJ) gibi bölgelerde yoğunlaşan bir sinirsel sistemle yönetilir (173). İlginç bir şekilde, bu iki ağ arasında önemli ölçüde anatomik

örtüşmeler olduğu bulunmuştur. Bu örtüşme, sosyal biliş ve benlik algısının birbirine bağlı olduğu ve bu iki ağın iş birliği ile gerçekleştiğini göstermektedir (174,175).

Psikodelilik maddelerin beyin üzerindeki etkileri üzerine yapılan araştırmalar, bu maddelerin DMN ve zihin kuramı üzerindeki etkileşimlerini ortaya koyarak, iki ağın birbirleriyle nasıl etkileşime girdiğine dair yeni bilgiler sağlamaktadır. Araştırmalar, özellikle cingulate cortex'in, DMN ve zihin kuramı ağlarının kesişim noktası olarak işlev gördüğünü ve bu bölgenin sosyal bilişi düzenlediğini göstermiştir. (176).

Sonuç olarak, nörotransmitterler, genetik faktörler ve sinir ağlarının etkileşimi, zihin kuramının nörobiyolojik temelini anlamada önemli bir rol oynar. Bu unsurlar, beynin sosyal biliş, kendilik algısı ve başkalarının perspektifini anlama gibi işlevlerini şekillendiren karmaşık bir sistemin parçasıdır (172,176).

2.5.7. Zihin Kuramı ve DEHB İlişkisi

DEHB olan bireylerin zihin kuramı becerilerinde belirgin eksiklikler olduğu çeşitli çalışmalarda rapor edilmiştir (177). DEHB hastalarında sosyal bilişsel işlevlerin yetersizliği, onların sosyal ilişkilerde zorluk yaşamalarına sebep olabilir. Yapılan araştırmalar, DEHB tanısı almış hastaların yetişkinlik döneminde daha az arkadaşa sahip olduğunu ve sosyal ilişkilerde daha fazla sorun yaşadığını göstermiştir (178). Ayrıca, bu bireyler iş hayatında da zorluklar yaşamakta; daha sık işten çıkarılmakta ve iş yerinde verimlilikleri düşük olmaktadır. Sosyal bilişsel işlevlerdeki bu bozuklukların, DEHB hastalarının yaşadığı zorlukların temel nedeni olduğu düşünülmektedir (21).

Bora ve Pantelis'in yaptığı meta-analizde ise DEHB hastalarında zihin kuramı testlerinde otizmden daha yüksek ve sağlıklı kontrollerden daha düşük performans sergiledikleri ortaya konmuştur (179). DEHB hastalarının zihin kuramı testlerinden düşük puanlar alması, onların sosyal biliş becerilerinde zayıflık yaşadığını ve başkalarının duygularını anlamakta zorlandıklarını göstermektedir. Ayrıca, DEHB'de

yürütücü işlevlerde yetersizlikler olduğu ve bu yetersizliklerin zihin kuramı performansını olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir (180).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma için ilk olarak, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (Psikiyatri) Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 14.03.2023 tarihli 16 numaralı oturumunda 1 karar numarası ile onay alınmıştır. Ardından, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı'nın 12.04.2023 tarihli üç numaralı oturumunda 27 karar numarası verilmiştir. Son olarak, Klinik Araştırmalar Tıbbi Etik Kurulu'ndan 02.05.2023 tarihli, B.30.2.ATA.0.01.00/307 sayılı yazı ve 40 karar numarası ile onay alınmıştır. Araştırma, Atatürk Üniversitesi Bilimsel Araştırma Proje Komisyonunca 13784 Proje ID ile desteklenmiştir.

3.1. Araştırmanın Tasarımı

Araştırmamız, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (Psikiyatri) Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran DEHB tanısı almış hastalarda zihin gezinmesi, insomnia kronotip ve zihin kuramının kendi aralarındaki ilişkilerinin yanında, zihin gezinmesinin DEHB semptom şiddeti ile insomnia seviyeleri arasındaki olası aracı rolünü incelemeyi ve bu bulguların klinik değişkenlerle ilişkisini incelemeyi hedefleyen kesitsel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

Birinci hipotezimiz; DEHB semptom şiddeti, insomnia, zihin gezinmesi ve akşamcıl kronotip özellikleri (azalan SAÖ puanı) arasında pozitif yönlü bir korelasyon olacağı; sabahçıl kronotip özellikleri ile DEHB semptom şiddeti, zihin gezinmesi ve insomnia seviyeleri arasında negatif yönlü bir korelasyon olacağıdır.

İkinci hipotezimiz; zihin kuramı becerileri ile DEHB semptom şiddeti, akşamcıl kronotip özellikleri (azalan SAÖ puanı), insomnia seviyeleri ve zihin gezinmesi seviyeleri arasında negatif yönlü bir korelasyon olacağı, sabahçıl kronotip özellikleri (artan SAÖ puanı) ile zihin kuramı becerileri arasında pozitif yönlü bir korelasyon olacağıdır.

Üçüncü hipotezimiz ise; regresyon analizinde DEHB semptom şiddeti, akşamcıl kronotip özellikleri (azalan SAÖ puanı) ve zihin gezinmesi seviyelerinin insomnia seviyeleri ile pozitif yönde bağımsız ilişkili olacağı; sabahçıl kronotip özelliklerinin (artan SAÖ puanı) ve zihin kuramı becerilerinin ise insomnia seviyeleri ile negatif yönde bağımsız ilişkili olacağı şeklindedir.

Dördüncü hipotezimiz; regresyon analizinde DEHB semptom şiddeti, akşamcıl kronotip özellikleri (azalan SAÖ puanı) ve insomnia seviyelerinin zihin gezinmesi seviyeleri ile pozitif yönde bağımsız ilişkili olacağı; sabahçıl kronotip özelliklerinin (artan SAÖ puanı) ve zihin kuramı becerilerinin ise zihin gezinmesi seviyeleri ile negatif yönde bağımısız ilişkili olacağı şeklindedir.

Beşinci hipotezimiz; regresyon analizinde DEHB semptom şiddeti, akşamcıl kronotip özellikleri (azalan SAÖ puanı), zihin gezinmesi seviyeleri ve insomnia seviyelerinin zihin kuramı becerileri ile negatif yönde bağımsız ilişkili olacağı; sabahçıl kronotip özelliklerinin (artan SAÖ puanı) ise zihin kuramı becerileri ile pozitif yönde bağımsız ilişkili olacağı şeklindedir.

Altıncı hipotezimiz; regresyon analizinde DEHB semptom şiddeti, zihin gezinmesi seviyeleri ve insomnia seviyeleri ile akşamcıl kronotip özelliklerinin (azalan SAÖ puanı) pozitif yönde bağımsız ilişki olacağı, zihin kuramı becerileri ile akşamcıl tip kronotip özelliklerinin (azalan SAÖ puanı) ise negatif yönde bağımsız ilişkili olacağı şeklindedir.

Yedinci hipotezimiz ise; aracılık analizinde (mediasyon analizi) zihin gezinmesi seviyelerinin DEHB semptomlarınile insomnia arasındaki ilişkiye aracılık edebileceği şeklindedir.

3.3. Çalışma Grubunun Seçimi

Araştırmamızın örneklemi, Mayıs 2023 ile Ekim 2024 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (Psikiyatri) Anabilim Dalı polikliniğine başvuran, DSM-5 tanı ölçütlerine ve SCID-5'e göre klinik

muayeneleri sonucunda DEHB tanısı alan, araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden, bilgilendirilmiş yazılı onamları alınan ve dışlama ile dahil etme kriterlerini karşılayan 125 DEHB tanılı hastadan oluşmuştur.

3.3.1. Gönüllülerin Çalışmaya Dahil Edilebilme Ölçütleri

1. 18 yaş ve üzeri olmak, 65 yaşından küçük olmak
2. SCID-5 ile yapılan değerlendirme sonucunda DEHB tanısı almak
3. Ölçeklerde yer alan soruları okuyup anlayıp, ölçekleri doldurabilecek entelektüel kapasiteye sahip olmak
4. Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmek

3.3.2. Gönüllülerin Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

1. Son bir yıl içinde alkol ve madde kullanım bozukluğu olan
2. Ölçeklerde yer alan soruları anlayabilecek entelektüel kapasiteye sahip olmaması
3. Psikiyatrik komorbiditesi olan
4. Epilepsi, serebrovasküler olay vb. merkezi sinir sistemiyle ilişkili nörolojik bir hastalığı olan
5. Kontrolde olmayan bedensel hastalık (diabet, hipertansiyon, diğer kardiyovasküler hastalıklar vb.) tanısı olan
6. İletişimi engelleyecek işitme ve görme kusurunun olması
7. Son iki ay içinde gece vardiyalı çalışmış olan ve son iki ay içinde meridyenler arası (iki zaman dilimi ve daha fazla) uçak yolculuğu yapmış olan
8. Gebelik ve emzirmenin bulunması

3.4. Araştırmanın Uygulanması

Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (Psikiyatri) Polikliniği'ne başvuran ve DSM-5 tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı konulan hastalar, yapılandırılmış psikiyatrik görüşme (SCID-5 ile) ile tanıları

doğrulandıktan sonra, çalışmaya alınma ve dışlama kriterleri göz önünde bulundurularak çalışmaya dahil edilmiştir. Her bir katılımcıya araştırma hakkında detaylı bilgilendirme yapılmış ve bilgilendirilmiş onam formu verilmiştir. Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri, araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik ve klinik veri formuna kaydedildikten sonra, klinisyen tarafından Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği ve Gözlerden Zihin Okuma Testi uygulanmıştır. Ayrıca, katılımcılar tarafından Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, Aşırı Zihinsel Gezinme Ölçeği, Uykusuzluk Şiddet İndeksi ve kronotipi tercihlerini değerlendirmek amacıyla Sabahlılık-Akşamlılık Ölçeği doldurulmuştur.

3.5. Veri Toplama Gereçleri

3.5.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

Çalışmaya katılanların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim seviyesi, sosyoekonomik seviyesi, komorbid hastalıkları, psikiyatrik özgeçmişi, alkol, madde, sigara kullanımı, soygeçmişi, anne-baba boşanma öyküsü, self mutilasyon öyküsü, intihar girişimi öyküsü, ailede psikiyatrik rahatsızlık varlığı, hastalığın tanısını aldığı yaşı, eğer tedabi alıyor ise tedavi süresi, DEHB için ilaç kullanımı, ilaç kullanımı var ise hangi ilacı kullandığı gibi klinik ve sosyodemografik bilgilerin yer aldığı ve araştırıldığı bu form araştırmacılar tarafından geliştirilmiş ve çalışmaya dahil edilen her hastaya araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

3.5.2. DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinisyen İçin (SCID-5-CV)

DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5-CV), klinisyenlerin DSM-5'te yer alan tanılar doğrultusunda değerlendirme yapmalarını sağlayan yarı yapılandırılmış kılavuzdur. First ve çalışma arkadaşları tarafından geliştirilen bu klinik görüşme aracının Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Aydemir ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (181,182)

3.5.3. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, (Adult ADHD Self-Report Scale/ASRS-v1.1)

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından erişkinlerde DEHB tanısına yardımcı olmak amacıyla geliştirilen bu öz bildirim ölçeği, her bir maddesi sıfır ile dört arası puanlanan toplam 18 maddeden oluşur. Dokuzar sorudan oluşan iki alt ölçeği ile A bölümü dikkat eksikliği ve B bölümü hiperaktivite/dürtüsellik olmak üzere DEHB'nin farklı klinik görünümlerini değerlendirir ve toplam puan üzerinden DEHB semptomlarının şiddetini ölçme imkanı sunar. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Doğan ve çalışma arkadaşları tarafından yapılmıştır (183).

3.5.4. Aşırı Zihinsel Gezinme Ölçeği (AZGÖ)

Philip Asherson tarafından DEHB'li yetişkinlerde zihin gezinmesini ölçmek için geliştirilmiş bir ölçektir (9). 12 maddeden oluşan, likert tipi kendini değerlendirme ölçeğidir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Aksoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe formu 11 maddeden oluşmaktadır, her bir madde 0 ile 3 arasında puanlanmak olup, ölçekten alınacak en düşük puan 0, en yüksek puan ise 33'tür, yüksek ölçek puanları zihinsel gezinme ile ilişkilidir (184).

3.5.5. Uykusuzluk Şiddet İndeksi (UŞİ)

Uykusuzluk belirtilerinin derecesini belirlemek amacıyla geliştirilen bu ölçek, hem genel toplum taramalarında hem de uykusuzluğun klinik değerlendirilmesinde kullanılabilir (185). Yedi maddeden oluşan, beşli Likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Her madde sıfır ile dört arasında puanlanmakta olup, toplam puan sıfır ile 28 arasında değişmektedir. Ölçekte yer alan maddeler sırasıyla; uykuya dalma zorlukları, uykuyu sürdürme güçlükleri, çok erken uyanma, uyku düzeninden alınan doyum, günlük işlevsellikteki bozulmalar, uyku kaynaklı bozulmaların fark edilmesi ve uykusuzluğun neden olduğu stres düzeyini değerlendirmektedir (186). Sıfır-yedi puan arası önemsiz düzeyde uykusuzluğu, sekiz ile 14 puan arası klinik olarak alt eşiğe sahip uykusuzluğu, 15-21 puan arası orta şiddette uykusuzluğu, 22-28 puan arası ise şiddetli uykusuzluğu

göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Boysan ve arkadaşları tarafından yılında yapılmıştır (186).

3.5.6. Sabahçıl-Akşamcıl Ölçeği (SAÖ)

Horne ve Östberg tarafından geliştirilmiş olan bu ölçek, bireylerin uyku-uyanıklık rutinleri ve yaşam biçimlerini değerlendirmeye yönelik 19 sorudan oluşan bir kendini değerlendirme aracıdır. Ölçekten elde edilen toplam puan 16-41 arasında olduğunda "akşamcıl", 42-58 arasında olduğunda "ara tip" ve 59-86 arasında olduğunda "sabahçıl" olarak sınıflandırılmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır, düşük ölçek puanları akşamcıl kronotipi, yüksek ölçek puanları ise sabahcıl kronotop özellikleri ile ilişkili iken; düşük ölçek puanları akşamcıl kronotip özellikleri ile ilişkilidir (187).

3.5.7. Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği (DEZİKÖ)

Zihin Kuramı becerilerini değerlendirmek amacıyla Değirmencioğlu tarafından geliştirilen bu ölçek, farklı bilişsel yetenekleri ölçen sorular içermektedir. Ölçek, iki resim ve yedi hikâye görevinden oluşup, toplamda 16 soruyu kapsamaktadır. Puanlama, doğru cevaplar için bir ve yanlış cevaplar için sıfır olacak şekilde daha önce belirlenmiş bir cevap anahtarına göre yapılmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar sıfır ile 16 arasında olup, yüksek puanlar daha gelişmiş zihin kuramı becerilerini işaret eder. Bu ölçeğin Türkçe dilinde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması da yapılmıştır ve ölçeğin faktörlü bir yapıta sahip olduğu görülmüştür (188). Birinci derece yanlış inanç, ikinci derece yanlış inanç ve metafor kavramını değerlendiren sorular temsil faktörü altında, ironi/ima ve faux pası (pot kırma) değerlendiren sorular üst temsil faktörü altında, empatik anlayışı ölçen sorular ise empati faktörü altında değerlendirilmektedir (188).

3.5.8. Gözler Testi (Gözlerden Zihin Okuma Testi)(GZOT)

Baron-Cohen ve çalışma arkadaşları tarafından 1997 yılında Asperger sendromu ve otizmli çocukların sosyal bilişsel yetilerini değerlendirmek amacıyla 25

soruluk bir test geliştirilmiştir. 2001 yılında gözden geçirilmiş versiyonu yayımlanan bu test, 36 sorudan oluşmaktadır. Testin uygulanışı sırasında katılımcılardan, bir resimdeki kişinin zihinsel durumunu en iyi tanımlayan seçeneği, dört seçenek arasından seçmeleri istenmektedir. Bu seçenekler, karmaşık duygular ve niyetler üzerine tasarlanmıştır, bu nedenle test, duygu tanıma ve zihin kuramı yeteneklerini ölçen bir araç olarak kabul edilmektedir (189). Testin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Yıldırım ve ekibi tarafından yapılmıştır. Türkçe formu 32 sorudan oluşmakta olup, her doğru cevap bir puan değerindedir. Toplamda 0-32 aralığında puan alınabilir ve yüksek puanlar, zihin kuramı becerilerinin daha gelişmiş olduğunu gösterir (190).

3.6. Bigilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Araştırma kapsamında gerçekleştirilecek unsurları özetleyen, katılımcıların verilerinin kimler tarafından ve hangi amaçlarla kullanılacağını açıklayan, ayrıca araştırma tamamlandıktan sonra bu verilerin yeniden kullanılmayacağını belirten bir formdur. Çalışmamızda, bilgilendirilmiş onam formu tüm katılımcılar tarafından yazılı olarak doldurulmuştur.

3.7. İstatiksel Analiz

Tüm analizler IBM SPSS v25.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) programında yapıldı. Nicel değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu histogram ve Q-Q grafikleri ile değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler normal dağılıma uygun olan nicel değişkenler için ortalama ± standart sapma, normal dağılıma uygun olmayan nicel değişkenler için ortanca (1. çeyrek - 3. çeyrek), nitel değişkenler için sıklık (yüzde) olarak verildi. Değişkenler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesinde Pearson, Spearman veya nokta çift serili korelasyon katsayıları kullanıldı. Normal dağılıma uygun olan nicel değişkenler grup sayısına göre Student t testi veya tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile analiz edildi. Normal dağılıma uygun olmayan nicel değişkenler grup sayısına göre Mann Whitney U testi veya Kruskal Wallis testi ile analiz edildi. Nitel değişkenler ki-kare testi veya Fisher-Freeman-Halton testi veya Fisher'in kesin testi ile analiz edildi. İkili karşılaştırmalarda Bonferroni düzeltmesi kullanıldı. Dokuz

Eylül Zihin Kuramı Ölçeği, Gözlerden Zihin Okuma Testi, Aşırı Zihinsel Gezinme Ölçeği, Uykusuzluk Şiddeti İndeksi ve Sabahçıl Akşamcıl Ölçeği puanları ile bağımsız olarak ilişkili olan faktörlerin belirlenmesinde adımsal seçimli (stepwise selection) çoklu doğrusal regresyon analizi kullanıldı. Korelasyon katsayılarına göre istatistiksel olarak önemli bulunan değişkenler regresyon analizlerine dahil edildi. $p<0,05$ değerleri istatistiksel olarak önemli kabul edildi. Aracı (mediyatör) değişken analizi Hayes Process prosedürü ile gerçekleştirildi.

4. BULGULAR

Çalışmamıza; Mayıs 2023-Ekim 2024 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (Psikiyatri) Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran, yapılandırılmış psikiyatrik görüşme yapılarak DSM-5 tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı konulan 125 gönüllü hasta alınmıştır.

4.1. Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

Araştırmaya 125 DEHB tanılı hasta (63 erkek ve 62 kadın) dahil edildi. Ortanca yaş 24 (çeyrekler arası dağılım aralığı 22 - 29, aralık 18 - 46) olarak bulundu. Hastaların büyük bir çoğunluğu (%81,6) bekardı, %29,6'sı yalnız yaşıyordu, 13 (%10,4) hasta çocuk sahibiydi. Hastaların %34,4'ü çalışıyorken, %57,6'sı halen öğrenciydi. Hastaların %51,2'si düşük düzey gelire sahipti. 3 (%2,4) hastanın annesi, 7 (%5,6) hastanın babası vefat etmişti ve 9 (%7,2) hastada anne-baba boşanma öyküsü mevcuttu. 69 (%55,2) hastanın özgeçmişinde DEHB harici psikiyatrik tanı mevcuttu. 8 (%6,4) hastanın öz geçmişinde intihar girişimi öyküsü ve 58 (%46,4) hastada self mutilasyon girişimi öyküsü vardı. 6 (%4,8) hastanın kronik bir hastalığı mevcuttu.

12 (%9,6) hastada ailede intihar girişimi öyküsü, 76 (%60,8) hastada ailede psikiyatrik hastalık öyküsü vardı. Ailede en sık gözlenen psikiyatrik hastalıklar majör depresif bozukluk (%30,4), DEHB (%27,2) ve yaygın anksiyete bozukluğu (%12,8) olarak saptandı. 46 (%36,8) hasta sigara kullanıyordu, 30 (%24,0) hastada alkol kullanımı ve 3 (%2,4) hastada hâlihazırda madde kullanımı vardı. Öz grçmişinde madde kullanımı öyküsü 31 (%24,8) hastada vardı. Ortalama teşhis konulma yaşı 23,26 ± 7,68 olarak bulundu. Toplam 47 (%37,6) hasta DEHB için ilaç kullanıyordu. Bunların 46'sı metilfenidat (9 kısa etkili, 4 orta etkili, 33 uzun etkili) ve 1'i atomoksetin kullanıyordu (Tablo 1).

Tablo 1. Hastaların Sosyodemografik Ve Klinik Özellerikleri

Yaş (n=125)	24 (22 - 29)
Cinsiyet (n=125)	
Erkek	63 (%50,4)
Kadın	62 (%49,6)
Medeni durum (n=125)	
Bekar	102 (%81,6)
Evli	23 (%18,4)
Kiminle yaşıyor? (n=125)	
Yalnız	37 (%29,6)
Yalnız değil	88 (%70,4)
Evlilik sayısı (n=125)	0 (0 - 0)
Çocuk (n=125)	
Var	13 (%10,4)
Yok	112 (%89,6)
Çocuk sayısı (n=13)	2 (1 - 2)
Yaşadığı şehir (n=125)	
Erzurum	112 (%89,6)
Diğer	13 (%10,4)
Toplam öğrenim süresi, yıl (n=125)	16,26 ± 2,78
Öğrenim durumu (n=125)	
İlköğretim	3 (%2,4)
Lise	75 (%60,0)
Lisans	32 (%25,6)
Yüksek lisans	11 (%8,8)
Doktora	4 (%3,2)
Çalışma durumu (n=125)	
Çalışıyor	43 (%34,4)
Öğrenci	72 (%57,6)
Ev hanımı	3 (%2,4)
Emekli	0 (%0,0)
Çalışmıyor (İşi Yok)	7 (%5,6)
Sosyoekonomik düzey (n=125)	
Düşük düzey gelir (<8500 TL/ay net gelir)	64 (%51,2)
Orta düzey gelir (8500-20000 TL/ay net gelir)	24 (%19,2)
Yüksek düzey gelir (>20000 TL/ay net gelir)	37 (%29,6)
Annesi hayatta mı? (n=125)	
Evet	122 (%97,6)
Hayır	3 (%2,4)
Anne öldüğünde yaş, yıl (n=1)	4 (4 - 4)
Babası hayatta mı? (n=125)	
Evet	118 (%94,4)
Hayır	7 (%5,6)
Baba öldüğünde yaş (n=6)	27 (9 - 36)

Tablo 1. (Devamı)

Ebeveyn kaybı (n=125)	
Hayır	116 (%92,8)
Evet	9 (%7,2)
Anne-baba boşanma öyküsü (n=125)	
Hayır	116 (%92,8)
Evet	9 (%7,2)
Anne-baba boşandığında yaş (n=9)	15 (14 - 17)
Öz geçmişinde Diğer (DEHB dışında) psikiyatrik tanı [(1)] (n=125)	69 (%55,2)
Öz geçmişinde anksiyete bozukluğu	44 (%35,2)
Öz geçmişinde depresif bozukluk	47 (%37,6)
Öz geçmişinde intihar girişimi (n=125)	8 (%6,4)
İntihar girişimi sayısı (n=8)	2 (1 - 3)
Öz geçmişinde self mutilasyon girişimi (n=125)	58 (%46,4)
Kronik hastalık (n=125)	6 (%4,8)
Endometriozis	1 (%0,8)
FMF	2 (%1,6)
Hipertansiyon	1 (%0,8)
PCOS	2 (%1,6)
Ailede intihar girişimi öyküsü (n=125)	12 (%9,6)
Ailede intihar girişimi sayısı (n=12)	1,5 (1 - 3)
Ailede psikiyatrik hastalık [(1)] (n=125)	76 (%60,8)
Majör depresif bozukluk	38 (%30,4)
Bipolar affektif bozukluk	5 (%4,0)
Şizofreni	4 (%3,2)
Şizoaffektif bozukluk	0 (%0,0)
Panik bozukluk	11 (%8,8)
Alkol kullanım bozukluğu	0 (%0,0)
Madde kullanım bozukluğu	1 (%0,8)
Nörobilişsel bozukluk	1 (%0,8)
Yaygın anksiyete bozukluğu	16 (%12,8)
Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu	34 (%27,2)
Obsesif kompulsif bozukluk	10 (%8,0)
Bedensel belirti bozukluğu	0 (%0,0)
Hastalık kaygısı bozukluğu	2 (%1,6)
Konversiyon bozukluğu	0 (%0,0)
Diğer	0 (%0,0)
Sigara kullanımı (n=125)	46 (%36,8)
Sigara paket/yıl (n=46)	4,5 (2,5 - 7)
Alkol kullanımı (n=125)	30 (%24,0)
Halihazırda madde kullanımı (n=125)	3 (%2,4)
Madde kullanım öyküsü (n=125)	31 (%24,8)
Teşhis konulma yaşı (n=125)	23,26 ± 7,68
Tedavi süresi (n=49)	12 (3 - 24)

Tablo 1. (Devamı)

DEHB için ilaç kullanımı (n=125)	47 (%37,6)
Metilfenidat	46 (%36,8)
Atomoksetin	1 (%0,8)
Metilfenidat etki türü (n=46)	
Kısa etkili	9 (%19,6)
Orta etkili	4 (%8,7)
Uzun etkili	33 (%71,7)
Metilfenidat dozu (n=46)	36 (27 - 54)
Atomoksetin dozu (n=1)	100 (100 - 100)

Tanımlayıcı istatistikler normal dağılıma uygun olan nicel değişkenler için ortalama ± standart sapma, normal dağılıma uygun olmayan nicel değişkenler için ortanca (1. çeyrek - 3. çeyrek), nitel değişkenler için sıklık (yüzde) olarak verilmiştir. (1) Aynı anda birden fazla hastalık mevcut olabilir.

DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

4.2. Ölçeklerden Elde Edilen Bulgular

Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) ASRS puan ortalamaları A bölümü için 26,34 ± 5,37, B bölümü için 23,29 ± 6,01 ve toplam puan için 49,62 ± 9,72 olarak bulundu. Klinik görüşmeye dayanarak DEHB alt tipi 41 (%32,8) hastada dikkat eksikliği baskın tip, 16 (%12,8) hastada hiperaktivite ve dürtüsellik baskın tip ve 68 (%54,4) hastada bileşik tip olarak belirlendi.

Aşırı Zihinsel Gezinme Ölçeği (AZGÖ) puanı ortancası 25 (çeyrekler arası dağılım aralığı 21 - 29) olarak bulundu. Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (UŞİ) puanı ortalaması 11,50 ± 6,25 olarak bulunurken, UŞİ ölçeğinin puanlarının ölçeğin kesme noktasına göre yorumlanmasıyla 40 (%32,0) hastada insomnia olduğu görüldü. Sabahçıl Akşamcıl Ölçeği (SAÖ) puanı ortalaması 44,30 ± 13,14 olarak hesaplandı. Buna göre 56 (%44,8) hasta akşamcıl tip, 55 (%44,0) hasta ara tip ve 14 (%11,2) hasta sabahçıl tip olarak sınıflandı. DEZİKÖ Toplam puanı ortalaması 11,00 ± 2,08 ve GZOT puanı ortalaması 23,84 ± 3,34 olarak hesaplandı (Tablo 2).

Tablo 2. Ölçeklerden Elde Edilen Bulgular

ASRS A bölümü (Dikkat Eksikliği) puanı (n=125)	26,34 ± 5,37
ASRS B bölümü (Hiperaktivite ve Dürtüsellik) puanı (n=125)	23,29 ± 6,01
Klinik görüşmeye dayanarak DEHB alt tipi (n=125)	
Dikkat eksikliği baskın tip	41 (%32,8)
Hiperaktivite ve Dürtüsellik baskın tip	16 (%12,8)
Bileşik tip	68 (%54,4)
Aşırı Zihinsel Gezinme Ölçeği puanı (n=125)	25 (21 - 29)
Uykusuzluk Şiddeti İndeksi puanı (n=125)	11,50 ± 6,25
Klinik olarak önemsiz düzeyde uykusuzluk (0-7)	35 (%28,0)
Uykusuzluk (insomnia) alt eşiği (8-14)	50 (%40,0)
Klinik olarak orta şiddette uykusuzluk (15-21)	30 (%24,0)
Klinik olarak şiddetli uykusuzluk (22-28)	10 (%8,0)
İnsomnia (n=125)	
Yok (<15)	85 (%68,0)
Var (≥15)	40 (%32,0)
Sabahçıl Akşamcıl Ölçeği puanı (n=125)	44,30 ± 13,14
Akşamcıl tip (16-41 puan)	56 (%44,8)
Ara tip (42-58 puan)	55 (%44,0)
Sabahçıl tip (59-86 puan)	14 (%11,2)
Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği puanı (n=125)	
Birinci derece yanlış inanç	3 (2 - 4)
İkinci derece yanlış inanç	2 (1 - 2)
İroni/İma	3 (2 - 3)
Metafor	2 (1 - 2)
Empatik anlayış	3 (2 - 3)
Faux pas	0 (0 - 1)
Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği puanı (n=125)	
Toplam	11,00 ± 2,08
Temsil	5,98 ± 1,55
Üst temsil	3 (2 - 3)
Empati	3 (2 - 3)
Gözlerden Zihin Okuma Testi puanı (n=125)	23,84 ± 3,34

Tanımlayıcı istatistikler normal dağılıma uygun olan nicel değişkenler için ortalama ± standart sapma, normal dağılıma uygun olmayan nicel değişkenler için ortanca (1. çeyrek - 3. çeyrek), nitel değişkenler için sıklık (yüzde) olarak verilmiştir.

ASRS: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

4.3. Ölçek Puanları İle Hastalara Ait Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Arasındaki Korelasyonlar

ASRS A bölümü puanı; hastanın çalışıyor olmasıyla (r=-0,206; p=0,021) negatif korele bulunurken, annenin vefat etmiş olması (r=0,215; p=0,016), öz geçmişte psikiyatrik tanı varlığı (r=0,219; p=0,014), öz geçmişte anksiyete bozukluğu varlığı (r=0,210; p=0,018), öz geçmişte intihar girişimi varlığı (r=0,197; p=0,027), intihar girişimi sayısı (r=0,213; p=0,017) ve halihazırda madde kullanımı (r=0,195; p=0,029) ile pozitif korele bulundu.

ASRS B bölümü puanı; hastanın evli olmasıyla (r=0,191; p=0,033), annenin vefat etmiş olması (r=0,193; p=0,031), öz geçmişte psikiyatrik tanı varlığı (r=0,344; p<0,001), öz geçmişte depresyon varlığı (r=0,241; p=0,007) ve halihazırda madde kullanımı (r=0,263; p=0,003) ile pozitif korele bulundu.

ASRS Toplam puanı; kadın hastalar (r=0,184; p=0,040), annenin vefat etmiş olması (r=0,238; p=0,007), öz geçmişte psikiyatrik tanı varlığı (r=0,334; p<0,001), öz geçmişte anksiyete bozukluğu varlığı (r=0,216; p=0,016), öz geçmişte depresyon varlığı (r=0,182; p=0,042), intihar girişim sayısı (r=0,177; p=0,048) ve halihazırda madde kullanımı (r=0,271; p=0,002) ile pozitif korele bulunurken, hastanın çalışıyor olmasıyla (r=-0,212; p=0,018) ile negatif korele bulundu (Tablo 3).

Tablo 3. ASRS Sonuçları ile Hastalara Ait Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Arasındaki Korelasyonlar

		ASRS A bölümü puanı	ASRS B bölümü puanı	ASRS Toplam puanı
Yaş	r	-0,116	-0,026	-0,083
	p	0,198	0,775	0,355
Cinsiyet, Kadın	r	0,171	0,145	0,184
	p	0,057	0,107	**0,040**
Medeni durum, Evli	r	0,074	0,191	0,159
	p	0,410	**0,033**	0,076
Kiminle yaşıyor?, Yalnız değil	r	-0,008	0,072	0,040
	p	0,926	0,424	0,658

Tablo 3. (Devamı)

Evlilik sayısı	r	-0,016	0,166	0,106
	p	0,862	0,064	0,240
Çocuk, Var	r	-0,046	0,093	0,032
	p	0,611	0,302	0,722
Çocuk sayısı	r	-0,067	0,099	0,029
	p	0,457	0,273	0,747
Toplam öğrenim süresi, yıl	r	0,021	-0,025	-0,030
	p	0,817	0,778	0,742
Öğrenim durumu	r	-0,152	-0,112	-0,172
	p	0,091	0,214	0,054
Çalışma durumu, Çalışıyor	r	-0,206	-0,159	-0,212
	p	**0,021**	0,077	**0,018**
Sosyoekonomik düzey	r	-0,054	-0,122	-0,105
	p	0,548	0,176	0,242
Annesi hayatta mı?, Hayır	r	0,215	0,193	0,238
	p	**0,016**	**0,031**	**0,007**
Babası hayatta mı?, Hayır	r	0,004	-0,012	-0,005
	p	0,963	0,897	0,957
Ebeveyn kaybı, Evet	r	0,081	0,100	0,107
	p	0,370	0,266	0,236
Anne-baba boşanma öyküsü, Evet	r	0,104	0,023	0,072
	p	0,248	0,801	0,428
Öz geçmişinde diğer (DEHB dışında) psikiyatrik tanı, Evet	r	0,219	0,344	0,334
	p	**0,014**	**<0,001**	**<0,001**
Öz geçmişinde anksiyete bozukluğu, Evet	r	0,210	0,160	0,216
	p	**0,018**	0,074	**0,016**
Öz geçmişinde depresyon tanısı, Evet	r	0,059	0,241	0,182
	p	0,511	**0,007**	**0,042**
Öz geçmişinde intihar girişimi, Evet	r	0,197	0,097	0,169
	p	**0,027**	0,284	0,060
İntihar girişimi sayısı	r	0,213	0,086	0,177
	p	**0,017**	0,339	**0,048**
Öz geçmişinde self mutilasyon girişimi, Evet	r	0,127	0,044	0,097
	p	0,157	0,629	0,280
Kronik hastalık, Evet	r	0,049	0,089	0,082
	p	0,588	0,323	0,362
Ailede intihar girişimi öyküsü, Evet	r	0,086	0,098	0,108
	p	0,340	0,278	0,230
Ailede intihar girişimi sayısı	r	0,073	0,089	0,109
	p	0,419	0,321	0,228

Tablo 3. (Devamı)

Ailede psikiyatrik hastalık, Evet	r	-0,124	-0,046	-0,097
	p	0,168	0,609	0,281
Sigara kullanımı, Evet	r	0,085	-0,020	0,035
	p	0,344	0,824	0,700
Sigara paket/yıl	r	0,074	-0,056	0,022
	p	0,414	0,537	0,805
Alkol kullanımı, Evet	r	0,077	0,067	0,084
	p	0,395	0,459	0,353
Halihazırda madde kullanımı, Evet	r	0,195	0,263	0,271
	p	**0,029**	**0,003**	**0,002**
Madde kullanım öyküsü, Evet	r	0,127	0,090	0,126
	p	0,159	0,319	0,163
Teşhis konulma yaşı	r	-0,010	0,004	0,003
	p	0,910	0,963	0,977
DEHB için ilaç kullanımı, Evet	r	-0,175	-0,109	-0,164
	p	0,051	0,226	0,067

AZGÖ puanı; hastanın evli olmasıyla (r=0,177; p=0,049), öz geçmişte psikiyatrik tanı varlığı (r=0,261; p=0,003), öz geçmişte depresif bozukluk varlığı (r=0,248; p=0,005), self mutilasyon girişimi öyküsü (r=0,233; p=0,009) ve halihazırda madde kullanımı (r=0,179; p=0,046) ile pozitif korele bulundu.

UŞİ puanı; hastanın evli olmasıyla (r=0,194; p=0,030), öz geçmişte psikiyatrik tanı varlığı (r=0,273; p=0,002), öz geçmişte anksiyete bozukluğu varlığı (r=0,218; p=0,014), ailede intihar girişimi öyküsü varlığı (r=0,183; p=0,041), ailede intihar girişimi sayısı (r=0,204; p=0,022) ile pozitif korele bulunurken, DEHB için ilaç kullanımı (r=-0,205; p=0,022) ile negatif korele bulundu.

SAÖ puanı; evlilik sayısı (r=0,240; p=0,007), çocuk sahibi olma (r=0,188; p=0,035) ve çocuk sayısı (r=0,202; p=0,024) ile pozitif korele bulundu. SAÖ puanı; self mutilasyon girişimi öyküsü (r=-0,281; p=0,002), sigara kullanımı (r=-0,226; p=0,011), sigara paket yıl (r=-0,209; p=0,019), alkol kullanımı (r=-0,217; p=0,015) ve madde kullanımı öyküsü varlığı (r=-0,225; p=0,012) ile negatif korele bulundu (Tablo 4).

Tablo 4. Ölçek Puanları İle Hasta Özellikleri Arasındaki Korelasyonlar

		Aşırı Zihinsel Gezinme Ölçeği puanı	Uykusuzluk Şiddeti İndeksi puanı	Sabahçıl Akşamcıl Ölçeği puanı
Yaş	r	-0,069	0,028	0,043
	p	0,443	0,759	0,631
Cinsiyet, Kadın	r	0,067	0,132	0,118
	p	0,459	0,143	0,190
Medeni durum, Evli	r	0,177	0,194	0,122
	p	**0,049**	**0,030**	0,176
Kiminle yaşıyor?, Yalnız değil	r	0,057	-0,050	0,053
	p	0,528	0,582	0,554
Evlilik sayısı	r	0,069	0,126	0,240
	p	0,447	0,161	**0,007**
Çocuk, Var	r	-0,045	0,028	0,188
	p	0,614	0,760	**0,035**
Çocuk sayısı	r	-0,053	0,030	0,202
	p	0,559	0,743	**0,024**
Toplam öğrenim süresi, yıl	r	0,004	-0,058	-0,124
	p	0,965	0,521	0,168
Öğrenim durumu	r	-0,030	-0,057	0,097
	p	0,737	0,528	0,281
Çalışma durumu, Çalışıyor	r	-0,100	-0,023	0,141
	p	0,268	0,803	0,118
Sosyoekonomik düzey	r	-0,055	-0,036	0,099
	p	0,544	0,690	0,270
Annesi hayatta mı?, Hayır	r	0,136	0,071	-0,079
	p	0,129	0,428	0,379
Babası hayatta mı?, Hayır	r	0,088	-0,008	0,058
	p	0,327	0,927	0,519
Ebeveyn kaybı, Evet	r	0,144	0,018	0,041
	p	0,109	0,846	0,650
Anne-baba boşanma öyküsü, Evet	r	0,103	0,042	0,003
	p	0,254	0,639	0,972
Öz geçmişinde diğer (DEHB dışında) pskiyatrik tanı, Evet	r	0,261	0,273	-0,073
	p	**0,003**	**0,002**	0,418
Öz geçmişinde anksiyete bozukluğu, Evet	r	0,136	0,218	-0,141
	p	0,131	**0,014**	0,117
Öz geçmişinde depresif bozukluk, Evet	r	0,248	0,126	0,020
	p	**0,005**	0,160	0,822
Öz geçmişinde intihar girişimi, Evet	r	0,135	0,152	-0,143
	p	0,133	0,090	0,111

Tablo 4. (Devamı)

İntihar girişimi sayısı	r	0,140	0,170	-0,138
	p	0,120	0,058	0,124
Öz geçmişinde self mutilasyon girişimi, Evet	r	0,233	0,106	-0,281
	p	**0,009**	0,238	**0,002**
Kronik hastalık, Evet	r	-0,025	0,066	0,041
	p	0,778	0,463	0,653
Ailede intihar girişimi öyküsü, Evet	r	0,150	0,183	-0,128
	p	0,096	**0,041**	0,156
Ailede intihar girişimi sayısı	r	0,155	0,204	-0,136
	p	0,084	**0,022**	0,130
Ailede psikiyatrik hastalık, Evet	r	0,038	-0,007	0,115
	p	0,676	0,937	0,203
Sigara kullanımı, Evet	r	-0,074	0,080	-0,226
	p	0,414	0,373	**0,011**
Sigara paket/yıl	r	-0,065	0,040	-0,209
	p	0,475	0,657	**0,019**
Alkol kullanımı, Evet	r	0,032	0,160	-0,217
	p	0,721	0,075	**0,015**
Halihazırda madde kullanımı, Evet	r	0,179	0,088	-0,103
	p	**0,046**	0,328	0,251
Madde kullanım öyküsü, Evet	r	0,055	0,130	-0,225
	p	0,542	0,149	**0,012**
Teşhis konulma yaşı	r	0,033	-0,046	0,153
	p	0,716	0,613	0,089
DEHB için ilaç kullanımı, Evet	r	-0,108	-0,205	0,105
	p	0,232	**0,022**	0,245

r: Korelasyon katsayısı, DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu. İstatistiksel olarak önemli bulunan p değerleri kalın font ile belirtilmiştir.

DEZİKÖ Toplam puanı; yaş (r=0,192; p=0,032), hastanın çalışmasıyla (r=0,187; p=0,037), sosyoekonomik düzey (r=0,263; p=0,003) ve DEHB için ilaç kullanımı (r=0,231; p=0,009) ile pozitif korele bulundu.

DEZİKÖ Temsil puanı; yaş (r=0,207; p=0,021), hastanın çalışmasıyla (r=0,204; p=0,023), yüksek sosyoekonomik düzey (r=0,258; p=0,004) ve DEHB için ilaç kullanımı (r=0,222; p=0,013) ile pozitif korele bulundu.

DEZİKÖ Üst Temsil puanı; çocuk varlığı (r=-0,180; p=0,044) ve çocuk sayısı (r=-0,183; p=0,041) ile negatif korele bulunurken, anne-baba boşanma öyküsü varlığı (r=0,197; p=0,028) ile pozitif korele bulundu.

GZOT puanı; ailede psikiyatrik hastalık varlığı (r=0,178; p=0,047) ile pozitif korele bulundu (Tablo 5).

Tablo 5. Zihin Kuramı Ölçekleri İle Hastaların Sosyodemografik Ve Klinik Özellikleri Arasındaki Korelasyonlar

		DEZİKÖ Toplam puanı	DEZİKÖ Temsil puanı	DEZİKÖ Üst Temsil puanı	DEZİKÖ Empati puanı	Gözlerden Zihin Okuma Testi puanı
Yaş	r	0,192	0,207	0,030	0,093	0,082
	p	**0,032**	**0,021**	0,741	0,303	0,365
Cinsiyet, Kadın	r	0,008	0,072	0,043	-0,107	0,149
	p	0,932	0,422	0,636	0,237	0,098
Medeni durum, Evli	r	0,090	0,099	-0,031	0,082	0,153
	p	0,320	0,274	0,735	0,361	0,088
Kiminle yaşıyor?, Yalnız değil	r	-0,161	-0,029	-0,162	-0,136	-0,042
	p	0,073	0,745	0,072	0,130	0,644
Evlilik sayısı	r	0,113	0,158	-0,070	0,109	0,051
	p	0,208	0,079	0,437	0,228	0,576
Çocuk, Var	r	-0,025	0,105	-0,180	0,008	0,127
	p	0,779	0,242	**0,044**	0,928	0,159
Çocuk sayısı	r	-0,045	0,095	-0,183	0,014	0,121
	p	0,621	0,290	**0,041**	0,881	0,178
Toplam öğrenim süresi, yıl	r	0,159	0,141	0,086	-0,014	0,114
	p	0,076	0,117	0,341	0,881	0,204
Öğrenim durumu	r	0,133	0,121	0,081	-0,007	-0,014
	p	0,138	0,181	0,371	0,940	0,881
Çalışma durumu, Çalışıyor	r	0,187	0,204	0,068	0,043	0,050
	p	**0,037**	**0,023**	0,451	0,635	0,580
Sosyoekonomik düzey	r	0,263	0,258	0,040	0,127	0,123
	p	**0,003**	**0,004**	0,657	0,157	0,170
Annesi hayatta mı?, Hayır	r	0,076	0,069	0,061	0,049	0,039
	p	0,401	0,442	0,501	0,590	0,666
Babası hayatta mı?, Hayır	r	-0,050	-0,110	0,026	0,096	0,095
	p	0,577	0,221	0,775	0,289	0,290
Ebeveyn kaybı, Evet	r	0,045	-0,057	0,113	0,140	0,125
	p	0,620	0,526	0,210	0,120	0,165
Anne-baba boşanma öyküsü, Evet	r	0,030	-0,057	0,197	-0,073	0,013
	p	0,741	0,526	**0,028**	0,419	0,882
Özgeçmişinde diğer (DEHB dışında) psikiyatrik tanı, Evet	r	-0,054	-0,114	0,080	-0,018	0,121
	p	0,547	0,207	0,375	0,838	0,179

Tablo 5. (Devamı)

Özgeçmişinde anksiyete bozukluğu, Evet	r	-0,049	-0,057	0,068	-0,101	0,005
	p	0,591	0,524	0,452	0,261	0,954
Özgeçmişinde depresyon, Evet	r	-0,088	-0,163	0,136	-0,099	0,161
	p	0,331	0,069	0,131	0,274	0,072
Öz geçmişinde, intihar girişimi, Evet	r	-0,047	0,003	-0,029	-0,106	-0,076
	p	0,600	0,976	0,752	0,239	0,401
İntihar girişimi sayısı	r	-0,047	-0,011	-0,030	-0,109	-0,053
	p	0,601	0,905	0,740	0,225	0,560
Öz geçmişinde self mutilasyon girişimi, Evet	r	-0,132	-0,115	-0,038	-0,050	0,083
	p	0,143	0,201	0,676	0,580	0,356
Kronik hastalık, Evet	r	-0,054	0,002	-0,051	0,030	-0,045
	p	0,548	0,979	0,575	0,743	0,615
Ailede intihar girişimi öyküsü, Evet	r	0,066	-0,014	0,138	0,008	0,065
	p	0,468	0,875	0,125	0,929	0,474
Ailede intihar girişimi sayısı	r	0,078	-0,030	0,136	0,009	0,051
	p	0,387	0,743	0,130	0,923	0,573
Ailede psikiyatrik hastalık, Evet	r	0,158	0,087	0,140	0,079	0,178
	p	0,078	0,334	0,120	0,379	**0,047**
Sigara kullanımı, Evet	r	-0,008	0,029	-0,002	-0,085	0,022
	p	0,929	0,745	0,983	0,345	0,810
Sigara paket/yıl	r	0,008	0,008	0,018	-0,063	-0,020
	p	0,927	0,931	0,844	0,487	0,825
Alkol kullanımı, Evet	r	0,036	-0,031	0,075	0,013	-0,074
	p	0,689	0,735	0,403	0,885	0,410
Madde kullanımı, Evet	r	0,101	0,035	0,110	0,049	0,070
	p	0,263	0,694	0,221	0,590	0,436
Madde kullanım öyküsü, Evet	r	0,063	-0,030	0,102	0,061	0,044
	p	0,488	0,739	0,260	0,498	0,624
Teşhis konulma yaşı	r	0,088	0,135	-0,037	0,039	-0,092
	p	0,328	0,132	0,683	0,662	0,308
DEHB için ilaç kullanımı, Evet	r	0,231	0,222	0,054	0,171	0,062
	p	**0,009**	**0,013**	0,550	0,056	0,491

r: Korelasyon katsayısı, DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, DEZİKÖ: Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği

4.4. DEHB İçin İlaç Kullanma Durumuna Göre Ölçeklerden Elde Edilen Bulgular

UŞİ puanı (p=0,022) ilaç kullanan grupta daha düşük olarak saptanırken, DEZİKO Toplam puanı (p=0,009) ve DEZİKO Temsil puanı (p=0,013) ilaç kullanmayan hastalarda daha düşük bulundu (Tablo 6).

Tablo 6. DEHB İçin İlaç Kullanma Durumuna Göre Ölçeklerden Elde Edilen Bulgular

	DEHB için ilaç kullanımı		
	Yok (n=78)	Var (n=47)	p
ASRS A bölümü puanı	27,06 ± 4,64	25,13 ± 6,27	0,070 [a]
ASRS B bölümü puanı	23,79 ± 5,76	22,45 ± 6,39	0,226 [a]
ASRS Toplam puanı	50,86 ± 8,82	47,57 ± 10,84	0,067 [a]
Klinik görüşmeye dayanarak DEHB alt tipi			
Dikkat eksikliği baskın tip	25 (%32,1)	16 (%34,0)	0,473 [c]
Hiperaktivite ve Dürtüsellik baskın tip	8 (%10,3)	8 (%17,0)	
Bileşik tip	45 (%57,7)	23 (%48,9)	
Aşırı Zihinsel Gezinme Ölçeği puanı	26 (21 - 29)	25 (21 - 30)	0,231 [b]
Uykusuzluk Şiddeti İndeksi puanı	12,49 ± 6,28	9,85 ± 5,92	**0,022 [a]**
Klinik olarak önemsiz düzeyde uykusuzluk (0-7)	17 (%21,8)	18 (%38,3)	0,077 [c]
Uykusuzluk (insomnia) alt eşiği (8-14)	31 (%39,7)	19 (%40,4)	
Klinik olarak orta şiddette uykusuzluk (15-21)	21 (%26,9)	9 (%19,1)	
Klinik olarak şiddetli uykusuzluk (22-28)	9 (%11,5)	1 (%2,1)	
Insomnia			
Yok (<15)	48 (%61,5)	37 (%78,7)	0,072 [c]
Var (≥15)	30 (%38,5)	10 (%21,3)	
Sabahçıl Akşamcıl Ölçeği puanı	43,23 ± 13,08	46,06 ± 13,20	0,245 [a]
Akşamcıl tip (16-41 puan)	37 (%47,4)	19 (%40,4)	0,733 [c]
Ara tip (42-58 puan)	33 (%42,3)	22 (%46,8)	
Sabahçıl tip (59-86 puan)	8 (%10,3)	6 (%12,8)	
Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği puanı			
Toplam	10,63 ± 2,16	11,62 ± 1,79	**0,009 [a]**
Temsil	5,72 ± 1,55	6,43 ± 1,46	**0,013 [a]**
Üst temsil	3 (2 - 3)	3 (2 - 4)	0,547 [b]
Empati	2 (2 - 3)	3 (2 - 3)	0,056 [b]
Gözlerden Zihin Okuma Testi puanı	23,68 ± 3,31	24,11 ± 3,42	0,491 [a]

Tanımlayıcı istatistikler normal dağılıma uygun olan nicel değişkenler için ortalama ± standart sapma, normal dağılıma uygun olmayan nicel değişkenler için ortanca (1. çeyrek - 3. çeyrek), nitel değişkenler için sıklık (yüzde) olarak verilmiştir.
ASRS: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
a Student t testi, b Mann Whitney U testi, c Ki-kare testi, d Fisher-Freeman-Halton testi, * Çok kategorili değişkenler için önemli fark bulunan kategori. İstatistiksel olarak önemli bulunan p değerleri kalın font ile belirtilmiştir.

4.5. Cinsiyete Göre Ölçeklerden Elde Edilen Bulgular

ASRS Toplam puanı (p=0,040) kadın hastalarda daha yüksek bulundu. Hiperaktivite ve Dürtüsellik baskın tip yüzdesi (p=0,030) erkek hastalarda daha yüksek bulundu (Tablo 7).

Tablo 7. Cinsiyete Göre Ölçeklerden Elde Edilen Bulgular

	Cinsiyet		P
	Erkek (n=63)	Kadın (n=62)	
ASRS A bölümü (Dikkat Eksikliği) puanı	25,43 ± 5,89	27,26 ± 4,66	0,057 [a]
ASRS B bölümü (Hiperaktivite ve Dürtüsellik) puanı	22,43 ± 5,97	24,16 ± 5,98	0,107 [a]
ASRS Toplam puanı	47,86 ± 9,73	51,42 ± 9,45	**0,040 [a]**
Klinik görüşmeye dayanarak DEHB alt tipi			
Dikkat eksikliği baskın tip	19 (%30,2)	22 (%35,5)	**0,030 [c]**
Hiperaktivite ve Dürtüsellik baskın tip	13 (%20,6)	3 (%4,8)*	
Bileşik tip	31 (%49,2)	37 (%59,7)	
Aşırı Zihinsel Gezinme Ölçeği puanı	25 (21 - 28)	26 (21 - 30)	0,456 [b]
Uykusuzluk Şiddeti İndeksi puanı	10,68 ± 6,91	12,32 ± 5,44	0,143 [a]
Klinik olarak önemsiz düzeyde uykusuzluk (0-7)	21 (%33,3)	14 (%22,6)	0,157 [c]
Uykusuzluk (insomnia) alt eşiği (8-14)	24 (%38,1)	26 (%41,9)	
Klinik olarak orta şiddette uykusuzluk (15-21)	11 (%17,5)	19 (%30,6)	
Klinik olarak şiddetli uykusuzluk (22-28)	7 (%11,1)	3 (%4,8)	
Insomnia			
Yok (<15)	45 (%71,4)	40 (%64,5)	0,524 [c]
Var (≥15)	18 (%28,6)	22 (%35,5)	
Sabahçıl Akşamcıl Ölçeği puanı	42,76 ± 13,51	45,85 ± 12,68	0,190 [a]
Akşamcıl tip (16-41 puan)	34 (%54,0)	22 (%35,5)	0,061 [c]
Ara tip (42-58 puan)	25 (%39,7)	30 (%48,4)	
Sabahçıl tip (59-86 puan)	4 (%6,3)	10 (%16,1)	
Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği puanı			
Toplam	10,98 ± 2,08	11,02 ± 2,10	0,932 [a]
Temsil	5,87 ± 1,59	6,10 ± 1,51	0,422 [a]
Üst temsil	3 (2 - 3)	3 (2 - 3)	0,634 [b]
Empati	3 (2 - 3)	3 (2 - 3)	0,236 [b]
Gözlerden Zihin Okuma Testi puanı	23,35 ± 3,44	24,34 ± 3,19	0,098 [a]

Tanımlayıcı istatistikler normal dağılıma uygun olan nicel değişkenler için ortalama ± standart sapma, normal dağılıma uygun olmayan nicel değişkenler için ortanca (1. çeyrek - 3. çeyrek), nitel değişkenler için sıklık (yüzde) olarak verilmiştir.
ASRS: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
a Student t testi, b Mann Whitney U testi, c Ki-kare testi, d Fisher-Freeman-Halton testi, * Çok kategorili değişkenler için önemli fark bulunan kategori. İstatistiksel olarak önemli bulunan p değerleri kalın font ile belirtilmiştir.

4.6. Medeni Duruma Göre Ölçeklerden Elde Edilen Bulgular

ASRS B bölümü puanı (p=0,033), AZGÖ puanı (p=0,049) ve UŞİ puanı (p=0,030) evli hastalarda daha yüksek bulundu. (Tablo 8).

Tablo 8. Medeni Duruma Göre Ölçeklerden Elde Edilen Bulgular

	Medeni Hal		p
	Bekar (n=102)	Evli (n=23)	
ASRS A bölümü (Dikkat Eksikliği) puanı	26,15 ± 5,42	27,17 ± 5,17	0,410 [a]
ASRS B bölümü (Hiperaktivite ve Dürtüsellik) puanı	22,75 ± 6,00	25,70 ± 5,58	**0,033 [a]**
ASRS Toplam puanı	48,89 ± 9,65	52,87 ± 9,54	0,076 [a]
Klinik görüşmeye dayanarak DEHB alt tipi			
Dikkat eksikliği baskın tip	38 (%37,3)	3 (%13,0)	0,070 [c]
Hiperaktivite ve Dürtüsellik baskın tip	13 (%12,7)	3 (%13,0)	
Bileşik tip	51 (%50,0)	17 (%73,9)	
Aşırı Zihinsel Gezinme Ölçeği puanı	25 (21 - 29)	27 (25 - 31)	**0,049 [b]**
Uykusuzluk Şiddeti İndeksi puanı	10,92 ± 6,17	14,04 ± 6,12	**0,030 [a]**
Klinik olarak önemsiz düzeyde uykusuzluk (0-7)	33 (%32,4)	2 (%8,7)	0,107 [c]
Uykusuzluk (insomnia) alt eşiği (8-14)	40 (%39,2)	10 (%43,5)	
Klinik olarak orta şiddette uykusuzluk (15-21)	22 (%21,6)	8 (%34,8)	
Klinik olarak şiddetli uykusuzluk (22-28)	7 (%6,9)	3 (%13,0)	
Insomnia			
Yok (<15)	73 (%71,6)	12 (%52,2)	0,120 [c]
Var (≥15)	29 (%28,4)	11 (%47,8)	
Sabahçıl Akşamcıl Ölçeği puanı	43,54 ± 13,21	47,65 ± 12,56	0,176 [a]
Akşamcıl tip (16-41 puan)	49 (%48,0)	7 (%30,4)	0,260 [c]
Ara tip (42-58 puan)	43 (%42,2)	12 (%52,2)	
Sabahçıl tip (59-86 puan)	10 (%9,8)	4 (%17,4)	
Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği puanı			
Toplam	10,91 ± 2,13	11,39 ± 1,85	0,320 [a]
Temsil	5,91 ± 1,60	6,30 ± 1,29	0,274 [a]
Üst temsil	3 (2 - 3)	3 (2 - 3)	0,733 [b]
Empati	3 (2 - 3)	3 (2 - 3)	0,359 [b]
Gözlerden Zihin Okuma Testi puanı	23,60 ± 3,40	24,91 ± 2,92	0,088 [a]

Tanımlayıcı istatistikler normal dağılıma uygun olan nicel değişkenler için ortalama ± standart sapma, normal dağılıma uygun olmayan nicel değişkenler için ortanca (1. çeyrek - 3. çeyrek), nitel değişkenler için sıklık (yüzde) olarak verilmiştir.
ASRS: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
a Student t testi, b Mann Whitney U testi, c Ki-kare testi, d Fisher-Freeman-Halton testi, * Çok kategorili değişkenler için önemli fark bulunan kategori. İstatistiksel olarak önemli bulunan p değerleri kalın font ile belirtilmiştir.

4.7. UŞİ Ölçeği Kesme Değerine Göre Elde Edilen Bulgular

ASRS B bölümü puanı (p=0,001), ASRS Toplam puanı (p=0,003), bileşik tip DEHB yüzdesi (p=0,004) ve AZGÖ puanı (p<0,001) UŞİ değerine göre (UŞİ≥15) insomniası var kabul edilen hastalarda diğer hastalardan daha yüksek bulundu. SAÖ puanı (p=0,028), DEZİKÖ Toplam puanı (p=0,016) ve DEZİKÖ Üst temsil puanı insomniası olan hastalarda diğer hastalardan daha düşük bulundu (Tablo 8).

Tablo 9. İnsomnia Varlığına Göre Ölçeklerden Elde Edilen Bulgular

	İnsomnia		P
	Yok, UŞİ<15 (n=85)	Var, UŞİ≥15 (n=40)	
ASRS A bölümü puanı	25,78 ± 5,25	27,53 ± 5,50	0,090 [a]
ASRS B bölümü puanı	22,09 ± 5,99	25,83 ± 5,28	**0,001** [a]
ASRS Toplam puanı	47,87 ± 9,35	53,35 ± 9,54	**0,003** [a]
Klinik görüşmeye dayanarak DEHB alt tipi			
Dikkat eksikliği baskın tip	36 (%42,4)	5 (%12,5)*	**0,004** [c]
Hiperaktivite ve Dürtüsellik baskın tip	10 (%11,8)	6 (%15,0)	
Bileşik tip	39 (%45,9)	29 (%72,5)*	
Aşırı Zihinsel Gezinme Ölçeği puanı	24 (20 - 27)	27 (26 - 31)	**<0,001** [b]
Sabahçıl Akşamcıl Ölçeği puanı	46,06 ± 12,64	40,55 ± 13,56	**0,028** [a]
Akşamcıl tip (16-41 puan)	35 (%41,2)	21 (%52,5)	0,492 [c]
Ara tip (42-58 puan)	40 (%47,1)	15 (%37,5)	
Sabahçıl tip (59-86 puan)	10 (%11,8)	4 (%10,0)	
Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği puanı			
Toplam	11,31 ± 1,96	10,35 ± 2,19	**0,016** [a]
Temsil	6,11 ± 1,56	5,72 ± 1,52	0,201 [a]
Üst temsil	3 (2 - 3)	3 (1 - 3)	**0,032** [b]
Empati	3 (2 - 3)	2 (2 - 3)	0,195 [b]
Gözlerden Zihin Okuma Testi puanı	24,12 ± 3,50	23,25 ± 2,93	0,177 [a]

Tanımlayıcı istatistikler normal dağılıma uygun olan nicel değişkenler için ortalama ± standart sapma, normal dağılıma uygun olmayan nicel değişkenler için ortanca (1. çeyrek - 3. çeyrek), nitel değişkenler için sıklık (yüzde) olarak verilmiştir.

ASRS: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, UŞİ: Uykusuzluk Şiddeti İndeksi

a Student t testi, b Mann Whitney U testi, c Ki-kare testi, d Fisher-Freeman-Halton testi, * Çok kategorili değişkenler için önemli fark bulunan kategori. İstatistiksel olarak önemli bulunan p değerleri kalın font ile belirtilmiştir.

4.8. SAÖ Tiplerine Göre Ölçeklerden Elde Edilen Bulgular

ASRS A bölümü puanı (p=0,007) akşamcıl tipte, ara ve sabahçıl tiplerden daha yüksek bulundu (Tablo 9).

Tablo 10. SAÖ Tiplerine Göre Ölçeklerden Elde Edilen Bulgular

	Sabahçıl Akşamcıl Ölçeği sonucu			P
	Akşamcıl tip, SAÖ 16-41 puan (n=56)	Ara tip, SAÖ 42-58 puan (n=55)	Sabahçıl tip, SAÖ 59-86 puan (n=14)	
ASRS A bölümü puanı	27,93 ± 4,69	25,35 ± 5,73*	23,86 ± 4,94*	**0,007** [a]
ASRS B bölümü puanı	23,70 ± 5,97	22,89 ± 6,38	23,21 ± 4,82	0,781 [a]
ASRS Toplam puanı	51,62 ± 9,47	48,24 ± 10,14	47,07 ± 7,91	0,107 [a]
Klinik görüşmeye dayanarak DEHB alt tipi				
Dikkat eksikliği baskın tip	20 (%35,7)	16 (%29,1)	5 (%35,7)	0,211 [d]
Hiperaktivite ve Dürtüsellik baskın tip	3 (%5,4)	11 (%20,0)	2 (%14,3)	
Bileşik tip	33 (%58,9)	28 (%50,9)	7 (%50,0)	
Aşırı Zihinsel Gezinme Ölçeği puanı	26 (24 - 30)	25 (21 - 28)	23 (17 - 26)	0,087 [b]
Uykusuzluk Şiddeti İndeksi puanı	12,73 ± 6,39	10,98 ± 6,06	8,57 ± 5,52	0,059 [a]
Klinik olarak önemsiz düzeyde uykusuzluk (0-7)	12 (%21,4)	15 (%27,3)	8 (%57,1)	0,141 [d]
Uykusuzluk (insomnia) alt eşiği (8-14)	23 (%41,1)	25 (%45,5)	2 (%14,3)	
Klinik olarak orta şiddette uykusuzluk (15-21)	15 (%26,8)	11 (%20,0)	4 (%28,6)	
Klinik olarak şiddetli uykusuzluk (22-28)	6 (%10,7)	4 (%7,3)	0 (%0,0)	
İnsomnia				
Yok (<15)	35 (%62,5)	40 (%72,7)	10 (%71,4)	0,492 [c]
Var (≥15)	21 (%37,5)	15 (%27,3)	4 (%28,6)	
Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği puanı				
Toplam	10,80 ± 2,24	11,16 ± 1,88	11,14 ± 2,25	0,639 [a]
Temsil	5,87 ± 1,72	6,02 ± 1,34	6,29 ± 1,68	0,663 [a]
Üst temsil	3 (2 - 3)	3 (2 - 4)	3 (1 - 3)	0,385 [b]
Empati	2 (2 - 3)	3 (2 - 3)	3 (3 - 3)	0,157 [b]
Gözlerden Zihin Okuma Testi puanı	23,45 ± 3,38	24,07 ± 3,27	24,50 ± 3,52	0,455 [a]

Tanımlayıcı istatistikler normal dağılıma uygun olan nicel değişkenler için ortalama ± standart sapma, normal dağılıma uygun olmayan nicel değişkenler için ortanca (1. çeyrek - 3. çeyrek), nitel değişkenler için sıklık (yüzde) olarak verilmiştir.
ASRS: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, SAÖ: Sabahçıl Akşamcıl Ölçeği
a Tek yönlü varyans analizi (ANOVA), b Kruskal Wallis testi, c Ki-kare testi, d Fisher-Freeman-Halton testi, * "Akşamcıl tip" grubundan farklı. İstatistiksel olarak önemli bulunan p değerleri kalın font ile belirtilmiştir.

4.9. Ölçekler Arasındaki Korelasyonlar

ASRS A bölümü puanı; AZGÖ puanı (r=0,570; p<0,001) ve UŞİ puanı (r=0,285; p=0,001) ile pozitif korele bulunurken, SAÖ puanı (r=-0,355; p<0,001) ile negatif korele bulundu.

ASRS B bölümü puanı; AZGÖ puanı (r=0,632; p<0,001) ve UŞİ puanı (r=0,369; p=0,001) ile pozitif korele bulundu.

ASRS Toplam puanı; AZGÖ puanı (r=0,702; p<0,001) ve UŞİ puanı (r=0,386; p<0,001) ile pozitif korele bulunurken, SAÖ puanı (r=-0,284; p=0,001) ile negatif korele bulundu.

UŞİ puanı ile AZGÖ puanı (r=0,477; p<0,001) arasında pozitif korelasyon saptandı. SAÖ puanı; AZGÖ puanı (r=-0,267; p=0,003) ve UŞİ puanı (r=-0,320; p<0,001) ile negatif korele bulundu (Tablo 10).

Tablo 11. Ölçekler Arası Korelasyonlar

		Aşırı Zihinsel Gezinme Ölçeği puanı	Uykusuzluk Şiddeti İndeksi puanı	Sabahçıl Akşamcıl Ölçeği puanı
ASRS A bölümü puanı	r	0,570	0,285	-0,355
	p	**<0,001**	**0,001**	**<0,001**
ASRS B bölümü puanı	r	0,632	0,369	-0,142
	p	**<0,001**	**<0,001**	0,115
ASRS Toplam puanı	r	0,702	0,386	-0,284
	p	**<0,001**	**<0,001**	**0,001**
Uykusuzluk Şiddeti İndeksi puanı	r	0,477	-	-0,320
	p	**<0,001**	-	**<0,001**
Sabahçıl Akşamcıl Ölçeği puanı	r	-0,267	-0,320	-
	p	**0,003**	**<0,001**	-

r: Korelasyon katsayısı, ASRS: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği. İstatistiksel olarak önemli bulunan p değerleri kalın font ile belirtilmiştir.

4.10. Zihin Kuramı Ölçekleri İle Diğer Ölçekler Arasındaki Korelasyonlar

DEZİKÖ Toplam puanı; ASRS Toplam puanı (r=-0,193; p=0,031), AZGÖ puanı (r=-0,217; p=0,015) ve UŞİ puanı (r=-0,203; p=0,023) ile negatif korele bulunurken, GZOT puanı (r=0,257; p=0,004) ile pozitif korele bulundu.

DEZİKÖ Temsil puanı; AZGÖ puanı (r=-0,197; p=0,028) ile negatif korele bulundu. DEZİKÖ Üst Temsil puanı; ASRS A bölümü puanı (r=-0,182; p=0,043), ASRS Toplam puanı (r=-0,199; p=0,026) ve AZGÖ puanı (r=-0,202; p=0,024) ile negatif korele bulunurken, GZOT puanı (r=0,236; p=0,008) ile pozitif korele bulundu.

DEZİKÖ Empati puanı; UŞİ puanı (r=-0,190; p=0,034) ile negatif korele bulunurken, SAÖ puanı (r=0,186; p=0,038) ile pozitif korele bulundu (Tablo 11).

Tablo 12. Zihin Kuramı Ölçekleri İle Diğer Ölçekler Arasındaki Korelasyonlar

		DEZİKÖ Toplam puanı	DEZİKÖ Temsil puanı	DEZİKÖ Üst Temsil puanı	DEZİKÖ Empati puanı	Gözlerden Zihin Okuma Testi puanı
ASRS A bölümü puanı	r	-0,173	-0,140	-0,182	0,033	0,074
	p	0,054	0,120	**0,043**	0,712	0,415
ASRS B bölümü puanı	r	-0,157	-0,129	-0,175	0,009	0,088
	p	0,080	0,151	0,051	0,919	0,328
ASRS Toplam puanı	r	-0,193	-0,157	-0,199	0,034	0,095
	p	**0,031**	0,080	**0,026**	0,704	0,291
Aşırı Zihinsel Gezinme Ölçeği puanı	r	-0,217	-0,197	-0,202	0,008	0,037
	p	**0,015**	**0,028**	**0,024**	0,926	0,681
Uykusuzluk Şiddeti İndeksi puanı	r	-0,203	-0,146	-0,099	-0,190	-0,115
	p	**0,023**	0,105	0,274	**0,034**	0,200
Sabahçıl Akşamcıl Ölçeği puanı	r	0,166	0,145	0,020	0,186	0,077
	p	0,065	0,107	0,822	**0,038**	0,391
Gözlerden Zihin Okuma Testi puanı	r	0,257	0,129	0,236	0,143	-
	p	**0,004**	0,153	**0,008**	0,111	-

r: Korelasyon katsayısı, ASRS: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, DEZİKÖ: Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği. İstatistiksel olarak önemli bulunan p değerleri kalın font ile belirtilmiştir.

4.11. Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği Toplam Puanı İle Olan İlişkiler, Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi

Çoklu doğrusal regresyon analizi sonucuna göre yüksek sosyoekonomik düzey (b: 0,776; %95 GA: 0,377 - 1,175; p<0,001) ve DEHB için ilaç kullanımı (b: 1,276; %95 GA: 0,557 - 1,995; p=0,001), yüksek DEZİKÖ Toplam puanı ile bağımsız olarak ilişkili bulundu (Tablo 9). Analize dahil edilen diğer değişkenler olan, yaş (p=0,970), çalışma durumu (p=0,890), ASRS Toplam puanı (p=0,198), AZGÖ puanı (p=0,080) ve UŞİ puanı (p=0,109) istatistiksel olarak önemsiz bulundu (Tablo 12). Nihai model için en yüksek varyans enflasyon faktörü (VIF) 1,044 olarak hesaplandı. Buna göre modelimizde çoklu bağlantı olmadığını söyleyebiliriz.

Tablo 13. Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği Toplam Puanı İle Bağımsız Olarak İlişkili Olan Faktörler, Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi

	Standartlaştırılmamış regresyon katsayısı	Standart hata	Standartlaştırılmış regresyon katsayısı	p	Regresyon katsayısı için %95 GA	
(Sabit)	7,860	0,695		<0,001	6,485	9,236
Yüksek Sosyoekonomik düzey	0,776	0,202	0,327	**<0,001**	0,377	1,175
DEHB için ilaç kullanımı, Evet	1,276	0,363	0,298	**0,001**	0,557	1,995

Düzeltilmiş R^2=0,142; F=11,265; p<0.001
DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu. İstatistiksel olarak önemli bulunan p değerleri kalın font ile belirtilmiştir.

4.12. Gözlerden Zihin Okuma Testi Puanı İle Olan İlişkiler, Doğrusal Regresyon Analizi

Doğrusal regresyon analizi sonucuna göre ailede psikiyatrik hastalık varlığı (b: 1,214; %95 GA: 0,016 - 2,411; p=0,047), yüksek GZOT puanı ile bağımsız olarak ilişkili bulundu (Tablo 13).

Tablo 14. Gözlerden Zihin Okuma Testi Puanı İle Olan İlişkiler, Doğrusal Regresyon Analizi

	Standartlaştırılmamış regresyon katsayısı	Standart hata	Standartlaştırılmış regresyon katsayısı	p	Regresyon katsayısı için %95 GA	
(Sabit)	21,888	1,017		<0,001	19,876	23,900
Ailede psikiyatrik hastalık, Evet	1,214	0,605	0,178	**0,047**	0,016	2,411

Düzeltilmiş R^2=0,024; F=4,026; p=0,047

4.13. Aşırı Zihinsel Gezinme Ölçeği Puanı İle Bağımsız Olarak İlişkili Olan Faktörler, Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi

Çoklu doğrusal regresyon analizi sonucuna göre öz geçmişinde self mutilasyon girişimi varlığı (b: 1,611; %95 GA: 0,262 - 2,961; p=0,020), yüksek ASRS Toplam puanı (b: 0,364; %95 GA: 0,289 - 0,439; p<0,001) ve yüksek UŞİ puanı (b: 0,195; %95 GA: 0,078 - 0,312; p=0,001); yüksek AZGÖ puanı ile bağımsız olarak ilişkili bulundu (Tablo 14). Analize dahil edilen diğer değişkenler olan, medeni durum (p=0,478), öz geçmişinde diğer psikiyatrik tanı (p=0,228), öz geçmişinde depresif bozukluk (p=0,223), madde kullanımı (p=0,368), ASRS A bölümü puanı (p=0,822), ASRS B bölümü puanı (p=0,822) ve SAÖ puanı (p=0,785) istatistiksel olarak önemsiz bulundu. Nihai model için en yüksek varyans enflasyon faktörü (VIF) 1,182 (UŞİ puanı için) olarak hesaplandı. Buna göre modelimizde çoklu bağlantı olmadığını söyleyebiliriz.

Tablo 15. Aşırı Zihinsel Gezinme Ölçeği Puanı İle Bağımsız Olarak İlişkili Olan Faktörler, Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi

	Standartlaştırılmamış regresyon katsayısı	Standart hata	Standartlaştırılmış regresyon katsayısı	p	Regresyon katsayısı için %95 GA	
(Sabit)	1,914	1,949		0,328	-1,945	5,773
Self mutilasyon girişimi hikayesi, Evet	1,611	0,682	0,141	**0,020**	0,262	2,961
ASRS Toplam puanı	0,364	0,038	0,619	**<0,001**	0,289	0,439
Uykusuzluk Şiddeti İndeksi puanı	0,195	0,059	0,214	**0,001**	0,078	0,312

Düzeltilmiş R^2=0,564; F=54,383; p<0,001
ASRS: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği. İstatistiksel olarak önemli bulunan p değerleri kalın font ile belirtilmiştir.

4.14. Uykusuzluk Şiddeti İndeksi Puanı İle Bağımsız Olarak İlişkili Olan Faktörler, Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi

Çoklu doğrusal regresyon analizi sonucuna göre öz geçmişinde diğer psikiyatrik tanı varlığı (b: 2,216; %95 GA: 0,260 - 4,172; p=0,027), yüksek AZGÖ puanı (b: 0,405; %95 GA: 0,226 - 0,583; p<0,001) ve düşük SAÖ puanı (b: -0,093; %95 GA: -0,169 - -0,017; p=0,016) yüksek UŞİ puanı ile ilişkili bulundu (Tablo 15). Analize dahil edilen diğer değişkenler olan, medeni durum (p=0,064), öz geçmişinde anksiyete bozukluğu varlığı (p=0,569), ailede intihar girişimi öyküsü (p=0,300), ailede intihar girişimi sayısı (p=0,161), DEHB için ilaç kullanma durumu (p=0,075), ASRS A bölümü puanı (p=0,440), ASRS B Bölümü puanı (p=0,372) ve ASRS Total puanı (p=0,896) istatistiksel olarak önemsiz bulundu. Nihai model için en yüksek varyans enflasyon faktörü (VIF) 1,148 (AZGÖ puanı için) olarak hesaplandı. Buna göre modelimizde çoklu bağlantı olmadığını söyleyebiliriz.

Tablo 16. Uykusuzluk Şiddeti İndeksi Puanı İle Bağımsız Olarak İlişkili Olan Faktörler, Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi

	Standartlaştırılmamış regresyon katsayısı	Standart hata	Standartlaştırılmış regresyon katsayısı	p	Regresyon katsayısı için %95 GA	
(Sabit)	2,253	3,343		0,502	-4,365	8,872
Öz geçmişinde diğer (DEHB dışında) pskiyatrik tanı, Evet	2,216	0,988	0,177	**0,027**	0,260	4,172
Aşırı Zihinsel Gezinme Ölçeği puanı	0,405	0,090	0,370	**<0,001**	0,226	0,583
Sabahçıl Akşamcıl Ölçeği puanı	-0,093	0,038	-0,196	**0,016**	-0,169	-0,017

Düzeltilmiş R^2=0,266; F=15,990; p<0,001
DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu. İstatistiksel olarak önemli bulunan p değerleri kalın font ile belirtilmiştir.

4.15. Sabahçıl Akşamcıl Ölçeği Puanı İle Bağımsız Olarak İlişkili Olan Faktörler, Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi

Çoklu doğrusal regresyon analizi sonucuna göre self mutilasyon girişimi (b: -5,874; %95 GA: -10,073 - -1,052; p=0,007), yüksek ASRS A bölümü puanı (b: -0,646; %95 GA: -1,052 - -0,240; p=0,002) ve yüksek UŞİ puanı (b: -0,464; %95 GA: -0,812

- -0,116; p=0,009), düşük SAÖ puanı ile ilişkili bulundu (Tablo 17). Analize dahil edilen diğer değişkenler olan, çocuk sahibi olma (p=0,660), sigara kullanımı (p=0,068), sigara paket yıl (p=0,219), alkol kullanımı (p=0,170), madde kullanım öyküsü (p=0,178), ASRS Total puanı (p=0,389) ve AZGÖ puanı (p=0,716) istatistiksel olarak önemsiz bulundu. Nihai model için en yüksek varyans enflasyon faktörü (VIF) 1,100 (ASRS A bölümü puanı için) olarak hesaplandı. Buna göre modelimizde çoklu bağlantı olmadığını söyleyebiliriz.

Tablo 17. Sabahçıl Akşamcıl Ölçeği puanı ile bağımsız olarak ilişkili olan faktörler, çoklu doğrusal regresyon analizi

	Standartlaştırılmamış regresyon katsayısı	Standart hata	Standartlaştırılmış regresyon katsayısı	p	Regresyon katsayısı için %95 GA	
(Sabit)	75,227	5,800		<0,001	63,744	86,711
Self mutilasyon girişimi, Evet	-5,874	2,121	-0,224	**0,007**	-10,073	-1,675
ASRS A bölümü puanı	-0,646	0,205	-0,264	**0,002**	-1,052	-0,240
Uykusuzluk Şiddeti İndeksi puanı	-0,464	0,176	-0,221	**0,009**	-0,812	-0,116

Düzeltilmiş R^2=0,228; F=10,170; p<0,001
ASRS: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği. İstatistiksel olarak önemli bulunan p değerleri kalın font ile belirtilmiştir.

4.16. UŞİ Puanının Bağımlı Değişken, ASRS Toplam Puanının Bağımsız Değişken, AZGÖ Puanının Aracı Değişken Olarak Alındığı Mediasyon Analizi

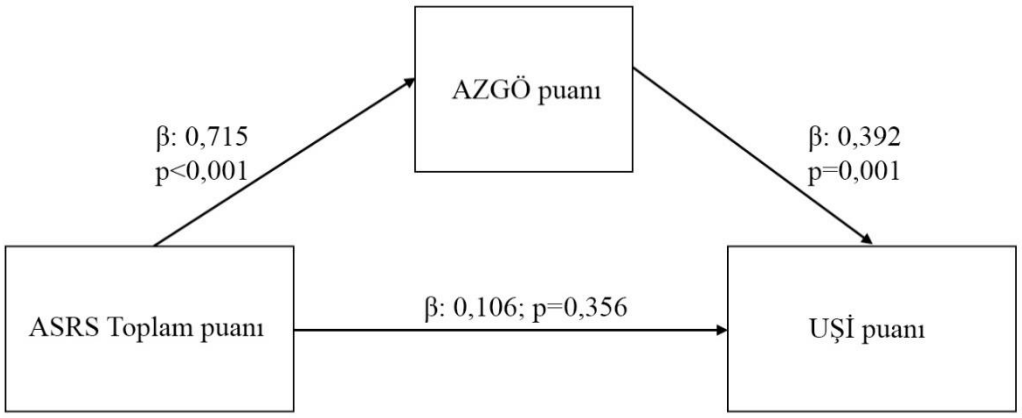
ASRS Toplam puanı bağımsız değişken, AZGÖ puanı aracı (mediyatör) değişken ve UŞİ puanı bağımlı değişken olacak şekilde aracı (mediyatör) değişken analizi yapıldı. ASRS Toplam puanı, AZGÖ puanı ile ilişkili bulundu (b: 0,420; %95 GA: 0,347 - 0,493; p<0,001). Çoklu modele göre AZGÖ puanı, UŞİ puanı ile ilişkili bulunurken (b: 0,429; %95 GA: 0,182 - 0,676; p=0,001), ASRS Toplam puanı ile UŞİ puanı arasında anlamlı ilişki saptanmadı (b: 0,068; %95 GA: -0,077 - 0,213; p=0,356). Diğer bir yandan, total etki modeline göre ASRS Toplam puanı, UŞİ puanı ile ilişkili bulundu (b: 0,248; %95 GA: 0,142 - 0,354; p<0,001) (Tablo 18). ASRS Toplam puanının, UŞİ puanı üzerinde, AZGÖ puanı aracılığıyla gerçekleştirdiği dolaylı etki

0,180 (%95 GA: 0,065 - 0,303) ve standartlaştırılmış dolaylı etki 0,280 (%95 GA: 0,101 - 0,468) olarak hesaplandı (Tablo18). Elde edilen bulgulara göre AZGÖ puanının, ASRS Toplam puanın UŞİ puanı üzerindeki etkisi için tam aracı (full mediator) olduğunu söyleyebiliriz (Şekil 1).

Tablo 18. UŞİ Puanının Bağımlı Değişken, ASRS Toplam Puanının Bağımsız Değişken, AZGÖ Puanının Aracı Değişken Olarak Alındığı Mediasyon Analizi

	Standartlaştırılmamış regresyon katsayısı (95% GA)	Standartlaştırılmış regresyon katsayısı	p
Bağımsız değişken → Aracı (mediyatör) değişken			
ASRS Toplam puanı → AZGÖ puanı	0,420 (0,347 - 0,493)	0,715	**<0,001**
Çoklu model			
ASRS Toplam puanı → UŞİ puanı	0,068 (-0,077 - 0,213)	0,106	0,356
AZGÖ puanı → UŞİ puanı	0,429 (0,182 - 0,676)	0,392	**0,001**
Total etki modeli			
ASRS Toplam puanı → UŞİ puanı	0,248 (0,142 - 0,354)	0,386	**<0,001**

GA: Güven aralığı, ASRS: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, AZGÖ: Aşırı Zihinsel Gezinme Ölçeği, UŞİ: Uykusuzluk Şiddeti İndeksi



Şekil 1. Bağımsız değişken: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) Toplam puanı, Aracı (mediyatör) değişken: Aşırı Zihinsel Gezinme Ölçeği (AZGÖ) puanı, Bağımlı değişken: Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (UŞİ) puanı, β: Standartlaştırılmış regresyon katsayısı

5. TARTIŞMA

5.1. Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin İncelenmesi

Çalışmamızda yer alan 125 DEHB tanılı hastanın (63 erkek, 62 kadın) cinsiyet dağılımında önemli bir fark ortaya çıkmamıştır. Çalışmamızdaki cinsiyet dağılımı literatürle uyumlu bulunmuştur. Güncel literatürde de erişkinlerde DEHB erkek/kadın oranı 1,2:1 olarak belirtilmektedir (19).

Medeni durum açısından çalışmamızda hastaların %81,6'sının bekâr olduğu bulgusu, DEHB hastalarının sosyal ilişkilerde sorunlar yaşadığı ve evlilik gibi uzun süreli ilişkilerde güçlük çektiği bulgularıyla tutarlıdır. Özellikle Barkley, DEHB tanılı erişkinlerin, dürtüsellik ve dikkat sorunları nedeniyle ilişki yönetiminde zorluklar yaşadığını ve bu durumun evlilik oranlarının düşük olmasına yol açabileceğini ifade etmektedir (191). Buna ek olarak çalışmamızdaki katılımcıların ortanca yaşının 24 olması, bekar hasta oranının yüksek bulunmasında etkili bir faktör olabilir.

Çalışmamızda, katılımcıların %7,2'sinin ebeveynlerinde boşanma öyküsü mevcuttur. Bu konuda yapılmış bir çalışmada DEHB'li çocuklara sahip ailelerdeki boşanma öyküsünün %22,7 olduğu testip edilmiştir. (192). 2022 yılında yayınlanan DEHB tanılı çocukların ailelerinin incelendiği bir meta-analizde, DEHB tanılı çocuğa sahip olmanın, aile içi stresin artmasına ve ebeveyn ilişkilerinin zorlaşmasına yol açtığı ve bu nedenle ailede boşanma riskinin arttığı belirtilmektedir (193) . Boşanma oranı açısından bulgularımız literatürle uyumlu bulunmamıştır.

Çalışmamızda, geçmişinde DEHB tanısı dışında başka psikiyatrik tanı almış bireylerin oranı %55,2 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda ayrıca DEHB tanılı bireylerin öz geçmişlerinde %35,2 oranında anksiyete bozuklukları tanısı %37,2'sinin majör depresif bozukluk tanısı aldığı gözlemlenmiştir. Bu alanda yapılan çalışmalar, DEHB'li erişkinlerin %40'ından fazlasının DEHB tanısı almadan önce başka psikiyatrik tanı aldığını ve bu tanıların %35-50 oranında depresif bozukluk veya distimi tanısı, %40-50 oranında anksiyete bozuklukluğu tanısı ve %40-50 oranında madde kullanım bozuklukluğu tanısı olduğunu belirtmektedir (3,191). Bu bulgular,

erişkin DEHB tanısının gecikmesine neden olan komorbid psikiyatrik bozuklukların yaygınlığını ve tedavi süreçlerini karmaşık hale getiren faktörleri ortaya koymaktadır. DEHB hastalarının yaşamlarının erken dönemlerinde başka psikiyatrik tanılar almasının, doğru tanı ve tedavi süreçlerini geciktirdiği anlaşılmaktadır. Ayrıca çalışmamızda intihar girişimi öyküsü olan hastaların oranı %6,4 ve self-mutilasyon oranı ise %46,4 olarak bulunmuştur. Hinshaw ve arkadaşlarının çalışmasındaki %12'ye varan intihar girişimi ve %40'ı aşan self-mutilasyon oranları tespit edilmiştir. (194). Belirttiğimiz sonuçlar DEHB hastalarında emosyonel regülasyon bozukluklarının sıklığını ve intihar davranışlarına eğilimlerini yansıtmaktadır. 2024 yılında yapılmış olan bir çalışmada, öz geçmişinde self mutilasyon girişimi öyküsü olan DEHB hastalarının ileride daha yüksek riskli intihar girişiminde bulunma olasılıklarının arttığı belirtilmiştir (195). Self-mutilasyonun gelecekteki intihar girişimi ile ilişkisini değerlendiren bir meta-analizde ise self mutilasyonun, gelecekteki intihar girişimi riskini 4,27 kat arttırdığı tespit edilmiştir (196). Self-mutilasyon ve intihar girişimi arasındaki ilişkinin ifade edildiği çalışmaların ışığında, self mutilasyonun DEHB hastalarında ciddi bir uyarı işareti olup, gelecekteki intihar riskinin artışına işaret edebileceğini ve bu nedenle, klinik uygulamada self mutilasyon davranışı olan DEHB hastalarının erken tanınması ve bu davranışın intihar yönüyle ele alınması, intiharın önlenmesinde önem taşıyabileceğini düşündürmektedir. Bu bağlamda, intiharın önlenmesi yönünde DEHB hastalarında kapsamlı bir yaklaşım benimsenmesi gerekebileceğini düşünüyoruz. Özellikle duygusal düzenleme güçlükleriyle self mutilasyon davranışları arasındaki ilişkiler düşünüldüğünde, duygusal düzenleme üzerine yapılacak müdalelerin intihar açısından riskli davranışların azaltılmasında önemli bir yere sahip olabileceğini ve bu alanda daha fazla araştırma yapılmasının, intihar riskini azaltmaya yönelik daha etkili önleme stratejilerinin geliştirilmesine katkı sağlayabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda da hastaların %60,8'inde birinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu gözlenmiştir; bu oran, literatürde bildirilen %50-70 arası aile öyküsü oranlarıyla tutarlıdır (197). Bizim çalışmamızda ailede en sık gözlenen üç psikiyatrik hastalık majör depresif bozukluk (%30,4), DEHB (%27,2) ve yaygın anksiyete bozukluğudur (%12,8). Bu alanda yapılmış çalışmlar DEHB tanılı hastaların

ailelerinde depresif bozukluk (%37,3), anksiyete bozukluğu (%29), DEHB (%21,2) ve BAB'nin (%6,8) sağlıklı kontrollerin ailelerine göre daha yaygın görüldüğünü ortaya koymuştur (198–200). Bu veriler, DEHB hastalarının ailelerinde önemli bir psikiyatrik rahatsızlık yükü olduğunu ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda hastaların %36,8'inin sigara kullanımı, %24'ünün alkol kullanımı, %2,4'ünün ise hâlihazırda madde kullanımı mevcuttu ve öz geçmişinde madde kullanımı öyküsüne sahip hastalarımızın oranı %24,8'idi. Mevcut çalışmalar; DEHB hastalarında sigara kullanımın %41, alkol kullanım bozukluğunun %25-40, madde kullanım bozukluğunun ise %10-30 oranında görüldüğü belirtmektedir (201–203). Sonuç olarak DEHB'nin emosyon düzensizliği, dürtüsellik ve artan risk alma davranışları gibi özellikleri de göz önünde bulundurulduğunda DEHB'nin sigara, alkol madde kullanma eğilimini arttırdığı çalışmalarla desteklenmektedir.

Çalışmamızda, ilk teşhis konulma yaşı 23,26 ± 7,68 olarak bulunmuş olup, bu, yetişkinlerde DEHB'nin genellikle geç teşhis edildiğini gösteren çalışmalar ile uyumludur. Vater ve arkadaşlarının çalışmasında erişkinlik döneminde DEHB tanısı alan bireylerde ortalama tanı yaşı 26,4 olarak bildirilmiştir (204). Bu sonuç, DEHB'nin tanı alma sürecinin erişkinliğin erken dönemlerine kadar gecikebileceğini göstermektedir. Çocukluk dönemindeki hiperaktivite ve dikkat eksikliği semptomları, çevresel ve kişisel faktörlerle örtülebilir veya bireyin akademik ve sosyal işlevlerini kısmen etkileyebilir ve bu durum DEHB'de tanı gecikmesine yol açabilir. Bunun yanında bu rahatsızlığın belirtileri, özellikle akademik ve mesleki taleplerin arttığı ergenlik sonrası dönemde daha belirgin hale gelebilmektedir (18,191). Bu durum, tanının genellikle 20'li yaşlara kadar ertelenmesine yol açabilir. Tanı koymadaki bu gecikmenin diğer nedenleri arasında, DEHB belirtilerinin bireyin çevresi tarafından kişilik özellikleri olarak yorumlanması, öğretmenler ya da aile üyeleri tarafından atipik davranışların yeterince fark edilmemesi ve erken dönemlerde profesyonel yardıma başvurulmaması olabilir(204). Bu bulgular, çocukluk döneminde gözden kaçan belirtilerin fark edilmesi için hem aileler hem de eğitimciler açısından farkındalığın artırılmasının önemini vurgulamaktadır.

Çalışmamızda DEHB için ilaç kullanan hastaların %37,6'sı tedavi görmekte olup, bunların büyük çoğunluğu (%97,9) metilfenidat kullanmaktadır. Bu oran, metilfenidatın DEHB tedavisinde en yaygın kullanılan ilaç olduğunu gösteren literatürle uyumludur (33). Metilfenidatın kısa (%19,6), orta (%8,7) ve uzun etkili (%71,7) formlarının kullanımı da çalışmamızdaki hastalar arasında çeşitlilik göstermiştir. Atomoksetin kullanım oranının düşük olması (%0,8) ve uzun-orta etkili metilfenidat kullanımın yüksek olması DEHB tedavisinde birinci basamak ilaç olarak orta-uzun etkili metilfenidatın tercih edilmesine dair güncel klinik kılavuzlarla uyumludur (77).

5.2. Ölçeklerden Elde Edilen Bulguların Değerlendirilmesi

DEHB alt tiplerine göre dağılıma bakıldığında, hastalarımızın %32,8'inin dikkat eksikliği baskın tip, %12,8'inin hiperaktivite ve dürtüsellik baskın tip ve %54,4'ünün bileşik tip DEHB olduğu görülmüştür. Mevcut çalışmalar; DEHB tanılı yetişkin hastalarda bileşik tipin en sık görüldüğünü, sonra dikkat eksiliği baskın tipin görüldüğünü ve son olarak da hiperaktivite/dürtüsellik baskın tipin görüldüğünü belirtmektedir (205). Sonuçlarımız bu sıklık sırasıyla uyumludur.

UŞİ puanı ortalamasının 11,50 ± 6,25 olarak bulunması ve UŞİ ölçeği kesme değerine göre (UŞİ≥15) hastalarımızın %32'sinde insomnia tespit edilmesi, DEHB hastalarında sık görülen uyku bozukluklarıyla örtüşmektedir. İnsomnia ve DEHB arasındaki ilişki, özellikle erişkin DEHB'sinde önemli bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Çalışmalar, DEHB tanılı erişkinlerde insomnia prevalansının %30-60 arasında değiştiğini bildirmiştir, bu da çalışmamızdaki bulgularla büyük ölçüde uyumludur (6). Literatürde insomnia sabahları uyanmayı zorlaştırabileceği ve gün boyunca yorgunluğa neden olabileceği ve bu durumun DEHB'li hastalarda hem dikkat eksikliğini arttırabileceği hem de hiperaktiviteyi şiddetlendirebileceği ve bireylerin günlük işlevselliğini olumsuz yönde etkilediği de vurgulanmaktadır (206).

SAÖ sonuçlarına göre, hastalarımızın %44,8'i akşamcıl tip, %44'ü ara tip ve %11,2'si sabahçıl tip olarak sınıflandırılmıştır. Bu bulgu, DEHB tanılı hastalarda daha yaygın olarak akşamcıl kronotipin görüldüğünü gösteren literatürle tutarlıdır. Korman

ve arkadaşları, DEHB tanılı hastalarda uyku-uyanıklık döngüsünde kaymalar olduğunu ve DEHB tanılı hastaların %40'ından fazlasının akşamcıl kronotipe sahip olduklarını belirtmişlerdir. Ayrıca bu çalışmada, akşamcıl tip bireylerde uyku bozukluklarının daha yaygın olduğu ve bu bireylerin gece geç saatlerde daha aktif olma eğiliminde olduğu da belirtilmektedir (111).

5.3. Ölçek Puanları İle Hastalara Ait Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Arasındaki Korelasyonların İncelenmesi

Annenin vefat etmiş olması ile ASRS A bölümü puanı, ASRS B bölümü puanı ve ASRS toplam puanı arasındaki pozitif korelasyon, ailevi kayıplar ile DEHB semptomları arasındaki olası ilişkiye işaret etmektedir. Çalışmalar, özellikle çocukluk döneminde yaşanan ailevi travmaların DEHB semptomlarını şiddetlendirdiğini ve bu durumun erişkinlikte de devam ettiğini bildirmektedir (207). Ailevi stresörler ve kayıplar, dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik semptomlarının daha belirgin hale gelmesine ve bireylerin bu semptomlarla başa çıkmakta zorlanmasına neden olabilir. Ebeveyn kaybının, hem dikkat eksikliği hem de dürtüsellik gibi DEHB semptomlarını artırıcı etkisi literatürde de sıkça vurgulanmaktadır (207). Çalışmamızda da anne kaybı olan hastalarda DEHB belirtilerinin daha belirgin olduğu görülmektedir.

Çalışmamızdaki intihar girişimi öyküsü ve intihar girişimi sayısı ile ASRS A bölümü puanları arasındaki pozitif korelasyon bulunmuştur, bunun yanında çalışmamızda intihar girişim sayısı ile ASRS toplam puanı arasında da pozitif korelasyon bulunmuştur. Bu bulgularımız DEHB hastalarında DEHB belirti şiddeti ve intihar arasındaki ilişkiye işaret etmektedir. Bu bulgumuz öncesinde gösterilen DEHB ve artan intihar riski arasındaki ilişki ile uyumludur (194).

Çalışmamızda halihazırda madde kullanımı ile ASRS A bölümü ve ASRS B bölümü ve ASRS toplam puanları arasındaki pozitif korelasyon, DEHB'nin madde bağımlılığı ile ilişkili olduğunu gösteren literatürle tutarlıdır. Wilens ve arkadaşları, DEHB hastalarında madde kullanımının genel popülasyona göre daha yaygın olduğunu ve bu bireylerin madde kullanma eğilimlerinin dikkat eksikliği ve dürtüsellik

semptomları ile ilişkili olduğunu vurgulamıştır (208). Çalışmamızda da madde kullanımı ile DEHB belirtileri arasında bulunan pozitif korelasyon, DEHB'nin bu bireylerde madde kullanımını artırabileceğini ve bu bireylerin sorunlarını madde kullanımının yardımıyla yönetmeye çalışıyor olabileceklerini akla getirmektedir. Bunun yanında çalışmamızda az sayıda hastanın halihazırda madde kullanımının olması belirttiğimiz bu sonuçların başka çalışmalarla gözden geçirilmesini gerektireceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerini gösteren ASRS B bölümü puanı hastalarda evli olma ile pozitif korele bulunmuştur, Eakin ve arkadaşlarının çalışmalarında da evli DEHB hastalarının, evliliklerinde daha fazla sorun yaşadığı ve bu durumun hiperaktivite ve dürtüsellik semptomlarını artırabileceği belirtilmiştir (209). Bizim çalışmamızda da evli olmanın hiperaktivite/dürtüsellik ile pozitif korele olması, bu bireylerin evlilik süreçleriyle de ilişkili olabilir. Ancak, sınırlı sayıda çalışmada ise, evliliğin DEHB için yalnızca bir risk faktörü olmadığını, aynı zamanda düzeltici bir etki de sağlayabileceğini göstermektedir (210,211). Destekleyici ve uyumlu bir partnerin varlığı, DEHB semptomlarının yönetiminde olumlu bir rol oynayabilir. Örneğin, evlilik uyumunun yüksek olduğu durumlarda DEHB belirtilerinin azaldığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (210,211). Bu, yapılandırılmış ve güven veren bir evlilik ortamının, bireyin semptomları üzerinde düzenleyici bir etkisi olabileceğini düşündürmektedir. Bu iki perspektifi bir arada değerlendirdiğimizde, evliliğin DEHB semptomları üzerindeki etkisinin bireyin evlilik kalitesine ve ilişki dinamiklerine bağlı da olabileceği akla gelmektedir. Sonuç olarak, evlilik, bazı bireyler için bir stres kaynağı olarak DEHB semptomlarını artırabilirken, diğerleri için bir destek mekanizması sağlayarak DEHB semptom yönetimini kolaylaştırabilir. Bu çelişkili bulgular, gelecekteki çalışmalarda evlilik kalitesi, ilişki dinamikleri ve bireysel destek mekanizmalarının detaylı bir şekilde incelenmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda, AZGÖ puanının evli hastalar, geçmişte başka psikiyatrik tanı olma, self mutilasyon girişimi öyküsü ve halihazırda madde kullanımı ile pozitif korele bulunması, zihin gezinmesi ve bu değişkenler arasındaki potansiyel bağlantıları vurgulamaktadır. Hasking ve arkadaşları, kendine zarar verme davranışının bireylerin

rahatsız edici düşünceleri kontrol etme çabasıyla ortaya çıkabileceğini ve bu sürecin ruminasyon ile ilişkili olduğunu belirtmiştir (212). Ruminasyon ve zihin gezinmesi ilişkisi arasındaki poizitif ilişkiyse daha öncesinde gösterilen bir durumdur ve bazı çalışmalarda ruminasyon zihin gezinmesinin bir alttürü olaral kabul edilmektedir (213–215). Biz de çalışmamızda self-mutilasyon girişim öyküsü ile zihin gezinmesi arasında pozitif korelasyon bulduk. Self mutilasyon, genellikle bireylerin duygusal gerilimi azaltmak, zihinsel karmaşayı yatıştırmak veya kontrol edemedikleri düşüncelerini geçici bir süreliğine dindirmek için kullandıkları bir başa çıkma stratejisi olarak tanımlanır. Bu bireyler, anda kalmakta ve dikkatlerini dış dünyaya yönlendirmekte güçlük çekebilirler, bu nedenle içsel düşüncelerle sürekli bir meşguliyet halinde olup zihin gezinmesine yatkınlık yaşıyor olabilirler. Bu yoğun içsel düşünceler ve bu düşüncelerin getirebileceği olumsuz duygular bireylerde bir tür "zihinsel gürültü" yaratabilir ve bu gürültüyü bastırmak veya kontrol altına almak için kişiler kendine zarar verme davranışlarına yönelebilirler.

Halihazırda madde kullanımı ve zihin gezinmesi seviyeleri arasındaki pozitif korelasyon, bu bireylerin anda kalmakta zorlanarak, sürekli içsel düşüncelere ve kaygılara yönelme eğilimleri nedeniyle beyinlerini bu düşüncelerden uzaklaştırmak ya da geçici olarak "susturmak" amacıyla amacıyla madde kullanımına başvurduklarını düşündürebilir. Literatürde, dikkatini içsel düşüncelerden ayırmakta zorlanan bireylerin, madde kullanımını bir kaçış yöntemi olarak kullanabilecekleri ve bunun zihinsel huzursuzluklarını azaltmanın bir yolu olarak görülebileceği belirtilmiştir (216). Madde kullanımı, bu bireyler için düşüncelerini geçici olarak bastırarak rahatlama sağlamanın bir aracı olabilir. Dolayısıyla, madde kullanımı ve zihin gezintisi arasındaki bu ilişki, dikkat süreçleri ve duygusal düzenleme becerilerindeki zorlukların bir yansıması olarak değerlendirilebilir. Evlilikle ilişkili süreçlerde de yukarıda belirttiğimiz süreçler üzerinden zihin gezinmesiyle evli olma arasında bir pozitif ilişkinin oluşmasına katkı sağlamış olabilirler. Sonuç olarak, çalışmamızdaki bulgular, geçmişte yaşanan psikiyatrik tanıların ve riskli davranışların (self mutilasyon ve madde kullanımı gibi) ve evli olmanın bireylerin zihinsel süreçlerini etkiliyerek zihin gezinmesi seviyelerini arttırabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda DEZİKÖ toplam puanı yaş, çalışıyor olma durumu, yüksek sosyoekonomik düzey ve DEHB için ilaç kullanımı ile pozitif korele bulunmuştur. Çalışmamızda yaşın artışı ile zihin kuramı becerilerindeki artışın pozitif korele bulunması, bu becerilerin zamanla gelişen sosyal deneyimler ve yaşam tecrübelerinden olumlu etkilenebiliceği ihtimalini düşündürmektedir. Sosyoekonomik düzeyin yüksek olması da bu becerilere olumlu katkı sağlayabilir. Bunun yanında zihin kuramı becerileri yüksek kişilerde bu beceriler yardımıyla daha yüksek bir sosyoekonomik düzeye ulaşıyor da olabilir.

Çalışmamızda, çalışan hastalarda DEZİKÖ toplam puanı ve birinci derece yanlış inanç, ikinci derece yanlış inanç ve metafor kavramayı ölçen temsil puanları daha yüksek bulunmuştur. İş ortamında karşılaşılan sosyal ve profesyonel etkileşimler, bireylerin zihin kuramı becerilerini daha fazla kullanmalarına ve geliştirmelerine olanak tanıyabilir. Ayrıca, DEHB için ilaç kullanan bireylerde de zihin kuramı becerilerinin daha iyi olması, rahatsızlığın belirtilerin azalmasıyla bireylerin sosyal etkileşimlerde daha başarılı olmalarına yardımcı olduğuna ve böylelikle sosyal bilişsel becerilerinin geliştiğine dair literatür bulgularıyla uyumludur (33).

Çalışmamızda anne-baba boşanma öyküsü ile ironi/ima ve faux pası ölçen DEZİKÖ Üst Temsil puanı arasında pozitif bir ilişki bulunması, ailevi stresörlerin bazı bireylerde zihin kuramı becerilerini geliştirmelerine zorlayıcı bir katkı sağladığını düşündürebilir. Genelde boşanmanın çocukların sosyal, duygusal ve bilişsel gelişimleri üzerinde olumsuz etkiler yarattığı bilinse de, bu tür zorlayıcı yaşam olaylarının bireylerde dayanıklılık (*resilience*) gelişimine yol açabileceğine dair bazı araştırmalar mevcuttur (217) . Dayanıklılık kazanan bireyler, zorluklarla başa çıkmayı öğrenerek daha güçlü sosyal beceriler geliştirebilirler. Bu süreç, özellikle güçlü sosyal destek sistemlerinin mevcut olduğu durumlarda daha belirgin olabilir. Sonuç olarak, boşanma gibi zorlu yaşam olaylarının bazı bireyler için sosyal bilişsel becerilerin gelişimine katkıda bulunabileceği yönündeki bulgumuz, dayanıklılık kavramı ve sosyal desteğin etkileriyle açıklanabilir. Gelecekte yapılacak çalışmalar, bu tür zorlukların ardından bireylerin dayanıklılık ve sosyal beceriler geliştirmesini daha ayrıntılı bir şekilde inceleyebilir.

Çalışmamızda, zihin kuramının sosyal algısal bileşenini değerlendiren GZOT puanının ailede psikiyatrik hastalık varlığı ile pozitif korelasyon göstermesi, bu rahatsızlıkların bireylerin sosyal bilişsel becerilerinin gelişiminde etkili olabileceğini düşündürmektedir. Literatürde psikiyatrik rahatsızlıkların genellikle zihin kuramı becerilerini olumsuz etkilediği bildirilse de (218), bulgularımız farklı bir perspektif sunmaktadır. Ailede psikiyatrik sorunlar bulunan bireyler, çevrelerindeki karmaşık sosyal sinyalleri anlamaya yönelik daha fazla çaba gösterebilir, bu da zihin kuramı becerilerinin gelişmesine katkıda bulunabilir. Eğer bu tür ailelerde güçlü sosyal destek mekanizmaları mevcutsa, bu durum çocukların sosyal bilişsel becerilerinin gelişimine de olumlu katkı sağlayabilir. Sonuç olarak, bulgularımız ailedeki psikiyatrik rahatsızlıkların sosyal bilişsel gelişim üzerindeki karmaşık ve potansiyel olarak olumlu etkilerini vurgulamaktadır. Bilebildiğimiz kadarıyla çalışmamız erişkin DEHB hastalarında ailede psikiyatrik tanı olması ile zihin kıramı becerilerileri arasında pozitif bir ilişki olduğunu ortaya koyan ilk çalışmadır. Bu ilişkinin daha iyi anlaşılabilmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

5.4. DEHB İçin İlaç Kullanma Durumuna Göre Ölçeklerden Elde Edilen Bulguların İncelenmesi

Çalışmamızda UŞİ puanı ilaç kullanan grupta daha düşük olarak saptanırken, DEZİKO Toplam puanı ve birinci derece yanlış inanç, ikinci derece yanlış inanç ve metafor kavramayı değerlendiren DEZİKO Temsil puanı ilaç kullanmayan hastalarda daha düşük saptanmıştır.

Çalışmamızda, insomnia düzeyinin ilaç kullanan grupta ilaç kullanmayan gruba göre anlamlı olarak daha düşük bulunması, DEHB tedavisinde kullanılan ilaçların uyku üzerindeki etkileri ile uyum göstermektedir. Literatürde, DEHB tedavisinde kullanılan stimülan ve non-stimülan ilaçların, insomnia belirtilerini hafifletme potansiyeline sahip olduğu ve hastaların uyku düzenini iyileştirebildiği belirtilmektedir (219). Bulgularımız, DEHB tedavisinde kullanılan ilaçların dikkat, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerini azaltarak inomniayı iyileştirebileceğini ortaya koymaktadır. Literatürde stimülan ilaçların bazı bireylerde uykuya dalma süresini uzatabileceği ve uyku kalitesini olumsuz etkileyebileceği, ancak bu etkilerin bireyler

arasında farklılık gösterdiği belirtilmektedir. Bununla birlikte, stimülanların DEHB semptomlarını azaltarak uyku kalitesini iyileştirebileceği de literatürde belirtilmiştir (220). Bu doğrultuda, çalışmamızda ilaç kullanan hastalarda daha düşük insomnia gözlemlenmesi, stimülan ilaçların insomnia üzerindeki etkileri ile ilgili mevcut literatürle uyumlu bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Ayrıca, DEZİKO Toplam puanı ve birinci derece yanlış inanç, ikinci derece yanlış inanç ve metafor kavramayı değerlendiren temsil puanlarının ilaç kullanmayan grupta ilaç kullanan gruba göre anlamlı olarak daha düşük olması, DEHB tedavisinde ilaç kullanımının zihin kuramı ve sosyal biliş becerileri üzerindeki olası destekleyici etkisini düşündürmektedir. Literatürde, DEHB hastalarında sosyal bilişsel işlevlerin zayıflayabileceği ve ilaç tedavisinin bu işlevleri destekleyebileceği ifade edilmektedir (221). İlaç kullanan hastalardaki zihin kuramı ve temsil becerilerinin daha yüksek olması, tedavinin zihin kuramı ile ilişkili alanlardaki işlevleri güçlendirebileceğini göstermektedir. Sonuç olarak, ilaç kullanımının DEHB hastalarında insomnia ve zihin kuramı becerilerini olumlu etkilediği görülmektedir.

5.5. Cinsiyete Göre Ölçeklerden Elde Edilen Bulguların İncelenmesi

Çalışmamızda ASRS Toplam puanı kadın hastalarda erkek hastalara göre daha yüksek bulunurken, hiperaktivite ve dürtüsellik baskın tip yüzdesi erkek hastalarda kadın hastalara göre daha yüksek bulunmuştur,

Çalışmamızda, ASRS toplam puanının kadın hastalarda daha yüksek bulunması, cinsiyet farklılıklarının DEHB semptomları üzerindeki etkisini vurgulayan literatürle uyumludur. Literatürde, kadınların DEHB semptomlarını genellikle daha yüksek içselleştirme eğilimiyle yaşadığını ve bunun da toplam ASRS puanlarının yüksek bulunmasına neden olabileceğini belirtilmiştir (222). Kadınlarda dikkatsizlik ve duygusal disregülasyon gibi belirtilerin daha belirgin olması, bu yüksek puanlarla ilişkilendirilebilir. Buna karşılık, hiperaktivite ve dürtüsellik baskın tip yüzdesinin erkek hastalarda daha yüksek bulunması, erkeklerde DEHB'nin daha dışavurumcu belirtilerle kendini gösterdiğini desteklemektedir (222).

5.6. İnsomnia Varlığına Göre Ölçeklerden Elde Edilen Bulguların İncelenmesi

Çalışmamızda UŞİ kesme değerine göre hastaların %32'si insomnia grubuna kabul edilmiştir ve insomnia grubundaki hastalarda ASRS B bölümü puanı, ASRS toplam puanı, bileşik tip DEHB yüzdesi ve zihin gezinmesi seviyeleri insomniası olmayan gruptan daha yüksek bulumuşutr. Literatürde, DEHB tanılı bireylerde uyku bozukluklarının, özellikle insomnia gibi uyku düzenini etkileyen problemlerin sık görüldüğü bildirilmektedir ve DEHB'li erişkinlerin yaklaşık %43-80'inde insomnia görüldüğünü belirtilmiş ve bu bozuklukların, dikkat eksikliği ve dürtüsellik gibi semptomları şiddetlendirdiğini vurgulamıştır (206,223). Çalışmamızda da insomnia grubuna kabul edilen hastalarda ASRS puanlarının daha yüksek bulunması, uyku bozukluklarının DEHB semptomlarını şiddetlendirebileceğini ve insomnia ile ilişkili süreçler üzerinden bireylerin günlük işlevselliğini etkileyebileceğini göstermektedir. Bileşik tip DEHB yüzdesinin insomnia tanısı olan hastalarda daha yüksek bulunması, bileşik tipin hem dikkat eksikliği hem de hiperaktivite/dürtüsellik semptomlarını birlikte barındırdığı ve bu semptomların uyku düzenini olumsuz etkileyebileceği yönündeki literatürle uyumludur (117,223). Uyku problemleri de bu tip bireylerde daha belirgin olabilir, çünkü hem dikkat eksikliği hem de dürtüsellik, uykuya dalma ve sürdürme sorunlarına yol açabilir.

Çalışmamızda AZGÖ puanlarının insomnia grubunda insomnia olmayan gruba göre anlamlı olarak daha yüksek bulunması, insomnia grubundaki hastalarda zihin gezinmesi seviyelerinin insomnia grubunda insomnia olmayan gruba göre daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Zihinsel gezinmenin, bireyin sürekli olarak dikkati dış uyarıcılara verememesi ve odaklanamama durumu olduğunu ve bu durumun DEHB tanılı bireylerde daha sık görüldüğünü daha önceden belirtmiştik. İnsomnia ile zihin gezinmesi arasındaki ilişkiyi inceleyen, Xu ve arkadaşlarının insomnia tanısı olan hastalarda ve sağlıklı kontrol grubunda, insomnia ve zihin gezinmesi arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmasında, insomnia tanısı olan bireylerin sağlıklı kontrollere göre dikkatlerinin daha kolay dağıldığı ve zihinsel gezinme sıklığının arttığı gösterilmiştir. Xu'nun çalışmasında, uykusuzluğun bilişsel kaynakları tüketerek dikkatin sürdürülebilirliğini azalttığı ve bu durumun zihinsel gezinmeye yol açtığı

belirtilmiştir (224). Helfer ve arkadaşlarının DEHB hastalarında uyku kalitesi ve zihin gezinmesi arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında uyku kalitesi ve zihin gezinmesi arasında çift yönlü bir ilişki bulmuşlardır. Kötü uyku kalitesi ve bunun sonucunda ortaya çıkan insomnianın daha fazla zihin gezinmesine yol açabileceğini aynı zamanda zihin gezinmesinin uykuya dalmayı zorlaştırarak uyku kalitesini etkileyebileceğini belirtmişlerdir (225). Biz de çalışmamızda bu zamana kadar DEHB tanılı hastalarda çalışılmamış olan zihin gezinmesi ve insomnia arasındaki ilişkiyi inceledik. Elde ettiğimiz veriler doğrultusunda, DEHB tanılı bireylerde zihin gezinmesi ve insomnia arasındaki ilişkinin çift yönlü olabileceğini ve bu iki durumun birbirini karşılıklı olarak etkileyebileceğini düşünmekteyiz. Bu bağlamda, zihinsel gezinme ve insomnia arasındaki ilişkiyi hedefleyen müdahalelerin DEHB hastalarında olumlu sonuçlara yol açabileceğini düşünüyoruz. Çalışmamızın DEHB hastalarında insomnia ve zihin gezinmesi ilişkisini incelemek için gelecekte yapılacak araştırmalara öncülük edebileceğini ve bu ilişkiyi daha detaylı incelemenin etkili tedavi stratejilerinin geliştirilmesine ışık tutabileceğini düşünmekteyiz.

SAÖ puanlarının insomnia olan grupta, insomnia olmayan gruba göre daha düşük bulunması, insomnia olan bireylerde akşamcıl kronotip özelliklerinin daha yaygın olabileceğini göstermektedir. Literatürde, akşamcıl bireylerin daha geç uyuma ve daha geç uyanma eğiliminde olduğu, bu durumun uyku bozukluklarıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir (111). DEHB hastalarında akşamcıl tipin daha yaygın olduğu ve bu bireylerde insomnianın daha belirgin olabileceği de literatürde vurgulanmaktadır (110).

Çalışmamızda DEZİKÖ toplam puanı ve ironi/ima ve faux pası değerlendiren üst temsil puanlarının insomnia grubunda insomnia olmayan gruba göre daha düşük bulunmuştur. Manzar ve arkadaşlarının 2023 yılında öz bildirim ölçeklerine göre dikkat eksikliği olan hemşirelerde yaptıkları çalışmalarında, insomniası olan hemşilerin sosyal biliş testlerinde zorlandıklarını ve sosyal biliş testlerindne daha düşük puan aldıklarını, bu duruma dikkat eksikliğinin dolaylı olarak aracılık ettiğini belirtmişlerdir (226). Biz de çalışmamızda bu zamana kadar DEHB tanılı hastalarda çalışılmamış olan insomnia ve zihin kuramı arasındaki ilişkiyi inceledik. Sonuçlarımız DEHB tanılı bireylerde insomnia varlığının zihin kuramı becerilerini olumsuz yönde

etkileyebileceğini göstermektedir. Bu bulgu, DEHB'ye eşlik eden insomnianın sosyal biliş becerilerini de etkileyebileceğini düşündürmektedir. Sonuçlarımız, DEHB hastalarını değerlendirme ve tedavi süreçlerinde insomnianın dikkate alınmasının önemini vurgulamaktadır. DEHB hastalarında insomnia yönetimine yönelik yaklaşımların hastalarda uyku dışında da iyileştirmeler yapabileceğini düşünüyoruz.

5.7. Kronotiplere Göre Ölçeklerden Elde Edilen Bulguların İncelenmesi

Çalışmamızda ASRS A bölümü puanının akşamcıl tip hastalarda, ara ve sabahçıl tiplerden daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç akşamcıl kronotipi olan DEHB hastalarında dikkat eksikliği belirtilerinin daha yaygın olabileceğini düşündürmektedir. Literatürde de akşamcıl bireylerin dikkat eksikliği ve odaklanma sorunlarıyla daha sık karşılaştığı belirtilmektedir (227). Akşamcıl bireylerde uyku kalitesinin düşmesi ve daha geç saatlerde aktif olma eğilimi, bu kişilerin gün içinde daha fazla dikkat sorunları yaşamasına neden olabilir. Sonuç olarak, akşamcıl tip bireylerin özellikle dikkat eksikliği semptomları açısından daha riskli bir grubu oluşturabileceği söylenebilir.

5.8. Ölçekler Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi

5.8.1. İnsomnianın Korelasyonlarının Değerlendirilmesi

Çalışmamızda UŞİ puanları ile ASRS A bölümü, ASRS B bölümü, ASRS toplam puanı ve AZGÖ puanı arasında pozitif korelasyon, DEZİKÖ toplam puanı, DEZİKÖ Empati puanı ve SAÖ puanları arasında negatif korelasyon bulunmuştur.

Çalışmamızda, UŞİ puanı ile ASRS A bölümü, ASRS B bölümü ve ASRS toplam puanı arasındaki pozitif korelasyon, insomnia seviyeleriyle DEHB semptomları arasındaki pozitif ilişkiyi göstermektedir. İnsomnianın, bireylerin dikkatini toplama, bilişsel esneklik ve dürtüsellik yönetimi gibi alanlarda zorluk yaşamasına neden olması DEHB semptomlarının daha yoğun deneyimlenmesine yol açabilir. Wynchank ve arkadaşlarının çalışmalarında da belirtildiği gibi, DEHB tanılı bireylerde insomnia oldukça yaygındır ve bu bozukluklar, semptomların daha da

kötüleşmesine neden olmaktadır (206). Bu bulgular, DEHB tedavi planlarında insomnia yönetiminin önemine işaret etmektedir.

Çalışmamızda UŞİ puanı ile AZGÖ puanı arasında pozitif korelasyon bulunması, insomnia seviyeleriyle zihin gezinmesi arasındaki pozitif bir ilişkiye işaret etmektedir. İnsomnia, dikkat süreçlerini ve bilişsel işlevleri olumsuz yönde etkileyerek bireylerin sürekli olarak zihinsel olarak dağılmalarına neden olabilir (224). Bunun yanında zihin gezinmesi de uykuya dalmayı zorlaştırarak insomniaya neden olabilir.

Çalışmamızda, UŞİ puanı ile DEZİKÖ toplam puanı ve DEZİKÖ Empati puanı arasındaki negatif korelasyon, insomnia, zihin kuramı ve empati becerileri arasındaki negatif bir ilişkiye işaret etmektedir. Uyku eksikliği, bilişsel işlevlerde azalma, dikkat dağınıklığı ve bilişsel yavaşlamaya yol açarak sosyal bilişsel performansı düşürebilir. İnsomnia, sosyal etkileşimlerde zorluk yaşanmasına ve empati kurma yeteneğinin zayıflamasına neden olabilir. Literatürde de belirtildiği gibi, uyku bozuklukları hem bilişsel performansı hem de duygusal düzenlemeyi olumsuz etkileyerek başkalarının duygularını anlama ve onlarla empati kurma becerilerini zayıflatabilir (228). Bunun yanında zihin kuramı becerilerindeki bozulmalar bireylerin sosyal ortamlara uyum sağlamakta zorluk yaşamasına, çatışmalara yatkın olmasına ve sosyal çevrelerinden dışlanmalarına yol açabilir (21) ve bu durum insomniaya neden olabilir. Çalışmamızda, insomnia seviyeleriyle zihin kuramı becerileri seviyeleri arasındaki negatif korelasyon bu iki faktörün birbirini olumsuz etkileyebileceğini göstermektedir.

UŞİ puanı ile SAÖ puanı arasındaki negatif ilişki, sabahçıl tip kronotip özellikleri ile insomnia seviyeleri arasında negatif bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Literatürde, sabahçıl bireylerin daha iyi uyku kalitesine sahip olduğu ve insomnia gibi sorunları daha az yaşadıkları belirtilmiştir (111).

5.8.2. Zihin Gezinmesinin Korelasyonlarının Değerlendirilmesi

Çalışmamızda AZGÖ ile, ASRS A bölümü, ASRS B bölümü ve ASRS toplam puanı ve UŞİ arasında pozitif korelasyon, DEZİKÖ toplam puanı, birinci derece yanlış

inanç, ikinci derece yanlış inanç ve metafor anlamayı değerlendiren DEZİKÖ Temsil puanı ve SAÖ puanı ile arasında negatif korelasyon bulunmuştur.

Çalışmamızda, AZGÖ ile ASRS A bölümü, ASRS B bölümü ve ASRS toplam puanı arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. Zihinsel gezinme, bireylerin dikkatlerini odaklamakta zorluk yaşamalarına, düşünce süreçlerini kontrol etmekte güçlük çekmelerine ve sürekli olarak başka uyarıcılara kaymalarına neden olarak hem dikkat eksikliği hem de dürtüsellik/hiperaktivite semptomlarını arttırabilir. Literatürde de sıkça belirtildiği gibi, DEHB tanılı bireylerde zihinsel dağınıklık yaygındır ve bu durum DEHB semptomlarının daha belirgin hale gelmesinede katkıda bulunabilir (33,213,229). Bunun yanında DEHB belirtilerindeki artış da zihin gezinmesini arttırıyor olabilir (213).

Çalışmamızda, AZGÖ puanı ile DEZİKÖ toplam puanı ve DEZİKÖ Temsil puanı arasındaki negatif ilişkiler, zihinsel gezinme seviyeleri ile zihin kuramı becerileri arasındaki negatif bir ilişkiyi işaret etmektedir. Zihinsel gezinme, bireyin dikkatini sürekli olarak başka yerlere kaydırması ve odaklanmada zorluk yaşamasıyla karakterizedir, bu durum DEHB tanılı bireylerde sıkça görülür (229). Literatürde de belirtildiği gibi, zihinsel gezinme eğilimleri bireylerin sosyal ipuçlarına odaklanmalarını zorlaştırarak, sosyal bilişsel becerilerini olumsuz etkileyebilir (230). Bunun yanında zihin kuramı becerilerindeki yetersizlikler DEHB hastalarının günlük hayat ilişkilerinde zorlanmalara yol açarak DEHB belirtilerinde artışa yol açabilir. Bilebildiğimiz kadarıyla çalışmamız DEHB hastalarında zihin kuramı becerileri ile zihin gezinmesinin ilişkisini inceleyen literatürdeki ilk çalışmadır. Zihin kuramı ve zihin gezinmesinin DEHB hastaları üzerindeki etkileri göz önüne alındığında zihin gezinmesi ve zihin kuramı arasındaki ilişkilerin ilerideki çalışmalarda da araştırılması gerektiğni düşünüyoruz.

Çalışmamızda AZGÖ puanı ile SAÖ puanı arasındaki negatif korelasyon, sabahçıl tip kronotip özellikleri (SAÖ puanı arttıkça sabahçıl tip kronotip özellikleri artmaktadır.) ile zihin gezinmesi seviyeleri arasında negatif bir ilişkiye işaret etmektir. Sabahçıl bireylerin düzenli uyku-uyanıklık döngüsüne sahip olması, onların dikkatlerini daha iyi toparlamalarına ve zihinsel olarak daha az dağılmalarına olanak

sağlıyor olabilir. Carciofo ve arkadaşlarının öğrencilerde yaptığı bir çalışmada akşamcıl bireylerin sabahcıl bireylere göre daha fazla zihin gezinmesi yaşadıklarını belirtmişlerdir (231). Bunun yanında artan zihin gezinmesi seviyeleri DEHB hastalarında akşamcıl kronotip özelliklerinde bir artış da oluşturabilir. Çalışmamız DEHB hastalarında zihin gezinmesi ve kronotip arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk çalışmadır. DEHB hastalarında zihin gezinmesi üzerine yapılabilecek müdahalelerde çalşmamızda tespit ettiğimiz zihn gezinmesi ve sabahçıl kronotip özellikleri arasındaki negatif ilişkinin dikkate alınabileceğini düşünüyoruz.

5.8.3. Zihin Kuramı'nın Korelasyonlarının Değerlendirilmesi

Çalışmamızda, DEZİKÖ toplam puanları ile ASRS toplam puanı, UŞİ puanları ve AZGÖ puanları arasında, negatif korelasyon, GZOT puanları arasında pozitif korelasyon; birinci derece yanlış inanç, ikinci derece yanlış inanç ve metafor kavramayı değerlendiren DEZİKÖ Temsil puanları ile AZGÖ arasında negatif korelasyon; ironi/ima ve faux pası değerlendiren DEZİKÖ Üst Temsil puanı ile ASRS A bölümü, ASRS toplam puanı ile arasında negatif korelasyon, GZOT puanı ile arasında pozitif korelasyon; DEZİKÖ Empati puanı ile UŞİ puanları arasında negatif korelasyon ve SAÖ puanları arasında pozitif korelasyon bulunmuştur.

Çalışmamızda DEZİKÖ toplam puanı ile ASRS toplam puanı arasındaki negatif korelasyon ve DEZİKÖ Üst Temsil puanının ASRS A bölümü ve ASRS toplam puanı ile arasındaki negatif korelasyon, DEHB belirtileri ile zihin kuramı becerileri arasında negatif bir ilişkiye işaret etmektedir. Dikkat eksikliği, dürtüsellik ve hiperaktivite semptomları zihin kuramı becerileri üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir ve özellikle dikkat eksikliği başkalarının düşünce ve duygularını anlama gibi zihin kuramı becerilerinde düşüşe neden olabilir. Bora ve Pantelis'in çalışmaları da DEHB tanılı bireylerde sosyal bilişsel becerilerin daha düşük olduğunu ve bu bireylerin sosyal etkileşimlerde zorluklar yaşadığını vurgulamaktadır (179). Bunun yanında zihin kuramı becerilerindeki eksikliklerin de DEHB hastalarının günlük hayatında ortaya çıkardığı sorunlar bu hastalarda DEHB belirtilerini arttırıyor olabilir (232).

Çalışmamızda, GZOT puanı ile DEZİKÖ toplam puanı ve DEZİKÖ Üst Temsil puanı arasındaki pozitif ilişkiler, sosyal bilişin farklı bileşenlerinin birbirini desteklediğini göstermektedir. GZOT, bireylerin sadece gözlere bakarak duygusal durumları anlama yeteneğini ölçer ve bu yetenek, sosyal bilişsel becerilerle doğrudan ilişkilidir. Literatürde de belirtildiği gibi, zihin kuramı becerilerinin güçlü olduğu bireylerin GZOT'ta da başarılı olabileceği vurgulanmaktadır (189). Bu bulgu, sosyal bilişin farklı testlerde birbirini destekleyici sonuçlar verebileceğini ve sosyal bilişsel becerilerin birbiriyle yakından ilişkili olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda, SAÖ puanı ile DEZİKÖ Empati puanı arasındaki pozitif ilişki DEHB hastalarında sabahçıl tip kronotip özellikleri ile empati düzeyleri arasında pozitif bir ilişkiye işaret etmektedir. 14-24 yaş arasındaki 55 sağlıklı ergen ve genç yetişkinin dahil edildiği kronotip özellikleri ile sosyal bilişsel beceriler arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada, akşamcıl bireylerin sabahçıl bireylere göre daha kötü sosyal bilişsel becerilere sahip oldukları belirtilmiştir (233). Sabahçıl tip bireyler, genellikle daha düzenli bir uyku-uyanıklık döngüsüne sahip olup, gün boyunca daha iyi bilişsel performans ve duygusal düzenleme becerileri sergileyebilirler. Çalışmamız kronotip ile empati arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk çalışma olup, sabahçıl bireylerin akşamcıl bireyle göre genellikle daha enerjik, motive ve sosyal olarak daha uyumlu olabileceğini ve bu durumun sabahçıl kronotip özellikleri ile empati arasındaki pozitif ilişkiye katkıda bulunabileceğini düşünüyoruz.

5.8.4. Kronotiplere Göre Korelasyonların Değerlendirilmesi

Çalışmamızda SAÖ puanı ile ASRS A bölümü ve ASRS toplam puanları, UŞİ puanları, AZGÖ puanları, arasında negatif korelasyon, SAÖ ile DEZİKÖ Empati puanları arasında pozitif korelasyon bulunmuştur.

Çalışmamızda, SAÖ puanı ile ASRS A bölümü ve ASRS toplam puanı arasındaki negatif korelasyon, sabahçıl kronotip özellikleri ile DEHB belirtileri arasında negatif bir ilişkiye işaret etmektedir. Sabahçıl bireylerin daha düzenli bir uyku-uyanıklık döngüsüne sahip olmaları, hem dikkat eksikliği hem de dürtüsellik semptomlarını daha iyi yönetmelerine olanak sağlayabilir (111). Bu bulgular, sabahçıl

kronotip özellikleri ile DEHB belirtileri arasındaki ilişkilerin DEHB hastalarının tedavilerinde dikkate alınabileceğini işaret etmektedir.

5.9. Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği Toplam Puanı İle Olan İlişkiler, Çoklu Doğrusal Regresyon Analizinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda çoklu doğrusal regresyon analizinin sonuçlarına göre, yüksek sosyoekonomik düzey ve DEHB için ilaç kullanımı, DEZİKÖ toplam puanı ile bağımsız olarak anlamlı bir şekilde ilişkili bulunmuştur. Bu bulgular, sosyal ve ekonomik avantajların yanı sıra DEHB'nin farmakolojik tedavisinin de bireylerin zihin kuramı becerilerini geliştirmede önemli bir rol oynayabileceğini göstermektedir.

Yüksek sosyoekonomik düzeyin daha iyi zihin kuramı becerileriyle ilişkilendirilmesi, bu bireylerin daha fazla sosyal fırsatlara sahip olması, daha iyi eğitim olanakları ve kültürel etkinlikler gibi zihin kuramı becerilerinin gelişimine katkı sağlayan unsurlara erişimlerinin daha kolay olabilmesiyle açıklanabilir. Clutterbuck ve arkadaşlarının çalışmasında da yüksek sosyoekonomik düzeyin daha iyi zihin kuramı becerileri öngördüğü belirtilmiştir (234).

DEHB için ilaç kullanımı ile artan zihin kuramı becerileri arasındaki pozitif ilişki, DEHB'nin farmakolojik tedavisinin zihin kuramı becerileri üzerine olumlu bir etkisinin olabileceğini ortaya koymaktadır. İlaç tedavisi, DEHB belirtilerini azaltarak DEHB hastalarının zihin kuramı becerilerinde daha başarılı olmasına katkıda bulunmuş olabilir. Çalışmamız DEHB tanılı erişkin hastalarda, diğer parametrelerden bağımsız olarak ilaç kullanımının daha iyi zihin kuramı becerilerini öngürdüğünü ortaya koyan ilk çalışmadır. Sonuçlarımız, zihin kuramı becerilerinin farmakolojik tedavi ile yakından ilişkili olabileceğini göstermektedir. DEHB tedavisinde ilaç kullanımının zihin kuramı beceriler üzerindeki etkisini daha iyi anlamak ve etkili müdahele yöntemleri geliştirmek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. Çalışmamızın ileride bu konuda yapılacak çalışmalara öncülük edebileceğini düşünmekteyiz.

5.10. Gözlerden Zihin Okuma Testi Puanı İle Olan İlişkiler, Doğrusal Regresyon Analizinin Değerlendirilmesi

Doğrusal regresyon analizi sonucunda, ailede psikiyatrik hastalık varlığının zihin kuramının sosyal algısal bileşenini değerlendiriren GZOT puanı ile bağımsız olarak anlamlı bir şekilde ilişkili bulunması, ailede psikiyatrik bozuklukların varlığının bireylerin sosyal bilişsel becerilerinin gelişiminde etkili olabileceğini göstermektedir. Bu bulgu, aile üyelerinde psikiyatrik hastalık bulunmasının, bireylerin sosyal ve duygusal ipuçlarını anlama ve empati kurma becerilerini geliştirebileceğini ve zihin kuramı becerilerini arttırabileceğini düşündürmektedir. Literatürde psikiyatrik rahatsızlıkların genellikle zihin kuramı becerilerini olumsuz etkilediği bildirilse de (235,236), bulgularımız farklı bir perspektif sunmaktadır. Ailesinde psikiyatrik rahatsızlık bulunan bireyler, çevrelerindeki karmaşık sosyal sinyalleri anlamaya yönelik daha fazla çaba gösterebilir, bu da zihin kuramı becerilerinin gelişmesine katkıda bulunabilir. Ayrıca, bu bireylerin daha karmaşık sosyal stratejiler geliştirmesi, empati ve zihin kuramı becerilerini artırabilir. Eğer bu tür ailelerde güçlü sosyal destek mekanizmaları mevcutsa, bu durum kişilerim sosyal bilişsel becerilerinin gelişimine de olumlu katkı sağlayabilir. Sonuç olarak, bulgularımız ailedeki psikiyatrik rahatsızlıkların zihin kuramı becerilerinin gelişimi üzerindeki potansiyel olarak olumlu etkilerini vurgulamaktadır. Bilebildiğimiz kadarıyla çalışmamız erişkin DEHB hastalarında ailede psikiyatrik tanı olması ile zihin kuramı becerilerileri arasında pozitif bir ilişki olduğunu ortaya koyan ilk çalışmadır. Bu karmaşık ilişkinin daha iyi anlaşılabilmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu düşünüyoruz.

5.11. Aşırı Zihinsel Gezinme Ölçeği Puanı İle Bağımsız Olarak İlişkili Olan Faktörler, Çoklu Doğrusal Regresyon Analizinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda, zihin gezinme seviyeleriyle ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılan çoklu doğrusal regresyon analizinde, self-mutilasyon girişimi öyküsü, ASRS toplam puanı ve UŞİ puanının AZGÖ puanı ile bağımsız olarak ilişkili olduğu bulunmuştur.

Self-mutilasyon girişimi öyküsünün yüksek AZGÖ puanları ile ilişkili bulunması, bu tür davranışların dikkat dağınıklığı ve olumsuz düşünce döngüleri ile bağlantılı olabileceğini öne süren literatürdeki çalışmaları desteklemektedir. Özellikle, Hasking ve arkadaşları, kendine zarar verme davranışının, bireylerin rahatsız edici düşünceleri kontrol etme çabasıyla ortaya çıkabileceğini ve bu sürecin ruminasyon ile de ilişkili olabileceğini belirtmiştir (212). Zihin gezinmesi ve ruminasyon arasındaki ilişkiyle ilgili literatürü incelediğimizde ruminasyonu zihin gezinmesinin bir alt türü olarak kabul eden çalışmalar mevcuttur (214,215). Çalışmamızda, self-mutilasyonun zihinsel gezinme ile diğer parametrelerden bağımsız olarak doğrudan ilişkili olması, duygusal regülasyon mekanizmalarıyla zihin gezinmesi arasındaki ilişkiye işaret etmektedir. Çalışmamız zihin gezinmesi ile self mutilasyon arasındaki ilişkiyi inceleyen literatüdeki ilk çalışma olup, zihin gezinmesi ve self mutilasyon arasındaki ilişkinin detaylı olarak anlaşılabilmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu ve çalışmamızın ilerde bu konuda yapılacak çalışmalara öncülük edebileceğini düşünüyoruz.

Çalışmamızda yüksek ASRS toplam puanı ile AZGÖ puanı arasındaki pozitif ilişki, DEHB semptomlarının zihinsel gezinme eğilimini artırabileceğine işaret etmektedir. DEHB tanılı bireylerin genellikle düşüncelerini kontrol etmekte zorlandıkları ve sürekli değişen dikkatin aşırı zihinsel gezinmeye yol açabileceği literatürde de belirtilmektedir (10). Sonuçlarımızdan ASRS toplam puanı, DEHB'nin belirti düzeyini yansıttığından, bu sonuç DEHB hastalarındaki zihinsel gezinmenin, bu hastaların dikkatlerinin sık sık bölünmesinin ve düşüncelerinin kolayca dağılmasının bir sonucu olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamızda, yüksek UŞİ puanının AZGÖ puanı ile bağımsız olarak ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, özellikle insomnianın dikkat ve bilişsel kontrol üzerindeki olumsuz etkilerine odaklanan literatürle uyumludur. Xu ve arkadaşlarının insomnia tanısı olan hastalarda ve sağlıklı kontrol grubunda, insomnia ve zihin gezinmesi arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında, insomnia yaşayan bireylerin dikkatlerinin daha kolay dağıldığı ve zihinsel gezinme sıklıklarının arttığı gösterilmiştir. Xu'nun çalışmasında, insomnianın bilişsel kaynakları tüketerek dikkatin sürdürülebilirliğini azalttığı ve bu durumun zihinsel gezinmeye yol açtığı belirtilmiştir

(224). Helfer ve arkadaşlarının DEHB hastalarında uyku kalitesi ve zihin gezinmesi arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında, uyku kalitesi ve zihin gezinmesi arasında çift yönlü bir ilişki bulmuşlardır. Kötü uyku kalitesinin daha fazla zihin gezinmesine yol açabileceğini aynı zamanda zihin gezinmesinin uykuya dalmayı zorlaştırarak uyku kalitesini etkileyebileceğini belirtmişlerdir (225). Bu alanda yapılmış bir diğer çalışma ise Gionet ve arkadaşlarının üniversite öğrencilerinde zihin gezinmesi ile ilişkili faktörleri inceledikleri çalışmadır, bu çalışmada insomnia ve zihin gezinmesi arasında bir ilişki bulunmamıştır (237). Çalışmamızda insomnia seviyelerinin zihin gezinmesiyle bağımsız bir şekilde pozitif bir ilişkide olduğu bulunmuştur. Bu sonuç insomnianın zihinsel gezinme üzerindeki etkisini işaret etmektedir. Özetle, literatürdeki insomnianın bilişsel kontrol ve dikkati sürdürme becerisini azalttığına yönelik bulgular, çalışmamızdaki insomnia ve zihin gezinmesi arasındaki ilişkiyi anlamlandırmaktadır. Bilebildiğimiz kadarıyla çalışmamız DEHB hastalarında insomnia ile zihin gezinmesi arasındaki ilişkiyi inceleyen literatürdeki ilk çalışmadır, DEHB, insomnia ve zihin gezinmesinde arasındaki ilişkinin anlaşılabilmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu ve çalışmamızın bu alanda yapılcak çalışmalara öncülük edebileceğini düşünmekteyiz.

5.12. Uykusuzluk Şiddeti İndeksi Puanı İle Bağımsız Olarak İlişkili Olan Faktörler, Çoklu Doğrusal Regresyon Analizinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda, insomnia seviyeleriyle ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılan çoklu doğrusal regresyon analizinde, öz geçmişinde psikiyatrik tanı varlığı, AZGÖ puanı ve SAÖ puanının UŞİ puanı ile bağımsız olarak ilişkili olduğu bulunmuştur.

Öz geçmişte psikiyatrik tanı almış olmanın insomnia seviyeleriyle pozitif ilişki göstermesi, DEHB hastalarının uyku düzenlerinin önceki psikiyatrik deneyimlerden etkilendiğini düşündürmektedir. Bulgularımız geçmiş psikiyatrik tanıların, DEHB hastalarınında insomnia seviyeleri üzerinde etkiler bırakabileceğini öne sürmektedir.

Çalışmamızda regresyon analizi sonucuna göre, zihinsel gezinme seviyelerinin insomnia seviyeleriyle bağımsız olarak ilişkili bulunması insomnia ve zihin gezinmesi

arasındaki ilişkiyi destekler niteliktedir. İnsomnianın dikkatin daha kolay dağılmasına neden olabileceğini, bu durumunun zihinsel gezinme sıklığının arttırabileceğini, insomnianın bilişsel kaynakları tüketerek dikkatin sürdürülebilirliğini azaltabileceğini, bu durumun zihinsel gezinmeye yol açabileceğini daha önceden söylemiştik. Helfer ve arkadaşlarının DEHB hastalarında, uyku kalitesi ve zihin gezinmesi arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada uyku kalitesi ve zihin gezinmesi arasında çift yönlü bir ilişki olabileceğini, kötü uyku kalitesi daha fazla zihin gezinmesine yol açabileceğini aynı zamanda zihin gezinmesinin uykuya dalmayı zorlaştırarak uyku kalitesini etkileyebileceğini belirtmişlerdir (225). Biz de çalışmamızda zihin gezinmesinin insomnia seviyelerini diğer parametrelerden bağımsız olarak ön görebileceğini bulduk. Çalışmamız zihin gezinmesinin insomniayı diğer parametrelerden bağımsız olarak öngördüğünü ortaya koyan literatürdeki ilk çalışmadır. Zihin gezinmesinin insomnia üzerindeki etkilerinin anlaşılabilmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu ve çalışmamızın bu konuda yapılacak çalışmalara öncülük edebileceğini düşünmekteyiz.

Düşük SAÖ puanının UŞİ puanıyla pozitif bir şekilde bağımsız olarak ilişkili bulunması ise akşamcıl kronotip özelliklerinin arttıkça insomnia düzeylerinin arttığını ortaya koymaktaduır. Literatürde, akşamcı eğilimde olan bireylerin insomnia semptomları yaşama risklerinin daha yüksek olduğu ve bu bireylerin uyku kalitesinde düşüş yaşayabileceği belirtilmektedir (111). Akşamcıl kronotip, DEHB hastalarında daha sık görülen bir özellik olup (111), bu durum uyku sorunlarını artırıcı bir etkiye sahip olabilir. Çalışmamızda, artan akşamcıl kronotip özelliklerinin, artan insomnia seviyeleriyle ilişkili bulunması, literatürde belirtilen bu ilişkiyi doğrulamakta ve sabah-akşam ritminin insomnia üzerindeki önemini vurgulamaktadır.

5.13. Sabahçıl Akşamcıl Ölçeği Puanı İle Bağımsız Olarak İlişkili Olan Faktörler, Çoklu Doğrusal Regresyon Analizinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda, SAÖ puanı ile ilişkili bağımsız faktörleri incelemek amacıyla yapılan çoklu doğrusal regresyon analizinde, self mutilasyon öyküsü, ASRS A bölümü puanı ve UŞİ puanı SAÖ puanları ile bağımsız olarak ilişkili bulunmuştur. Self-mutilasyon girişimi öyküsü, yüksek ASRS A bölümü puanı ve yüksek UŞİ puanının SAÖ puanı ile negatif ilişkili bulunması, artan dikkat eksikliği ve insomnia belirtilerin

DEHB hastalarında artan akşamcıl kronotip özellikleriyle ilişkili olduklarını ortaya koymaktadır.

Self-mutilasyon girişimlerinin, uyku ve günlük ritim düzenini etkileyen duygusal dengesizliklerle ilişkili olduğu bilinmektedir (212). 2024 yılında yapılan ve psikiyatrik bozukluklarda self mutilasyon, intihar düşünceleri ile kronotip arasındaki ilişkiyi inceleyen 52 çalışmanın dahil edildiği bir meta-analizde akşamcıl kronotip özelliklerinin self mutilasyon öyküsü ile anlamlı şekilde ilişkili olduğu belirtilmiştir (238). Sonuçlarımız da kendine zarar verme davranışlarının bireylerde uyku düzensizliklerini ve akşamcıl kronotip eğilimli bir ritmi destekleyebileceğini belirtmektedir. Benzer şekilde, dikkat eksikliği belirtilerin akşamcıl kronotip ile ilişkili olabileceğini ortaya koymaktadır. Bu sonuç akşamcıl kronotip özellikleri taşıyan DEHB hastalarında dikkat eksikliği belirtilerinin göz önüne alınabileceğini düşündürmektedir. Çalışmamız DEHB tanılı hastalarda kronotip ile self mutilasyon arasındaki ilişkiyi inceleyen literatürdeki ilk çalışma olup, bu ilişkinin daha detaylı olarak anlaşılabilmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu ve çalışmamızın bu alanda yapılcak araştırmalara öncülük edebileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda yüksek UŞİ puanının düşük SAÖ puanı diğer parametlerden bağımsız olarak doğrudan negatif ilişkisinin bulunması, DEHB tanılı hastalarda insomnia düzeylerinin akşamcıl kronotip özelliklerini öngördüğünü ortaya koymaktadır. DEHB hastalarında insomnianın sağlıklı bireylere göre daha fazla görüldüğünü ve DEHB'li hastalarda akşamçıl kronotipin sağlıklı kişilere göre daha yaygın olduğunu daha önceden belirtmiştik. DEHB hastalarında insomnia ve kronotip arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar, insomnianın melatonin salınımında gecikmeye neden olabileceğini, melatonin salınımındaki gecikmenin sirkadyen ritimde faz gecikmesine neden olabileceğini ve sirkadyen ritimdeki faz gecikmesinin de akşamcı bir kronotipin oluşmasına katkı sağlıyabileceğini belirtmektedir (110). Çalışmamızda, artan insomnia seviyelerinin akşamcıl kronotip özellikleriyle doğrudan ilişkili olduğunu bulmamız insomnia ve kronotip arasındaki bu karmaşık ilişkiyi destekler niteliktedir.

5.14. UŞİ Puanının Bağımlı Değişken, ASRS Toplam Puanının Bağımsız Değişken, AZGÖ Puanının Aracı Değişken Olarak Alındığı Mediasyon Analizinin Değerlendirilmesi

İnsomnia seviyelerinin bağımlı değişken, zihin gezinmesi seviyelerinin aracı değişken, DEHB semptomlarının bağımsız değişken olarak alındığı, aracılık analizi sonuçlarımız; DEHB semptomlarının insomnia seviyelerini artırabileceğini ve bu süreçte zihinsel gezinmenin aracı rol oynayabileceğini öne sürmektedir.

Çalışmamızın aracılık modeli, daha önceden de söylediğimiz gibi DEHB semptomlarının zihinsel gezinme ile pozitif bir ilişki gösterebileceğini ortaya koymuştur. Zihin gezinmesi ile olan bu pozitif ilişkini daha yüksek insomnia seviyeleriyle ilişkilendirilmiştir. Önemli bir nokta olarak, aracılık analizimizde DEHB semptomları ile insomnia seviyeleri arasında doğrudan bir ilişki bulunmamıştır. Sonuç olarak modelimize göre DEHB semptomlarının insomnia seviyeleri üzerindeki etkisi için zihin gezinmesi seviyelerinin tam aracı olduğunu ve DEHB semptomlarının insomnia seviyelerini, artan zihinsel gezinme seviyeleri yoluyla önemli ölçüde arttırabileceği görülmüştür

Zihin gezinmesinin DEHB semptomları ve insomnia seviyeleri arasındaki ilişkide tam aracı olması, DEHB semptomlarının insomnia seviyeleri üzerindeki etkilerini zihin gezinmesi üzerinden gerçekleştirebileceğini gösterir. Bu bulgu, tedavi ve müdahaleler açısından önemli sonuçlar doğurabilir. Çalışmamız DEHB tanı hastalarda zihin gezinmesinin DEHB semptomları ile insomnia seviyeleri arasındaki ilişkiye aracılık ettiğini ortaya koyan literatürdek ilk çalışmadır. Bulgularımız neticesinde, zihin gezinmesinin DEHB hastalarında insomnia yönetiminde dikkate alınması gereken bir faktör olduğunu ve bu hastaların tedavilerinde hastaların zihin gezinmesini azaltmayı hedefleyen tedavi stratejilerinin uygulanmasının insomniayı azaltmada önemli olduğunu düşünüyoruz. Mindfulness teknikleri veya meditasyon tekniklerinin, zihin sakinleştirmeye yönelik etkili stratejiler olarak hastalara uygulabileceğini düşünüyoruz.

5.15. Çalışmamızın Güçlü Yönleri ve Kısıtlılıkları

Çalışmamızın güçlü yönleri; bilebildiğimiz kadarıyla çalışmamız DEHB hastalarında, zihin gezinmesi ve kronotip; zihin gezinmesi ve zihin kuramı; zihin gezinmesi ve insomnia; kronotip ve zihin kuramı arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk çalışmadır. Bunun yanında, zihin gezinmesi, insomnia, kronotip ve zihin kuramı becerilerini etkiliyecek ek fiziksel ve psikiyatrik bozukluğu olan hastaların çalışmaya dahil edilmemesi, kronotipi etkileme potansiyeli olan son iki ay içinde gece vardiyalı çalışmış olan ve son iki ay içinde meridyenler arası (2 zaman dilimi veya daha fazla) uçak yolcuğu yapmış olan hastaların çalışmaya dahil edilmemiş olması, zihin kuramının sosyal bilişsel bileşenini değerlendiren DEZİKÖ'nün araştırmacılar tarafından hastalara uygulanması sayılabilir.

Çalışmamızın kısıtlılıkları değerlendirildiğinde bazı kısıtlılıklar ön plana çıkmaktadır. 125 DEHB tanılı hastanın dahil edildiği çalışmamız daha büyük bir örneklem büyüklüğünde gerçekleştirilebilirdi. Çalışmamızın katılımcıların ortanca yaşının 24 olması dikkat çeken diğer bir kısıtlılıktır, bunun yanında zihin kuramının sosyal bilişsel ve sosyal algısal bileşenlerini değerlendiren DEZİKÖ ve GZOT testleri katılımcılara belirli bir saat aralağında uygulanmamış olup, katılımcıların poliklinik başvuruları sırasında uygulanmıştır, zihin kuramını değerlendiren bu testler katılımcıların kronotip tercihleri göz önünde bulundurularak uygulanabilirdi. Çalışmamız kesitsel tarzda bir çalışma olup bu nedenle çalışmadan elde ettiğimiz sonuçlarla ilgili olarak yorumlarda bulunurken kesin değerlendirmelerde bulunmamız gerekmektedir.

6. SONUÇLAR

Çalışmamızda Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (Psikiyatri) Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran, yapılandırılmış psikiyatrik görüşme yapılarak DSM-5 tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı konulan hastalarda zihin gezinmesi, insomnia, kronotipi ve zihin kuramının kendi aralarındaki ilişkilerini incelemeyi amaçladık. Araştırmamız bilebildiğimiz kadarıyla DEHB hastalarında, zihin gezinmesi ve kronotip; zihin gezinmesi ve zihin kuramı; zihin gezinmesi ve insomnia; kronotip ve zihin kuramı arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk çalışmadır.

Çalışmamızın sonuçlarına genel olarak baktığımızda;

Çalışmamızda hastaların %32'sinde UŞİ kesme puanına göre insomnia tespit edilmiştir ve insomnia grubundaki hastalarda DEHB'nin dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik belirtitileri, bileşik tip DEHB yüzdesi ve zihin gezinmesi seviyelerinin insomniası olmayan gruba göre daha yüksek; sabahçıl tip kronotip özellikleri ve zihin kuramı becerileri ise insomniası olan grupta insomniası olmayan gruba göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur.

Çalışmamızda da insomniası olan hastalarda DEHB belirtilerinin daha yüksek bulunması, insomnianın DEHB semptomlarını şiddetlendirebileceğini ve insomnia ile ilişkili süreçler üzerinden bireylerin günlük işlevselliğini etkileyebileceğini göstermektedir. Bileşik tip DEHB yüzdesinin insomnia tanısı olan hastalarda daha yüksek bulunması, bileşik tipin hem dikkat eksikliği hem de hiperaktivite/dürtüsellik semptomlarını birlikte barındırdığı ve bu semptomların uyku düzenini olumsuz etkileyebileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda zihin gezinmnesi seviyelerinin insomnia grubunda insomnia olmayan gruba göre anlamlı olarak daha yüksek bulunması, insomnianın zihin gezinmesi seviyeleri arttırabileceğini göstermektedir. Çalışmamız DEHB tanılı hastalarda zihin gezinmesi ve insomnia arasındaki ilişkiyi inceleyen literatürdeki ilk çalışma olup, elde ettiğimiz veriler doğrultusunda, DEHB hastalarında zihin gezinmesi

ve insomnia arasındaki ilişkinin çift yönlü olabileceğini ve bu iki durumun birbirini karşılıklı olarak etkileyebileceğini düşünmekteyiz. Bu bağlamda, zihinsel gezinme ve insomnia arasındaki ilişkiyi hedefleyen müdahalelerin DEHB hastalarında olumlu sonuçlara yol açabileceğini düşünüyoruz. Çalışmamızın DEHB hastalarında insomnia ve zihin gezinmesi ilişkisini incelemek için gelecekte yapılacak araştırmalara öncülük edebileceğini ve bu ilişkiyi daha detaylı incelemenin etkili tedavi stratejilerinin geliştirilmesine ışık tutabileceğini düşünmekteyiz.

Sabahcıl tip kronotip özelliklerinin insomnia olan grupta, insomnia olmayan gruba göre daha düşük bulunması, insomniası olan bireylerde sabahçıl kronotip özelliklerinden ziyade akşamcıl kronotip özelliklerinin daha yaygın olabileceğini göstermektedir.

Çalışmamızda zihin kuramı becerilerinin insomnia grubunda insomnia olmayan gruba göre daha düşük bulunmuştur. Bu sonuç DEHB hastalarında insomnia varlığının zihin kuramı becerilerini olumsuz yönde etkileyebileceğini göstermektedir. Çalışmamız DEHB hastalarında insomnia ve zihin kuramı arasındaki ilişkiyi inceleyen literatürdeki ilk çalışmadır. DEHB hastalarında insomnia ve zihin kuramı arasındaki ilişkinin anlaşılabilmesi için bu alanda daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu ve çalışmamızın bu alanda yapılacak çalışmalara öncülük edebileceğini düşünüyoruz.

İnsomniası olan gruptan elde ettiğimiz sonuçlarımız neticesinde DEHB hastalarını değerlendirme ve tedavi süreçlerinde insomnianın dikkate alınması gerektiğini ve DEHB hastalarında insomnia yönetimine yönelik yaklaşımların hastalarda uyku dışında da iyileştirmeler yapabileceğini ve DEHB hastalarında tedavi planlanırken insomnia yönetiminin de önemli olduğunudüşünüyoruz.

Çalışmamızda, zihin gezinmesi ile zihin kuramı becerileri arasında negatif korelasyon bulunmuştur. Bu bulgu zihin gezinmesi ile zihin kuramı arasındaki negatif ilişkiyi göstermektedir. Bilebildiğimiz kadarıyla çalışmamız zihin kuramı becerileri ile zihin gezinmesinin ilişkisini inceleyen literatürdeki ilk çalışmadır. Zihin kuramı ve zihin gezinmesinin DEHB hastaları üzerindeki etkileri göz önüne alındığında zihin

gezinmesi ve zihin kuramı arasındaki ilişkilerin ilerideki çalışmalarda da araştırılması gerektiğini düşünüyoruz.

Çalışmamızda zihin gezinmesi ile sabahçıl kronotip özellikleri arasındaki negatif korelasyon bulunmuştur. Bu bulgu sabahçıl tip kronotip özellikleri ile zihin gezinmesi seviyeleri arasında negatif bir ilişkiye işaret etmektir. Çalışmamız DEHB hastalarında zihin gezinmesi ve kronotip arasındaki ilişkiyi inceleyen literatürdeki ilk çalışmadır. DEHB hastalarında zihin gezinmesi üzerine yapılabilecek müdahalelerde çalışmamızda tespit ettiğimiz zihin gezinmesi ve sabahçıl kronotip özellikleri arasındaki negatif ilişkinin dikkate alınabileceğini düşünüyoruz.

Çalışmamızda zihin kuramı becerileri ile DEHB belirtileri ile arasında negatif korelasyon bulunmuştur. Bu bulgu DEHB belirtilerin zihin kuramı becerileri üzerinde olumsuz etkiler yaratabileceğini, bunun yanında zihin kuramı becerilerindeki eksikliklerin de DEHB hastalarının günlük hayatında ortaya çıkardığı sorunların bu hastalarda DEHB belirtilerini arttırıyor olabileceğini de düşündürmektedir.

Çalışmamızda, sabahçıl tip kronotip özellikleri ile empati düzeyleri arasında pozitif korelasyon bulunmuştır. Bu bulgu DEHB hastalarında sabahçıl tip kronotip özellikleri ile empati düzeyleri arasında pozitif bir ilişkiye işaret etmektedir Çalışmamız kronotip ile empati arasındaki ilişkiyi inceleyen literatürdeki ilk çalışma olup, sabahçıl bireylerin akşamcıl bireyle göre genellikle daha enerjik, motive ve sosyal olarak daha uyumlu olabileceğini ve bu durumun sabahçıl kronotip özellikleri ile empati arasındaki pozitif ilişkiye katkıda bulunabileceğini düşünüyoruz. Kronotip ve empati arasındaki ilişkinin daha iyi anlaşılabilmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu ve çalışmamızın bu alanda yapılacak çalışmalara öncülük edebileceğini düşünmekteyiz.

Zihin kuramının bağımlı değişken olarak alındığı regresyon analizinde, yüksek sosyoekonomik düzey ve DEHB için ilaç kullanımı, zihin kuramı ile bağımsız olarak anlamlı bir şekilde doğrudan ilişkili bulunmuştur. Bu bulgular, sosyal ve ekonomik avantajların yanı sıra DEHB tedavisinin, bireylerin zihin kuramı becerilerini geliştirmede önemli bir rol oynayabileceğini göstermektedir. Çalışmamız DEHB tanılı

erişkin hastalarda DEHB tedavisi ilaç kullanıyor olmanın diğer parametrelerden bağımsız olarak zihin kuramını becerilerindeki artışı öngürdüğü ortaya koyan ilk çalışmadır. DEHB tedavisinde ilaç kullanımının zihin kuramı beceriler üzerindeki etkisini daha iyi anlamak ve etkili müdahele yöntemleri geliştirmek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. Çalışmamızın ileride bu konuda yapılacak çalışmalara öncülük edebileceğini düşünmekteyiz.

Zihin gezinmesi düzeylerinin bağımlı değişken olarak alındığı regresyon analizinin sonucunda; self mutilasyon girişim öyküsü, DEHB'nin dikkat eksikliği, hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri ve insomnia seviyeleri ile zihin gezinmesi arasında diğer parametrelerden bağımsız olarak doğrudan ilişki bulunmuştur. Çalışmamız zihin gezinmesi ile self mutilasyon arasındaki ilişkiyi inceleyen literatüdeki ilk çalışma olup, zihin gezinmesi ve self mutilasyon arasındaki ilişkinin detaylı olarak anlaşılabilmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu ve çalışmamızın ilerde bu konuda yapılacak çalışmalara öncülük edebileceğini düşünüyoruz. Çalışmamızda DEHB'nin dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri ile zihin gezinmesi arasında diğer parametrelerden bağımsız olarak doğrudan pozitif ilişki bulunması DEHB hastalarındaki zihinsel gezinmenin, bu hastaların dikkatlerinin sık sık bölünmesinin ve düşüncelerinin kolayca dağılmasının bir sonucu olarak değerlendirilebilir. Çalışmamızda insomnia seviyeleri ile zihin gezinmesi arasında bağımsız bir şekilde doğrudan pozitif bir ilişki bulunması insomnianın zihinsel gezinme üzerindeki etkisini işaret etmektedir.

İnsonia seviyelerin bağımlı değişken olarak kabul edildiği regresyon analizi sonucunda, zihin gezinmesi, sabahçıl kronotip özellikleri ve öz geçmişinde psikiyatrik tanı varlığı ile insomnia seviyeleri arasında bağımsız olarak doğrudan ilişki bulunmuştur. Öz geçmişte psikiyatrik tanı almış olmanın insomnia seviyeleriyle pozitif ilişki göstermesi, DEHB tanılı bireylerin uyku miktarlarının önceki psikiyatrik deneyimlerden etkilendiğini düşündürmektedir. Zihin gezinmesi seviyelerinin insomnia seviyeleriyle bağımsız olarak ilişkili bulunması, zihin gezinmesinin uykuya dalmayı zorlaştırarak insomniaya neden olabileceğini düşündürmektedir. Çalışmamız zihin gezinmesinin insomniayı diğer parametrelerden bağımsız olarak öngördüğünü ortaya koyan literatürdeki ilk çalışmadır. Zihin gezinmesinin insomnia üzerindeki

etkilerinin anlaşılabilmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu ve çalışmamızın bu konuda yapılacak çalışmalara öncülük edebileceğini düşünmekteyiz. Akşamcıl tip kronotip özelliklerinin insomnia seviyeleriyle pozitif bir şekilde bağımsız olarak ilişkili bulunması ise akşamcıl kronotip özelliklerinin arttıkça insomnia düzeylerinin arttığını ortaya koymaktadır. Artan akşamcıl kronotip özelliklerinin, artan insomnia seviyeleriyle ilişkili bulunması, sabah-akşam ritminin insomnia üzerindeki önemini vurgulamaktadır.

Sabahçıl tip kronotip özelliklerinin bağımsız değişken olarak alındığı regresyon analizi sonucunda, sabahcıl tip kronotip özellikleri ile self mutilasyon öyküsü, dikkat eksikliği, insomnia seviyeleri ile bağımsız olarak doğrudan negatif bir ilişkili bulunmuştur. Bu sonuçlar, artan dikkat eksikliği belirtileri ve insomnia seviyelerinin DEHB hastalarında artan akşamcıl kronotip özellikleriyle ilişkili olduklarını ortaya koymaktadır. Bunun yanında self mutilasyon girişim öyküsü ile sabahçıl kronotip özellikleri arasındaki negatif ilişki, kendine zarar verme davranışları olan bireylerin akşamcıl kronotip eğilimli bir ritmi destekleyebileceğini belirtmektedir. Çalışmamız DEHB tanılı hastalarda kronotip ile self mutilasyon arasındaki ilişkiyi inceleyen literatürdeki ilk çalışma olup, bu ilişkinin daha detaylı olarak anlaşılabilmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu ve çalışmamızın bu alanda yapılacak araştırmalara öncülük edebileceğini düşünmekteyiz. Çalışmamızda yüksek insomnia seviyeleriye, akşamcıl tip kronotip özelliklerinin ilişkili bulunması, DEHB tanılı hastalarda insomnia düzeylerinin akşamcıl kronotip özelliklerini ön görebileceğini ortaya koymaktadır. Sonuç olarak akşamcıl tip kronotip özellikleri taşıyan DEHB hastalarında dikkat eksikliği belirtilerinin, insomnianın ve self mutilasyon öyküsünün değerlendirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

İnsomnia seviyelerinin bağımlı değişken, zihin gezinmesinin aracı değişken ve DEHB semptomlarının bağımsız değişken olarak alındığı aracılık analizi sonuçları; insomnia seviyelerinin zihin gezinmesi seviyelerini arttırabileceği ve bu duruma DEHB semptomlarının da katkıda bulunabileceğini öne sürmektedir. Çalışmamız DEHB tanı hastalarda zihin gezinmesinin DEHB semptomları ile insomnia seviyeleri arasındaki ilişkiye aracılık ettiğini ortaya koyan literatürdek ilk çalışmadır. Bulgularımız neticesinde, zihin gezinmesinin DEHB hastalarında insomnia

yönetiminde dikkate alınması gereken bir faktör olduğunu ve bu hastaların tedavilerinde hastaların zihin gezinmesini azaltmayı hedefleyen tedavi stratejilerinin uygulanmasının insomniayı azaltmada önemli olabileceğini düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

1. Thapar A, Cooper M, Rutter M. Neurodevelopmental disorders. The Lancet Psychiatry. 2017;4(4):339–46.
2. Turgay A, Goodman DW, Asherson P, Lasser RA, Babcock TF, Pucci ML, et al. Lifespan persistence of ADHD: the life transition model and its application. The Journal of clinical psychiatry. 2012;73(2):10337.
3. Tuğlu C, Şahin ÖÖ. Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Nörobiyoloji, tanı sorunları ve klinik özellikler. Psikiyatride güncel yaklaşımlar. 2010;2(1):75–116.
4. Tufan AE, Yaluğ İ. Erişkinlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Türkiye verilerine dayalı bir gözden geçirme. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2010;11(4):351–9.
5. Posner J, Polanczyk GV, Sonuga-Barke E. Attention-deficit hyperactivity disorder. Lancet. 2020 Feb 8;395(10222):450–62.
6. Wynchank D, Ten Have M, Bijlenga D, Penninx BW, Beekman AT, Lamers F, et al. The Association Between Insomnia and Sleep Duration in Adults With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Results From a General Population Study. Journal of Clinical Sleep Medicine. 2018 Mar 15;14(03):349–57.
7. Kooij JJS, Bijlenga D, Salerno L, Jaeschke R, Bitter I, Balázs J, et al. Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. Eur Psychiatry. 2019 Feb;56:14–34.
8. Christoff K, Irving ZC, Fox KC, Spreng RN, Andrews-Hanna JR. Mind-wandering as spontaneous thought: a dynamic framework. Nature reviews neuroscience. 2016;17(11):718–31.
9. Mowlem FD, Skirrow C, Reid P, Maltezos S, Nijjar SK, Merwood A, et al. Validation of the Mind Excessively Wandering Scale and the Relationship of Mind Wandering to Impairment in Adult ADHD. J Atten Disord. 2019 Apr;23(6):624–34.
10. Seli P, Smallwood J, Cheyne JA, Smilek D. On the relation of mind wandering and ADHD symptomatology. Psychon Bull Rev. 2015 Jun;22(3):629–36.
11. Zou H, Zhou H, Yan R, Yao Z, Lu Q. Chronotype, circadian rhythm, and psychiatric disorders: Recent evidence and potential mechanisms. Front Neurosci. 2022;16:811771.
12. Coogan AN, McGowan NM. A systematic review of circadian function, chronotype and chronotherapy in attention deficit hyperactivity disorder. ADHD Atten Def Hyp Disord. 2017 Sep 1;9(3):129–47.
13. Brüne M, Brüne-Cohrs U. Theory of mind—evolution, ontogeny, brain mechanisms and psychopathology. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2006;30(4):437–55.
14. Youmans G, Bourgeois M. Theory of mind in individuals with Alzheimer-type dementia. Aphasiology. 2010 Apr 15;24(4):515–34.
15. Rowe AD, Bullock PR, Polkey CE, Morris RG. Theory of mind’impairments and their relationship to executive functioning following frontal lobe excisions. Brain. 2001;124(3):600–16.

16. Şahin B, Bozkurt A, Usta MB, Aydın M, Çobanoğlu C, Karabekiroğlu K. Zihin Kuramı: Gelişim, Nörobiyoloji, İlişkili Alanlar ve Nörogelişimsel Bozukluklar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2019 Mar 31;11(1):24–41.
17. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2013. xliv, 947 p. (Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed).
18. Popit S, Serod K, Locatelli I, Stuhec M. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): systematic review and meta-analysis. European Psychiatry. 2024 Jan;67(1):e68.
19. Faraone SV, Bellgrove MA, Brikell I, Cortese S, Hartman CA, Hollis C, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder. Nat Rev Dis Primers. 2024 Feb 22;10(1):1–21.
20. Wasserstein J. Diagnostic issues for adolescents and adults with ADHD. J Clin Psychol. 2005 May;61(5):535–47.
21. Barkley RA. The Relevance of the Still Lectures to Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Commentary. J Atten Disord. 2006 Nov;10(2):137–40.
22. Lange KW, Reichl S, Lange KM, Tucha L, Tucha O. The history of attention deficit hyperactivity disorder. ADHD Atten Def Hyp Disord. 2010 Dec;2(4):241–55.
23. Strauss AA, Lehtinen LE. Psychopathology and education of the brain-injured child. 1947 [cited 2024 Sep 23]; Available from: https://psycnet.apa.org/record/1948-02192-000
24. Rafalovich A. the conceptual history of attention deficit hyperactivity disorder: idiocy, imbecility, encephalitis and the child deviant, 1877?1929. Deviant Behavior. 2001 Mar 1;22(2):93–115.
25. Bradley C. THE BEHAVIOR OF CHILDREN RECEIVING BENZEDRINE. AJP. 1937 Nov;94(3):577–85.
26. Epstein JN, Conners CK, Erhardt D, Arnold LE, Hechtman L, Hinshaw SP, et al. [No title found]. Journal of Abnormal Child Psychology. 2000;28(6):585–94.
27. Simon V, Czobor P, Bálint S, Mészáros A, Bitter I. Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. The British Journal of Psychiatry. 2009;194(3):204–11.
28. Polanczyk G, De Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis. AJP. 2007 Jun;164(6):942–8.
29. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, et al. The Prevalence and Correlates of Adult ADHD in the United States: Results From the National Comorbidity Survey Replication. AJP. 2006 Apr;163(4):716–23.
30. Fayyad J, De Graaf R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K, et al. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. The British Journal of Psychiatry. 2007;190(5):402–9.
31. Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. Psychological medicine. 2006;36(2):159–65.
32. Gidziela A, Ahmadzadeh YI, Michelini G, Allegrini AG, Agnew-Blais J, Lau LY, et al. A meta-analysis of genetic effects associated with neurodevelopmental

disorders and co-occurring conditions. Nature human behaviour. 2023;7(4):642–56.
33. Faraone SV, Banaschewski T, Coghill D, Zheng Y, Biederman J, Bellgrove MA, et al. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2021 Sep 1;128:789–818.
34. Hechtman L. Genetic and neurobiological aspects of attention deficit hyperactive disorder: a review. Journal of Psychiatry and Neuroscience. 1994;19(3):193.
35. Bonvicini C, Faraone SV, Scassellati C. Attention-deficit hyperactivity disorder in adults: A systematic review and meta-analysis of genetic, pharmacogenetic and biochemical studies. Mol Psychiatry. 2016 Jul;21(7):872–84.
36. Dum R, Ghahramani A, Baweja R, Bellon A. Dopamine Receptor Expression and the Pathogenesis of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: a Scoping Review of the Literature. Curr Dev Disord Rep. 2022 Dec 1;9(4):127–36.
37. Arnsten AF. Fundamentals of attention-deficit/hyperactivity disorder: circuits and pathways. Journal of Clinical Psychiatry. 2006;67(Suppl 8):7–12.
38. SM S. Stahl'ın Temel Psikofarmakolojisi. T Alkın (Çev Ed), İstanbul: Tıp Kitabevi. 2015;79.
39. Castellanos FX, Lee PP, Sharp W, Jeffries NO, Greenstein DK, Clasen LS, et al. Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. Jama. 2002;288(14):1740–8.
40. Fusar-Poli P, Rubia K, Rossi G, Sartori G, Balottin U. Striatal Dopamine Transporter Alterations in ADHD: Pathophysiology or Adaptation to Psychostimulants? A Meta-Analysis. AJP. 2012 Mar;169(3):264–72.
41. Frodl T, Skokauskas N. Meta-analysis of structural MRI studies in children and adults with attention deficit hyperactivity disorder indicates treatment effects. Acta Psychiatr Scand. 2012 Feb;125(2):114–26.
42. Bozhilova NS, Michelini G, Kuntsi J, Asherson P. Mind wandering perspective on attention-deficit/hyperactivity disorder. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2018;92:464–76.
43. Blomberg R, Signoret C, Danielsson H, Perini I, Rönnberg J, Capusan AJ. Aberrant resting-state connectivity of auditory, ventral attention/salience and default-mode networks in adults with attention deficit hyperactivity disorder. Front Neurosci. 2022;16:972730.
44. Fox KC, Spreng RN, Ellamil M, Andrews-Hanna JR, Christoff K. The wandering brain: Meta-analysis of functional neuroimaging studies of mind-wandering and related spontaneous thought processes. Neuroimage. 2015;111:611–21.
45. Kane MJ, McVay JC. What Mind Wandering Reveals About Executive-Control Abilities and Failures. Curr Dir Psychol Sci. 2012 Oct;21(5):348–54.
46. Faraone SV, Radonjić NV. Neurobiology of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. In: Tasman A, Riba MB, Alarcón RD, Alfonso CA, Kanba S, Ndetei DM, et al., editors. Tasman's Psychiatry [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2020 [cited 2024 Nov 16]. p. 1–28. Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-030-42825-9_33-1
47. Liu ZS, Cui YH, Sun D, Lu Q, Jiang YW, Jiang L, et al. Current Status, Diagnosis, and Treatment Recommendation for Tic Disorders in China. Front Psychiatry. 2020;11:774.

48. Thapar A, Cooper M, Eyre O, Langley K. Practitioner Review: What have we learnt about the causes of ADHD? Child Psychology Psychiatry. 2013 Jan;54(1):3–16.
49. Sciberras E, Mulraney M, Silva D, Coghill D. Prenatal Risk Factors and the Etiology of ADHD—Review of Existing Evidence. Curr Psychiatry Rep. 2017 Jan;19(1):1.
50. Obel C, Olsen J, Henriksen TB, Rodriguez A, Järvelin MR, Moilanen I, et al. Is maternal smoking during pregnancy a risk factor for hyperkinetic disorder?—Findings from a sibling design. International journal of epidemiology. 2011;40(2):338–45.
51. Clements CC, Castro VM, Blumenthal SR, Rosenfield HR, Murphy SN, Fava M, et al. Prenatal antidepressant exposure is associated with risk for attention-deficit hyperactivity disorder but not autism spectrum disorder in a large health system. Molecular psychiatry. 2015;20(6):727–34.
52. Park S, Cho SC, Kim JW, Shin MS, Yoo HJ, Oh SM, et al. Differential perinatal risk factors in children with attention-deficit/hyperactivity disorder by subtype. Psychiatry research. 2014;219(3):609–16.
53. Ystrom E, Gustavson K, Brandlistuen RE, Knudsen GP, Magnus P, Susser E, et al. Prenatal Exposure to Acetaminophen and Risk of ADHD. Pediatrics. 2017 Nov;140(5):e20163840.
54. Oncü B, Olmez S. Neuropsychological findings in adults with attention deficit hyperactivity disorder. Turk Psikiyatri Dergisi= Turkish Journal of Psychiatry. 2004;15(1):41–6.
55. Russell AE, Ford T, Williams R, Russell G. The Association Between Socioeconomic Disadvantage and Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A Systematic Review. Child Psychiatry Hum Dev. 2016 Jun;47(3):440–58.
56. Yoshimasu K, Kiyohara C, Takemura S, Nakai K. A meta-analysis of the evidence on the impact of prenatal and early infancy exposures to mercury on autism and attention deficit/hyperactivity disorder in the childhood. Neurotoxicology. 2014;44:121–31.
57. Braun JM, Kahn RS, Froehlich T, Auinger P, Lanphear BP. Exposures to Environmental Toxicants and Attention Deficit Hyperactivity Disorder in U.S. Children. Environ Health Perspect. 2006 Dec;114(12):1904–9.
58. Sun J jun, Zhu C yan, Jiang H yin. Exposure to general anaesthesia in childhood and the subsequent risk of attention-deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis of cohort studies. Asian Journal of Psychiatry. 2021;62:102708.
59. Perroud N, Hasler R, Golay N, Zimmermann J, Prada P, Nicastro R, et al. Personality profiles in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). BMC Psychiatry. 2016 Dec;16(1):199.
60. Biederman J, Spencer T, Wilens T. Evidence-based pharmacotherapy for attention-deficit hyperactivity disorder. International Journal of Neuropsychopharmacology. 2004;7(1):77–97.
61. Philipsen A, Heßlinger B, van Elst LT. Attention deficit hyperactivity disorder in adulthood: diagnosis, etiology and therapy. Deutsches Ärzteblatt International. 2008;105(17):311.
62. Sukhodolsky DG, Do Rosario-Campos MC, Scahill L, Katsovich L, Pauls DL, Peterson BS, et al. Adaptive, Emotional, and Family Functioning of Children

With Obsessive-Compulsive Disorder and Comorbid Attention Deficit Hyperactivity Disorder. AJP. 2005 Jun 1;162(6):1125–32.
63. Jarrett MA, Ollendick TH. A conceptual review of the comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder and anxiety: Implications for future research and practice. Clinical psychology review. 2008;28(7):1266–80.
64. Schiweck C, Arteaga-Henriquez G, Aichholzer M, Edwin Thanarajah S, Vargas-Cáceres S, Matura S, et al. Comorbidity of ADHD and adult bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2021 May 1;124:100–23.
65. Mattos P, Saboya E, Ayrão V, Segenreich D, Duchesne M, Coutinho G. Comorbid eating disorders in a Brazilian attention-deficit/hyperactivity disorder adult clinical sample. Brazilian Journal of Psychiatry. 2004;26:248–50.
66. Miranda A, Colomer C, Berenguer C, Roselló R, Roselló B. Substance use in young adults with ADHD: Comorbidity and symptoms of inattention and hyperactivity/impulsivity. International journal of clinical and health psychology. 2016;16(2):157–65.
67. Van Amsterdam J, Van Der Velde B, Schulte M, Van Den Brink W. Causal Factors of Increased Smoking in ADHD: A Systematic Review. Substance Use & Misuse. 2018 Feb 23;53(3):432–45.
68. Howard AL, Pritchard TR. Heavy Drinking in University Students With and Without Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Contributions of Drinking Motives and Protective Behavioral Strategies. Subst�Abuse. 2017 Jan 1;11:117822181772331.
69. Rehan MA, Kuppa A, Ahuja A, Khalid S, Patel N, Budi Cardi FS, et al. A Strange Case of Dissociative Identity Disorder: Are There Any Triggers? Cureus. 10(7):e2957.
70. Perugi G, Pallucchini A, Rizzato S, De Rossi P, Sani G, Maremmani AG, et al. Pharmacotherapeutic strategies for the treatment of attention-deficit hyperactivity (ADHD) disorder with comorbid substance-use disorder (SUD). Expert Opinion on Pharmacotherapy. 2019 Feb 11;20(3):343–55.
71. Banaschewski T, Becker K, Döpfner M, Holtmann M, Rösler M, Romanos M. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a current overview. Deutsches Ärzteblatt International. 2017;114(9):149.
72. Thapar A, Cooper M. Attention deficit hyperactivity disorder. Lancet. 2016 Mar 19;387(10024):1240–50.
73. Adler LA, Spencer TJ, Wilens TE. Attention-deficit hyperactivity disorder in adults and children. Cambridge University Press; 2015.
74. Semerci B, UM A. Erişkinlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları Ankara. 2018;102–8.
75. Zalsman G, Shilton T. Adult ADHD: A new disease? International Journal of Psychiatry in Clinical Practice. 2016 Apr 2;20(2):70–6.
76. Young JL, Goodman DW. Adult attention-deficit/hyperactivity disorder diagnosis, management, and treatment in the DSM-5 era. The primary care companion for CNS disorders. 2016;18(6):26599.
77. Overview | Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management | Guidance | NICE [Internet]. NICE; 2018 [cited 2024 Nov 26]. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/ng87

78. DİLBAZ N, KAYA UDH, KAYA ÖB. Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğunda Psikososyal Tedaviler, Transmanyetik Uyarım ve Nörofeedback. Turkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics. 2012;5(1):82–9.
79. Cárceles MMA, Fernández DLM. Criminal Liability in ADHD Subjects under the Spanish Criminal Law. Beijing Law Review. 2015 Oct 15;6(4):232–71.
80. Işık E. Işık Taner Y. Çocuk, Ergen ve Erişkinlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu. 2009;24–5.
81. Biederman J, Monuteaux MC, Spencer T, Wilens TE, Faraone SV. Do stimulants protect against psychiatric disorders in youth with ADHD? A 10-year follow-up study. Pediatrics. 2009;124(1):71–8.
82. Department of Psychology, Illinois School of Professional Psychology at Argosy University, USA, Eme R. A Review of the Most Recent Longitudinal Studies of ADHD. J Mem Disord Rehabil. 2017 Mar 21;2(1):1–4.
83. ADHD and Long-Term Outcomes [Internet]. CHADD. [cited 2024 Sep 24]. Available from: https://chadd.org/about-adhd/long-term-outcomes/
84. Andrews-Hanna JR, Smallwood J, Spreng RN. The default network and self-generated thought: component processes, dynamic control, and clinical relevance. Annals of the New York Academy of Sciences. 2014 May;1316(1):29–52.
85. Smallwood J, Schooler JW. The Science of Mind Wandering: Empirically Navigating the Stream of Consciousness. Annu Rev Psychol. 2015 Jan 3;66(1):487–518.
86. McMillan RL, Kaufman SB, Singer JL. Ode to positive constructive daydreaming. Frontiers in psychology. 2013;4:626.
87. Callard F, Smallwood J, Golchert J, Margulies DS. The era of the wandering mind? Twenty-first century research on self-generated mental activity. Frontiers in psychology. 2013;4:891.
88. Smallwood J, Andrews-Hanna J. Not all minds that wander are lost: the importance of a balanced perspective on the mind-wandering state. Frontiers in psychology. 2013;4:441.
89. Smallwood J. Distinguishing how from why the mind wanders: a process–occurrence framework for self-generated mental activity. Psychological bulletin. 2013;139(3):519.
90. Smallwood J, Schooler JW. The restless mind. 2013 [cited 2024 Sep 24]; Available from: https://psycnet.apa.org/fulltext/2013-25625-006.html
91. Schooler JW, Mrazek MD, Franklin MS, Baird B, Mooneyham BW, Zedelius C, et al. The middle way: Finding the balance between mindfulness and mind-wandering. Psychology of learning and motivation. 2014;60:1–33.
92. VandenBos GR. APA dictionary of psychology. [Internet]. American Psychological Association; 2007 [cited 2024 Sep 24]. Available from: https://psycnet.apa.org/record/2006-11044-000
93. Singer JL. Navigating the stream of consciousness: research in daydreaming and related inner experience. American Psychologist. 1975;30(7):727.
94. Wammes JD, Seli P, Cheyne JA, Boucher PO, Smilek D. Mind wandering during lectures II: Relation to academic performance. Scholarship of Teaching and Learning in Psychology. 2016;2(1):33.

95. Smallwood J, Bernhardt BC, Leech R, Bzdok D, Jefferies E, Margulies DS. The default mode network in cognition: a topographical perspective. Nat Rev Neurosci. 2021 Aug;22(8):503–13.
96. Temiz ZT, Hanoolu L. Neural Correlates of Self: Models of Northoff and Damasio. 2019;
97. Robison MK, Unsworth N. Cognitive and contextual correlates of spontaneous and deliberate mind-wandering. Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition. 2018;44(1):85.
98. Randall JG, Oswald FL, Beier ME. Mind-wandering, cognition, and performance: a theory-driven meta-analysis of attention regulation. Psychological bulletin. 2014;140(6):1411.
99. Schooler JW, Smallwood J, Christoff K, Handy TC, Reichle ED, Sayette MA. Meta-awareness, perceptual decoupling and the wandering mind. Trends in cognitive sciences. 2011;15(7):319–26.
100. Franklin MS, Mrazek MD, Anderson CL, Johnston C, Smallwood J, Kingstone A, et al. Tracking Distraction: The Relationship Between Mind-Wandering, Meta-Awareness, and ADHD Symptomatology. J Atten Disord. 2017 Apr;21(6):475–86.
101. Seli P, Cheyne JA, Xu M, Purdon C, Smilek D. Motivation, intentionality, and mind wandering: Implications for assessments of task-unrelated thought. Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition. 2015;41(5):1417.
102. Asherson P. Clinical assessment and treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults. Expert Review of Neurotherapeutics. 2005 Jul;5(4):525–39.
103. Kane MJ, Brown LH, McVay JC, Silvia PJ, Myin-Germeys I, Kwapil TR. For Whom the Mind Wanders, and When: An Experience-Sampling Study of Working Memory and Executive Control in Daily Life. Psychol Sci. 2007 Jul;18(7):614–21.
104. El-Sayed E, Larsson J, Persson H, Santosh P, Rydelius P. "Maturational lag" hypothesis of attention deficit hyperactivity disorder: an update. Acta Paediatrica. 2003 Jul;92(7):776–84.
105. Sripada CS, Kessler D, Angstadt M. Lag in maturation of the brain's intrinsic functional architecture in attention-deficit/hyperactivity disorder. Proc Natl Acad Sci USA. 2014 Sep 30;111(39):14259–64.
106. Shaw GA, Giambra L. Task-unrelated thoughts of college students diagnosed as hyperactive in childhood. Developmental Neuropsychology. 1993 Jan 1;9(1):17–30.
107. Downey KK, Stelson FW, Pomerleau OF, Giordani B. Adult attention deficit hyperactivity disorder: Psychological test profiles in a clinical population. The Journal of nervous and mental disease. 1997;185(1):32–8.
108. Weyandt LL, Iwaszuk W, Fulton K, Ollerton M, Beatty N, Fouts H, et al. The Internal Restlessness Scale: Performance of College Students With and Without ADHD. J Learn Disabil. 2003 Jul;36(4):382–9.
109. Dibner C, Schibler U, Albrecht U. The Mammalian Circadian Timing System: Organization and Coordination of Central and Peripheral Clocks. Annu Rev Physiol. 2010 Mar 17;72(1):517–49.

110. Snitselaar MA, Smits MG, Van Der Heijden KB, Spijker J. Sleep and Circadian Rhythmicity in Adult ADHD and the Effect of Stimulants: A Review of the Current Literature. J Atten Disord. 2017 Jan;21(1):14–26.
111. Korman M, Palm D, Uzoni A, Faltraco F, Tucha O, Thome J, et al. ADHD 24/7: Circadian clock genes, chronotherapy and sleep/wake cycle insufficiencies in ADHD. The World Journal of Biological Psychiatry. 2020 Mar 15;21(3):156–71.
112. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. Sleep medicine reviews. 2002;6(2):97–111.
113. İlhan MN, Maral I, Kitapçı M, Aslan S, Çakır N, Bumin MA. Yaşlılarda depresif belirtiler ve bilişsel bozukluğu etkileyebilecek etkenler. Klinik Psikiyatri. 2006;9:177–84.
114. Benbir G, Demir AU, Aksu M, Ardic S, Firat H, Itil O, et al. Prevalence of insomnia and its clinical correlates in a general population in T urkey. Psychiatry Clin Neurosci. 2015 Sep;69(9):543–52.
115. Demir AU, Ardic S, Firat H, Karadeniz D, Aksu M, Ucar ZZ, et al. Prevalence of sleep disorders in the Turkish adult population epidemiology of sleep study: Sleep disorders in Turkish adult population. Sleep and Biological Rhythms. 2015 Oct;13(4):298–308.
116. Ohayon MM, Shapiro CM, Kennedy SH. Differentiating DSM-IV Anxiety and Depressive Disorders in the General Population: Comorbidity and Treatment Consequences. Can J Psychiatry. 2000 Mar;45(2):166–72.
117. Fadeuilhe C, Daigre C, Grau-López L, Richarte V, Palma-Álvarez RF, Corrales M, et al. The impact of insomnia disorder on adult attention-deficit/hyperactivity disorder severity: A six-month follow-up study. Psychiatry Res. 2022 Feb;308:114349.
118. Wellman HM, Estes D. Early understanding of mental entities: A reexamination of childhood realism. Child development. 1986;910–23.
119. Beer JS, Ochsner KN. Social cognition: a multi level analysis. Brain Res. 2006 Mar 24;1079(1):98–105.
120. Wellman HM, Cross D, Watson J. Meta-Analysis of Theory-of-Mind Development: The Truth about False Belief. Child Development. 2001 May;72(3):655–84.
121. Pisula E. The autistic mind in the light of neuropsychological studies. Acta neurobiologiae experimentalis. 2010;70(2):119–30.
122. APA PsycNET [Internet]. [cited 2024 Sep 25]. Sometimes necessary, never sufficient: False-belief understanding and social competence. Available from: https://awspntest.apa.org/record/2003-88177-001
123. Schneider W, Schumann-Hengsteler R, Sodian B. Young children's cognitive development: Interrelationships among working memory, verbal ability, and Theory of Mind. New York: Routledge; 2005.
124. Astington JW, Baird JA. Introduction: why language matters. In: Why Language Matters for Theory of Mind, Apr, 2002, University of Toronto, Toronto, ON, Canada; This chapter originated from the aforementioned conference [Internet]. Oxford University Press; 2005 [cited 2024 Sep 25]. Available from: https://psycnet.apa.org/record/2005-12116-001
125. Howlin P, Baron-Cohen S, Hadwin JA. Teaching children with autism to mind-read: A practical guide for teachers and parents [Internet]. John Wiley & Sons; 1999 [cited 2024 Sep 25]. Available from:

https://books.google.com/books?hl=tr&lr=&id=ymOJEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR9&dq=Howlin,+Baron-Cohen+Hadwin,+1999&ots=NsTYHeXWrU&sig=VZqclSsI_FjimcacoOls3EM-WTk
126. Korkmaz B. Asperger sendromu: toplumsal ilişkilere ait bir bozukluk, yalnızlık ya da insana ait temel bir boyut. Adam; 2003.
127. Wimmer H, Perner J. Beliefs about beliefs: Representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. Cognition. 1983;13(1):103–28.
128. Erdil N. Şizofrenide zihin teorisi, empati ve içgörü yeteneklerinin klinik değişkenlerle ilişkisi [Internet] [Master's Thesis]. Dokuz Eylul Universitesi (Turkey); 2008 [cited 2024 Sep 25]. Available from: https://search.proquest.com/openview/d256580127038ce650b0a46d9d424a00/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y
129. Frith C, Frith U. The physiological basis of theory of mind: Functional neuroimaging studies. In: Understanding other minds: Perspectives from developmental cognitive neuroscience, 2nd ed. New York, NY, US: Oxford University Press; 2000. p. 334–56.
130. Tager-Flusberg H, Sullivan K. A componential view of theory of mind: evidence from Williams syndrome. Cognition. 2000;76(1):59–90.
131. Bach LJ, Happe F, Fleminger S, Powell J. Theory of mind: Independence of executive function and the role of the frontal cortex in acquired brain injury. Cognitive Neuropsychiatry. 2000 Aug;5(3):175–92.
132. Langdon R, Davies M, Coltheart M. Understanding Minds and Understanding Communicated Meanings in Schizophrenia. Mind & Language. 2002 Jan;17(1–2):68–104.
133. Meltzoff AN. Origins of theory of mind, cognition... - Google Akademik [Internet]. [cited 2024 Nov 20]. Available from: https://scholar.google.com/scholar?hl=tr&as_sdt=0%2C5&q=Meltzoff+AN.+Origins+of+theory+of+mind%2C+cognition+and+communication.+Journal+of+communication+disorders.+1999%3B32%284%29%3A251-69.+&btnG=
134. Happé FG. Communicative competence and theory of mind in autism: A test of relevance theory. Cognition. 1993;48(2):101–19.
135. Rogers K, Dziobek I, Hassenstab J, Wolf OT, Convit A. Who cares? Revisiting empathy in Asperger syndrome. J Autism Dev Disord. 2007 Apr;37(4):709–15.
136. Ay MG, Kılıç BG. Nörogelişimsel bozukluklar ve empati. otd. 2019 Dec 1;11(4):585–95.
137. Love AJ. Theory of Mınd Abılıty ın the Preadolescent Language Broker: Connectıons Between Language Brokerıng, Socıal Cognıtıon, and Academıc Achıevement. Doctor of Philosophy Dıssertatıon, The Claremont Graduate Unıversıty; 2007.
138. Miller PH. Developmental theories: Past, present, and future. Developmental Review. 2022;66:101049.
139. Ertuğrul Z. Zihin kuramı, dil ve çalışma belleği arasındaki gelişimsel bağlantılar [Master's Thesis]. Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2011.
140. Astington JW. Children's developing notions of others' minds. Pragmatics: From theory to practice. 1994;72–87.

141. Kaysili K, Bahar B. Zihin kuramı ve dil arasındaki ilişki: bir derleme. Ankara Universitesi Egitim Bilimleri Fakultesi Ozel Egitim Dergisi. 2014;15(2):81–93.
142. Perner J, Davies G. Understanding the mind as an active information processor: Do young children have a "copy theory of mind"? Cognition. 1991;39(1):51–69.
143. Scholl BJ, Leslie AM. Modularity, Development and 'Theory of Mind'. Mind & Language. 1999 Mar;14(1):131–53.
144. Gordon RM, Cruz J. Simulation theory. Encyclopedia of cognitive science. 2003;4:9–14.
145. Shanton K, Goldman A. Simulation theory. WIRES Cognitive Science. 2010 Jul;1(4):527–38.
146. Baron-Cohen S. The empathizing system: a revision of the 1994 model of the mindreading system," a chapter appearing in the book "Origins of the Social Mind" by Ellis, B and Bjorklund, D. Guilford Publications Inc; 2005.
147. Wellman HM. Developing a Theory of Mind: Initial Overview. In: Wellman HM, editor. Making Minds: How Theory of Mind Develops [Internet]. Oxford University Press; 2014 [cited 2024 Sep 26]. p. 0. Available from: https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199334919.003.0001
148. Flawell J. S. Miller.(2000). Cognitive Development (Third Edition) New Jersey Prentice Hall Englewood Cliffs. 1993;
149. Gallagher HL, Frith CD. Functional imaging of 'theory of mind'. Trends in cognitive sciences. 2003;7(2):77–83.
150. Apperly IA, Warren F, Andrews BJ, Grant J, Todd S. Developmental continuity in theory of mind: speed and accuracy of belief-desire reasoning in children and adults. Child Dev. 2011;82(5):1691–703.
151. Banerjee R, Watling D, Caputi M. Peer Relations and the Understanding of Faux Pas: Longitudinal Evidence for Bidirectional Associations: Peer Relations Faux Pas. Child Development. 2011 Nov;82(6):1887–905.
152. Hofmann SG, Doan SN, Sprung M, Wilson A, Ebesutani C, Andrews LA, et al. Training children's theory-of-mind: A meta-analysis of controlled studies. Cognition. 2016;150:200–12.
153. Wang Z, Devine RT, Wong KK, Hughes C. Theory of mind and executive function during middle childhood across cultures. Journal of Experimental Child Psychology. 2016;149:6–22.
154. Hughes C, Leekam S. What are the Links Between Theory of Mind and Social Relations? Review, Reflections and New Directions for Studies of Typical and Atypical Development. Social Development. 2004 Nov;13(4):590–619.
155. BiÇer E, Sari OT. NORMAL GELİŞİM GÖSTEREN VE HAFİF DÜZEYDE ZİHİNSEL ENGELLİ ÖĞRENCİLERİN ZİHİN KURAMI VE YÜRÜTÜCÜ İŞLEV BECERİLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ. Eğitimde Kuram ve Uygulama. 2017 May 3;13(2):261–76.
156. Meltzoff AN, Moore MK. Newborn infants imitate adult facial gestures. Child development. 1983;702–9.
157. Butterworth G. The ontogeny and phylogeny of joint visual attention. Natural theories of mind: Evolution, development, and simulation of everyday mindreading/Blackwell Publishers. 1991;
158. Hood BM, Willen JD, Driver J. Adult's Eyes Trigger Shifts of Visual Attention in Human Infants. Psychol Sci. 1998 Mar;9(2):131–4.

159. Scaife M, Bruner JS. The capacity for joint visual attention in the infant. Nature. 1975;253(5489):265–6.
160. Bretherton I, McNew S, Beeghly-Smith M. Early person knowledge as expressed in gestural and verbal communication: When do infants acquire a "theory of mind". Infant social cognition. 1981;333–73.
161. Flavell JH. Perspectives on perspective taking. In: Piaget's theory [Internet]. Psychology Press; 2013 [cited 2024 Sep 26]. p. 107–39. Available from: https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9780203763155-7/perspectives-perspective-taking-john-flavell
162. Wellman HM, Bartsch K. Young children's reasoning about beliefs. Cognition. 1988;30(3):239–77.
163. Leekam S. Children's understanding of mind. 1993 [cited 2024 Sep 26]; Available from: https://psycnet.apa.org/record/1993-97888-001
164. Hala S, Carpendale J. All in the mind: children's understanding of mental life,[w:] S. Hala (Red). The devel-opment of social cognition. 1997;
165. Blijd-Hoogewijs E, van Geert P, Minderaa R. Variability in Theory of Mind abilities of chidren with autism. In: Communication at 18th biennial conference of the International Society for the Study of Behavioural Development. 2004. p. 11–5.
166. Freire A, Eskritt M, Lee K. Are eyes windows to a deceiver's soul? Children's use of another's eye gaze cues in a deceptive situation. Developmental psychology. 2004;40(6):1093.
167. Flobbe L, Verbrugge R, Hendriks P, Krämer I. Children's Application of Theory of Mind in Reasoning and Language. J of Log Lang and Inf. 2008 Oct;17(4):417–42.
168. Baron-Cohen S, O'Riordan M, Stone V, Jones R, Plaisted K. Recognition of Faux Pas by Normally Developing Children and Children with Asperger Syndrome or High-Functioning Autism. J Autism Dev Disord. 1999 Oct 1;29(5):407–18.
169. Happé FG. An advanced test of theory of mind: understanding of story characters' thoughts and feelings by able autistic, mentally handicapped, and normal children and adults. J Autism Dev Disord. 1994 Apr;24(2):129–54.
170. Ekman P. 1985, Telling Lies. WW Norton and Company, New York;
171. Demorest A, Meyer C, Phelps E, Gardner H, Winner E. Words speak louder than actions: Understanding deliberately false remarks. Child Development. 1984;1527–34.
172. Luyten P, Fonagy P. The neurobiology of mentalizing. Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment. 2015;6(4):366–79.
173. Schurz M, Radua J, Aichhorn M, Richlan F, Perner J. Fractionating theory of mind: a meta-analysis of functional brain imaging studies. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2014;42:9–34.
174. Buckner RL, Carroll DC. Self-projection and the brain. Trends in cognitive sciences. 2007;11(2):49–57.
175. Frith CD, Frith U. The neural basis of mentalizing. Neuron. 2006;50(4):531–4.
176. Soares C, Gonzalo G, Castelhano J, Castelo-Branco M. The relationship between the default mode network and the theory of mind network as revealed by psychedelics–A meta-analysis. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2023;105325.

177. Tatar ZB, Cansız A. Executive function deficits contribute to poor theory of mind abilities in adults with ADHD. Applied Neuropsychology: Adult. 2022 Mar 4;29(2):244–51.
178. Mannuzza S, Klein RG. Long-term prognosis in attention-deficit/hyperactivity disorder. Child and adolescent psychiatric clinics of North America. 2000;9(3):711–26.
179. Bora E, Pantelis C. Meta-analysis of social cognition in attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): comparison with healthy controls and autistic spectrum disorder. Psychological medicine. 2016;46(4):699–716.
180. Mary A, Slama H, Mousty P, Massat I, Capiau T, Drabs V, et al. Executive and attentional contributions to Theory of Mind deficit in attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). Child Neuropsychology. 2016 Apr 2;22(3):345–65.
181. Elbir M, Alp Topbaş O, Bayad S, Kocabaş T, Topak Z, Çetin Ş, et al. Adaptation and reliability of the structured clinical interview for DSM-5-disorders-clinician version (SCID-5/CV) to the Turkish language. 2019 [cited 2024 Sep 26]; Available from: https://gcris.pau.edu.tr/handle/11499/30455
182. First MB, Williams JB, Karg RS, Spitzer RL. SCID-5-CV: Structured clinical interview for DSM-5 disorders: Clinician version. (No Title) [Internet]. 2016 [cited 2024 Sep 26]; Available from: https://cir.nii.ac.jp/crid/1130282268731188480
183. DOĞAN S. Dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğunun klinik özellikleri ve tanı ölçütleri. Turkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics. 2012;5(1):29–34.
184. Aksoy ŞG, Aksoy UM, Semerci B. Linguistic Equivalence, Validity and Reliability Study of the Mind Excessively Wandering Scale. Noro Psikiyatr Ars. 2022;59(3):201–9.
185. Bastien CH, Vallières A, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. Sleep medicine. 2001;2(4):297–307.
186. Boysan M, Güleç M, Besiroglu L, Kalafat T. Uykusuzluk Siddeti Indeksi'nin Türk örneklemindeki psikometrik özellikleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2010;11(3):248.
187. Pündük Z, Gür H, Ercan İ. Sabahçil-Akşamcil Anketi Türkçe uyarlamasinda güvenilirlik çalişmasi. Türk Psikiyatri Dergisi [Internet]. 2005 [cited 2024 Sep 26]; Available from: https://psycnet.apa.org/record/2005-03826-005
188. Değirmencioğlu B, Alptekin K, Akdede BB, Erdil N, Aktaner A, Mantar A, et al. Şizofreni hastalarında Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği'nin (DEZİKÖ) geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Türk Psikiyatri Derg. 2018;29:193–201.
189. Baron-Cohen S, Wheelwright S, Hill J, Raste Y, Plumb I. The "Reading the Mind in the Eyes" Test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines. 2001;42(2):241–51.
190. Yildirim EA, Kaşar M, Güdük M, Ateş E, Küçükparlak İ, Özalmete EO. Gözlerden zihin okuma testi'nin Türkçe güvenirlik çalışması. Turk Psikiyatri Dergisi. 2011;22(3):177–86.
191. Barkley RA, Murphy KR, Fischer M. ADHD in adults: What the science says. New York, NY, US: The Guilford Press; 2008. xii, 500 p. (ADHD in adults: What the science says).

192. Wymbs BT, Pelham WE, Molina BSG, Gnagy EM, Wilson TK, Greenhouse JB. Rate and predictors of divorce among parents of youths with ADHD. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2008;76(5):735–44.
193. Claussen AH, Holbrook JR, Hutchins HJ, Robinson LR, Bloomfield J, Meng L, et al. All in the Family? A Systematic Review and Meta-analysis of Parenting and Family Environment as Risk Factors for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children. Prev Sci. 2024 May;25(Suppl 2):249–71.
194. Hinshaw SP, Owens EB, Zalecki C, Huggins SP, Montenegro-Nevado AJ, Schrodek E, et al. Prospective follow-up of girls with attention-deficit/hyperactivity disorder into early adulthood: continuing impairment includes elevated risk for suicide attempts and self-injury. Journal of consulting and clinical psychology. 2012;80(6):1041.
195. Di Salvo G, Perotti C, Filippo L, Garrone C, Rosso G, Maina G. Assessing suicidality in adult ADHD patients: prevalence and related factors : Suicidality in adult ADHD patients. Ann Gen Psychiatry. 2024 Nov 1;23(1):42.
196. Ribeiro JD, Franklin JC, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Chang BP, et al. Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. Psychol Med. 2016 Jan;46(2):225–36.
197. Willer J. Assessing Family History, Childhood, and Adult Development. In: Willer J, Willer J, editors. Could it be Adult ADHD?: A Clinician's Guide to Recognition, Assessment, and Treatment [Internet]. Oxford University Press; 2017 [cited 2024 Oct 20]. p. 0. Available from: https://doi.org/10.1093/med:psych/9780190256319.003.0007
198. Faraone SV, Biederman J, Wozniak J. Examining the comorbidity between attention deficit hyperactivity disorder and bipolar I disorder: a meta-analysis of family genetic studies. Am J Psychiatry. 2012 Dec;169(12):1256–66.
199. Pazvantoğlu O, Akbaş S, Sarısoy G, Baykal S, Korkmaz IZ, Karabekiroğlu K, et al. DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde DEHB ile ilişkili bazı sorunlu yaşam olayları. Dusunen Adam. 2014 Mar 15;61–8.
200. Margari F, Craig F, Petruzzelli MG, Lamanna A, Matera E, Margari L. Parents psychopathology of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Research in Developmental Disabilities. 2013 Mar 1;34(3):1036–43.
201. Wilens TE, Martelon M, Joshi G, Bateman C, Fried R, Petty C, et al. Does ADHD predict substance-use disorders? A 10-year follow-up study of young adults with ADHD. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2011;50(6):543–53.
202. Wilens TE, Vitulano M, Upadhyaya H, Adamson J, Sawtelle R, Utzinger L, et al. Cigarette Smoking Associated with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. The Journal of Pediatrics. 2008 Sep 1;153(3):414-419.e1.
203. Luderer M, Ramos Quiroga JA, Faraone SV, Zhang James Y, Reif A. Alcohol use disorders and ADHD. Neurosci Biobehav Rev. 2021 Sep;128:648–60.
204. Hutt Vater C, DiSalvo M, Ehrlich A, Parker H, O'Connor H, Faraone SV, et al. ADHD in Adults: Does Age at Diagnosis Matter? J Atten Disord. 2024 Mar;28(5):614–24.
205. Wilens TE, Biederman J, Faraone SV, Martelon M, Westerberg D, Spencer TJ. Presenting ADHD symptoms, subtypes, and comorbid disorders in clinically referred adults with ADHD. J Clin Psychiatry. 2009 Nov;70(11):1557–62.

206. Wynchank D, Bijlenga D, Beekman AT, Kooij JJS, Penninx BW. Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and Insomnia: an Update of the Literature. Curr Psychiatry Rep. 2017 Oct 30;19(12):98.
207. Humphreys KL, Watts EL, Dennis EL, King LS, Thompson PM, Gotlib IH. Stressful Life Events, ADHD Symptoms, and Brain Structure in Early Adolescence. J Abnorm Child Psychol. 2019 Mar;47(3):421–32.
208. Wilens TE. Current controversies in ADHD: diagnosis, treatment and comorbid substance abuse. Neuropsychiatry. 2011;1(2):115.
209. Eakin L, Minde K, Hechtman L, Ochs E, Krane E, Bouffard R, et al. The marital and family functioning of adults with ADHD and their spouses. J Atten Disord. 2004 Aug;8(1):1–10.
210. KAHVECİ ÖNCÜ B, TUTAREL KIŞLAK Ş. Marital Adjustment and Marital Conflict in Individuals Diagnosed with ADHD and Their Spouses. Noro Psikiyatr Ars. 2022 Apr 19;59(2):127–32.
211. Arz CE, Pur Karabulut İG, Sakmar E. Klinik olmayan örneklemde evlilik uyumunun erişkinlerde görülen dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtileri ve çocukluk çağı ruhsal travma düzeyleri ile ilişkisi. Klinik Psikoloji Dergisi. 2023 Sep 14;7(2):240–57.
212. Richmond S, Hasking P, Meaney R. Psychological Distress and Non-Suicidal Self-Injury: The Mediating Roles of Rumination, Cognitive Reappraisal and Expressive Suppression. Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research. 2015 Dec 9;21.
213. Kandeğer A, Odabaş Ünal Ş, Ergün MT, Yavuz Ataşlar E. Excessive mind wandering, rumination, and mindfulness mediate the relationship between ADHD symptoms and anxiety and depression in adults with ADHD. Clin Psychol Psychother. 2023 Dec 5;
214. Chaieb L, Hoppe C, Fell J. Mind wandering and depression: A status report. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2022 Feb 1;133:104505.
215. van Vugt MK, van der Velde M, ESM-MERGE Investigators. How Does Rumination Impact Cognition? A First Mechanistic Model. Top Cogn Sci. 2018 Jan;10(1):175–91.
216. Ghin F, Beste C, Stock AK. Neurobiological mechanisms of control in alcohol use disorder–Moving towards mechanism-based non-invasive brain stimulation treatments. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2022;133:104508.
217. Eldar-Avidan D, Haj-Yahia MM, Greenbaum CW. Divorce is a part of my life... resilience, survival, and vulnerability: young adults' perception of the implications of parental divorce. J Marital Fam Ther. 2009 Jan;35(1):30–46.
218. Cicchetti D, Toth SL. Child maltreatment and developmental psychopathology: A multilevel perspective. In: Developmental psychopathology: Maladaptation and psychopathology, Vol 3, 3rd ed. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons, Inc.; 2016. p. 457–512.
219. Morash-Conway J, Gendron M, Corkum P. The role of sleep quality and quantity in moderating the effectiveness of medication in the treatment of children with ADHD. ADHD Atten Def Hyp Disord. 2017 Mar 1;9(1):31–8.
220. Sciberras E. Sleep in Individuals with ADHD: Prevalence, Impacts, Causes, and Treatments. Curr Top Behav Neurosci. 2022;57:199–220.

221. Alkalay S, Dan O. Effect of short-term methylphenidate on social impairment in children with attention deficit/hyperactivity disorder: systematic review. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health. 2022 Nov 28;16(1):93.
222. Babinski DE. Sex Differences in ADHD: Review and Priorities for Future Research. Curr Psychiatry Rep. 2024 Apr 1;26(4):151–6.
223. Brevik EJ, Lundervold AJ, Halmøy A, Posserud MB, Instanes JT, Bjorvatn B, et al. Prevalence and clinical correlates of insomnia in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. Acta Psychiatr Scand. 2017 Aug 1;136(2):220–7.
224. Xu L, Yan Y, Dong H, Qiao D, Liu Y, Tian J, et al. Measuring the effects of mind wandering in people with insomnia: A driving simulator study. Front Neurosci. 2022 Aug 17;16:944096.
225. Helfer B, Cooper RE, Bozhilova N, Maltezos S, Kuntsi J, Asherson P. The effects of emotional lability, mind wandering and sleep quality on ADHD symptom severity in adults with ADHD. European Psychiatry. 2019 Jan;55:45–51.
226. Manzar MD, Kashoo F, Albougami A, Alamri M, Alotaibi JS, Alrasheadi BA, et al. The mediating role of attention deficit in relationship between insomnia and social cognition tasks among nurses in Saudi Arabia: A cross-sectional study. PeerJ. 2023 Jul 4;11:e15508.
227. Caci H, Bouchez J, Baylé FJ. Inattentive Symptoms of ADHD Are Related to Evening Orientation. J Atten Disord. 2009 Jul;13(1):36–41.
228. Tesfaye R, Gruber R. The Association between Sleep and Theory of Mind in School Aged Children with ADHD. Med Sci (Basel). 2017 Aug 21;5(3):18.
229. Mowlem FD, Skirrow C, Reid P, Maltezos S, Nijjar SK, Merwood A, et al. Validation of the Mind Excessively Wandering Scale and the Relationship of Mind Wandering to Impairment in Adult ADHD. J Atten Disord. 2019 Apr 1;23(6):624–34.
230. Bzdok D, Gross D, Eickhoff S. The Neurobiology of Moral Cognition: Relation to Theory of Mind, Empathy, and Mind-Wandering. In 2015. p. 127–48.
231. Carciofo R, Du F, Song N, Zhang K. Mind Wandering, Sleep Quality, Affect and Chronotype: An Exploratory Study. PLOS ONE. 2014 Mar 7;9(3):e91285.
232. Levi-Shachar O, Gvirts HZ, Goldwin Y, Bloch Y, Shamay-Tsoory S, Boyle D, et al. The association between symptom severity and theory of mind impairment in children with attention deficit/hyperactivity disorder. Psychiatry Research. 2021 Sep 1;303:114092.
233. Lunsford-Avery JR, Kollins SH, Mittal VA. Eveningness diurnal preference associated with poorer socioemotional cognition and social functioning among healthy adolescents and young adults. Chronobiology International. 2019 Mar 4;36(3):439–44.
234. Clutterbuck RA, Callan MJ, Shah P. Socio-demographic and political predictors of Theory of Mind in adulthood. PLOS ONE. 2023 May 24;18(5):e0284960.
235. Veddum L, Greve AN, Andreassen AK, Knudsen CB, Brandt JM, Gregersen M, et al. Development of social responsiveness and theory of mind in children of parents with schizophrenia or bipolar disorder. Schizophrenia Research: Cognition. 2022 Jun 1;28:100242.
236. Pavarini G, de Hollanda Souza D, Hawk CK. Parental Practices and Theory of Mind Development. J Child Fam Stud. 2013 Aug 1;22(6):844–53.
237. Gionet S, Arseneau J, Plourde V. Psychopathology and mind wandering in young university students. J Psychiatr Res. 2023 Jul;163:350–6.

238. Walsh RFL, Maddox MA, Smith LT, Liu RT, Alloy LB. Social and circadian rhythm dysregulation and suicide: A systematic review and meta-analysis. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2024 Mar 1;158:105560.

EKLER

EK-1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Atatürk Üniversitesi
Tıp Fakültesi

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ERİŞKİN HASTALAR İÇİN
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırma Projesinin Adı: **Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Hastalarda Zihin Gezinmesi, İnsomnia, Kronotip Ve Zihin Kuramının İlişkisi**
Sorumlu Araştırıcının Adı:Dr. Esat Fahri Aydın
Diğer Araştırıcıların Adı: Arş. Gör. Dr. Oğuzhan ŞENEL
Destekleyici (varsa):

"**Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Hastalarda Zihin Gezinmesi, İnsomnia, Kronotip Ve Zihin Kuramının İlişkisi**'' isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya davet edilmenizin nedeni dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısıyla takip ediliyor olmanızdır. Katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında, Dr.Esat Fahri Aydın'nın sorumluluğu altındadır.

Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

- *Bu araştırmada* ***"Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Hastalarda Zihin Gezinmesi, İnsomnia, Kronotip Ve Zihin Kuramının İlişkisi"*** *değerlendirilecektir.*
- *Bu çalışmada* ***Mayıs 2023 ve Ekim 2024 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısıyla takip edilen en az 100 gönüllü hastanın*** *değerlendirilmesi planlanmaktadır.*
- **Bu çalışmaya katılmalı mıyım? (Bu bölüm aynen korunacaktır)**

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalasanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

Bu çalışmaya katılırsam beni ne bekliyor?

- Bu araştırmada kullanılacak bazı özel olmayan kişisel bilgileriniz içeren (yaş, eğitim durumu gibi) bir formla birlikte *insomnia, zihin gezinmesi ,kronotip ve zihin kuruamı* ilgili düşünceler içeren bir formu doldurmanız sizden istenmektedir. Bunun yanında bazı sosyodemografik bilgilerle ilgili bazı sorular tarafınıza iletilecektir.
- Araştırmanın süresi:18 ay
- Hastaya ait biyolojik bir materyal ya da görüntü materyali üzerinde çalışılacaksa tam olarak ne bakılacağı ? Böyle bir materyal üzerinde çalışılmayacaktır.

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?
Örnek:

1. Sadece anket doldurmaya yönelik bir çalışmadır……

2. Araştırmadan dolayı önemli bir risk bulunmamaktadır. Anketleri doldurmanız çalışma için yeterli olacaktır.

Çalışmada yer almamın yararları nelerdir?

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda *uyku sorunları, zihin gezinmesi ve zihin kuramı becerileri önemli bir sorundur. Bu sorunu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi önemli bir konudur. Bu konuda bilgi edinmeyi amaçlaya bir çalışmaya katılmış olacaksınız.*

Bu çalışmaya katılmamın maliyeti nedir? (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak? (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Oğuzhan ŞENEL
GÖREVİ : Arş. Gör. Dr.
TELEFON :05·· -)

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Dr.Esat Fahri Aydın veya onun görevlendirdiği bir araştırmacı tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (*Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim).* Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Arş.Gör.Dr. Oğuzhan ŞENEL'i 05 numaralı telefon ve Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nden arayabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı
Adı, soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:

Görüşme tanığı
Adı, soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:

Katılımcı ile görüşen hekim
Adı soyadı, unvanı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:

AYDINLATMA ve KATILIMCININ BEYANI KESİNLİKLE BİRBİRLERİNİN DEVAMI ŞEKLİNDE OLACAKTIR. AYRI AYRI SAYFALARDA YER *ALMAYACAKTIR.*

EK-2. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK VERİ FORMU

1) Ad Soyad: **2) Yaş:** **Tarih:**

Dosya No:

3) Cinsiyet: **Telefon:**
1: Erkek
2: Kadın

4) Medeni Durum:
1:Bekar
2: Evli
3: Boşanmış
4: Eşi ölmüş

5) Kiminle yaşıyor?
1: Yalnız
2: Yalnız değil

6)Evlilik Sayısı:

7) Çocuk
1:Var (Sayısı.....)
2:Yok

8) Yaşadığı Şehir:

9) Toplam Öğrenim Süresi(yıl olarak):

10) Öğrenim Durumu:
1: İlköğretim Mezunu
2: Lise Mezunu
3: Lisans Mezunu
4: Yüksek Lisans Mezunu
5: Doktora Mezunu

11) Çalışma Durumu:
1: Çalışıyor
2: Öğrenci
3: Ev hanımı
4: Emekli
5:Çalışmıyor (İşi Yok)

12)Aylık gelir ne kadar? :

13) Sosyoekonomik Düzey:
1: Düşük düzey gelir (<8500 TL/ay net gelir)
2: Orta düzey gelir(8500-20000 TL/ay net gelir)
3: Yüksek düzey gelir(>20000 TL/ay net gelir)

14) Annesi hayatta mı?
1: Evet
2: Hayır (Hayatta değilse kaç yaşındayken ölmüş?(… .....)

15) Babası hayatta mı?
1: Evet
2: Hayır (Hayatta değilse kaç yaşındayken ölmüş?.....)

16) Anne- baba boşanma öyküsü var mı?
1:Hayır
2:Evet (Boşanma olduysa hasta kaç yaşındayken olmuş?.....)

17) Daha önceden almış olduğunu psikiyatrik (DEHB dışında) psikiyatrik bir tanı var mı?
1: Yok
2: Var (Var ise ne .....)

18) İntihar girişimi var mı?
1: Yok
2: Var (intihar girişimi sayısı: .....)

19) Hayatı boyunca; cildini kesme, cildini çizme, kendini ısırma, derisini yolma, kendine vurma, kendini yakma, yara iyileşmesini bozmak şeklinde gibi metotlarla **hiç kendisine zarar verme(self mutilasyon) girişimi olmuş mu?**
1: Hayır
2: Evet

20) Kendisinde sürekli ilaç kullanımını gerektiren kronik bir hastalığı var mı ?
1: Yok
2: Var (Var ise ne .....)

21) Ailede(birinci dereceden akrabasında; anne, baba, kardeş veya çocuk) intihar girişimi öyküsü var mı?
1: Yok
2: Var (intihar girişimi sayısı: .....)

22) Ailede(birinci dereceden akrabasında; anne, baba, kardeş veya çocuk) psikiyatrik bozukluk öyküsü:

1: Yok

2:Majör Depresif Bozukluk 3:Bipolar Affektif Bozukluk 4:Şizofreni 5:Şizoaffektif Bozukluk 6:Panik Bozukluk 7:Alkol Kullanım Bozukluğu 8:Madde Kullanım Bozukluğu 9:Nörobilişsel Bozukluk 10:Yaygın Anksiyete Bozukluğu 11:Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu 12:Obsesif Kompulsif Bozukluk 13:Bedensel Belirti Bozukluğu 14:Hastalık Kaygısı Bozukluğu 15:Konversiyon Bozukluğu 16) Başka:

23) Sigara kullanımı var mı?
1: Yok
2: Var: (var ise kaç yıldır? Günde kaç tane? .....)

24) Alkol kullanımı var mı?
1: Yok
2: Var:……..

25) Madde kullanımı var mı?
1: Yok
2: Var ise nedir? ……..

26) Madde kullanım öyküsü var mı?
1: Yok
2: Var ise nedir? ……..

27) Teşhis konulma yaşı:

28) Tedavinin süresi:

29) DEHB için ilaç kullanıyor mu?
1: Hayır
2:Evet

30) DEHB için ilaç kullanıyor ise hangi ilaç ?

1. Metilfenidat ve dozu, kısa/uzun etkili:
2. Amfetamin ve dozu:
3. Atomoksetin ve dozu:
4. Bupropion ve dozu:
5. Venlafaksin ve dozu:
6. Duloksetin ve dozu:
7. Modafinil ve dozu:
8. Vortioksetin ve dozu:
9. Diğer:

31)Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, (Adult ADHD Self-Report Scale/ASRS-v1.1):

1. bölümde (Dikkat Eksikliği) karşılanan kriter sayısı:

1. bölümden (Dikkat Eksikliği) elde edilen DEHB puanı:

32) Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, (Adult ADHD Self-Report Scale/ASRS-v1.1):

2. bölümde (Aşırı Hareketlilik ve Dürtüsellik) karşılanan kriter sayısı:

2. bölümden (Aşırı Hareketlilik ve Dürtüsellik) elde edilen DEHB puanı:

33) Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, (Adult ADHD Self-Report Scale/ASRS-v1.1):

1. ve 2. bölümlerde karşılanan toplam kriter sayısı:

1. ve 2. bölümlerde elde edilen toplam DEHB puanı:

34) Klinik görüşmeye dayanarak DEHB alt tipi:

1:Dikkat eksikliği baskın tip

2:Hiperaktivite/Dürtüsellik baskın tip

3:Bileşik tip

35) Aşırı Zihin Gezinmesi Ölçeği Puanı:

36) Sabahçıl Akşamcıl Ölçeği puanı:

1) 16-41 puan:Akşamcıl tip
2) 42-58 puan:Ara tip
3) 59-86 puan:Sabahçıl tip

37) Uykusuzluk Şiddeti İndeksi Puanı:
1) 0-7: Klinik olarak önemsiz düzeyde uykusuzluk
2) 8-14: Uykusuzluk (insomnia) alt eşiği
3) 15-21: Klinik olarak orta şiddette uykusuzluk
4) 22-28: Klinik olarak şiddetli uykusuzluk

38) Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği Puanı:

39) Gözlerden Zihin Okuma Testi Puanı:

EK-3. Yetişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Sendromu Öz - Bildirim Ölçeği

Yetişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Sendromu
Öz - Bildirim Ölçeği (ASRS)

Adı Soyadı: Tarih:

Aşağıdaki soruları yanıtlarken sağındaki ölçeği kullanarak, ölçütlerden her biriyle ilgili kendinizi derecelendirin.
Her soruya 6 aydaki duygu ve davranışlarınızı göz önünde bulundurarak cevap verin.

A BÖLÜMÜ	Hiçbir	Nadiren	Zaman Zaman	Sık Sık	Çok Sık
1. Sıkıcı ya da zor bir iş yapmak zorunda kaldığınızda ne sıklıkta dikkatsizce hatalar yaparsınız?	0	1	2	3	4
2. Sıkıcı ya da tekrarlanan bir iş yaparken ne sıklıkta dikkatinizi sürdürmekte zorluk çekersiniz?	0	1	2	3	4
3. İnsanlar doğrudan sizinle konuştuklarında bile, ne sıklıkta size ne söylediklerine konsantre olmakta güçlük çekersiniz?	0	1	2	3	4
4. Zor kısımlarını bitirdiğiniz bir işin son detaylarını tamamlamakta ne sıklıkta zorluk çekersiniz?	0	1	2	3	4
5. Düzenleme gerektiren bir iş yapmak zorunda kaldığınızda, ne sıklıkta işleri sıraya koymakta zorluk çekersiniz?	0	1	2	3	4
6. Çok düşünmeyi gerektiren bir iş yapacağınızda ne sıklıkta başlamayı gerektiriyor ya da kenara atıyorsunuz?	0	1	2	3	4
7. Ne sıklıkta evde ya da iş yerinde eşyaları yanlış yere koyar ya da bulmakta zorluk çekersiniz?	0	1	2	3	4
8. Ne sıklıkta etrafınızdaki hareketler ya da sesler dikkatinizi dağıtır?	0	1	2	3	4
9. Ne sıklıkta randevularınızı ya da sorumluluklarınızı hatırlamakta zorluk çekersiniz?	0	1	2	3	4
A BÖLÜMÜ TOPLAM					
B BÖLÜMÜ	Hiçbir	Nadiren	Zaman Zaman	Sık Sık	Çok Sık
10. Uzun süre oturmanız gerektiğinde ne sıklıkta sıkıntılı hareketler yapar, ellerinizle oynar ya da ayaklarınızı hareket ettirirsiniz?	0	1	2	3	4
11. Toplantılarda ya da oturmanız gereken durumlarda ne sıklıkta koltuğunuzu terk edersiniz?	0	1	2	3	4
12. Ne sıklıkta huzursuz ya da kıpır kıpır (yerinde duramaz) hissedersiniz?	0	1	2	3	4
13. Kendinize zaman ayırdığınızda bile ne sıklıkta rahatlamak ve gevşemekte zorluk çekersiniz?	0	1	2	3	4
14. Ne sıklıkta kendinizi aşırı aktif ve bir motor takılmış gibi birçok şeyi yapmak zorunda hissedersiniz?	0	1	2	3	4
15. Sosyal ortamlarda ne sıklıkta çok konuştuğunuzu fark dersiniz?	0	1	2	3	4
16. Sohbet sırasında ne sıklıkta karşınızdaki kişi sözünü bitiremeden onun cümlesini tamamladığınızı hissedersiniz?	0	1	2	3	4
17. Sıraya girmeniz gerektiği durumlarda ne sıklıkta sıranızı beklemekte zorluk çekersiniz?	0	1	2	3	4
18. Meşgul oldukları sırada ne sıklıkta başkalarının işini bölersiniz?	0	1	2	3	4
B BÖLÜMÜ TOPLAM					

EK-4. Aşırı Zihinsel Gezinme Ölçeği

AŞIRI ZİHİNSEL GEZİNME ÖLÇEĞİ **Tarih:**

Ad-Soyad:

Maddeler	Hiçbir zaman	Bazen	Çoğu Zaman	Hemen her zaman
1. Düşüncelerimi kontrol etmekte güçlük çekiyorum.	0	1	2	3
2. Düşüncelerimi durdurmak bana zor geliyor.	0	1	2	3
3. Zihnimden aynı anda iki veya daha fazla düşünce geçiyor.	0	1	2	3
4. Düşüncelerim dağınık ve farklı şeylerdedir.	0	1	2	3
5. Sürekli bir şeyler düşünüyorum.	0	1	2	3
6. Başka bir düşünce zihnime girmeksizin bir şeyi düşünmekte güçlük çekiyorum.	0	1	2	3
7. Düşüncelerimin dikkatimi dağıttığını ve yaptığım işe odaklanmamı engellediğini düşünüyorum.	0	1	2	3
8. Düşüncelerimi yavaşlatmakta ve belli bir zamanda bir konuya odaklanmakta güçlük çekerim.	0	1	2	3
9. Sanki zihnim bir sis bulutunun içindeymiş gibi, berrak düşünmekte zorlanıyorum.	0	1	2	3
10. Kendimi farklı düşünceler arasında gidip gelirken buluyorum	0	1	2	3
11. Belli bir zamanda bir şeye odaklanabilmek için yoğun bir şekilde çaba sarfetmem gerekiyor.	0	1	2	3

EK-5. Uykusuzluk Şiddet İndeksi

Uykusuzluk Şiddeti İndeksi

1-Lütfen su andaki (örn., son 2 hafta içinde) uykusuzluk probleminizin / problemlerinizin şiddetini değerlendiriniz.

1a-Uykuya dalmakta güçlük

0- Hiç

1- Hafif

2- Orta

3- Şiddetli

4- Çok şiddetli

1b-Uykuyu sürdürmekte güçlük

0- Hiç

1- Hafif

2- Orta

3- Şiddetli

4- Çok şiddetli

1c-Çok erken uyanma problemi

0- Hiç

1- Hafif

2- Orta

3- Şiddetli

4- Çok şiddetli

2-Son zamanlardaki uyku düzeninizden ne kadar memnunsunuz/ memnuniyetsizsiniz?

0- Çok memnun

1- Memnun

2- Nötr

3- Memnun değil

4- Hiç memnun değil

3-Uyku probleminizin gün içindeki işlevselliğinizi (örn., gün içinde tükenmişlik, işte/günlük uğraşlarda çalışma potansiyeli, konsantrasyon, hafıza, duygu durum, vb.) ne ölçüde engellediğini düşünüyorsunuz?

0- Kesinlikle engelleyici değil

1- Biraz engelleyici

2- Oldukça engelleyici

3- Çok engelleyici

4- Çok fazla engelleyici

4-Yaşam kalitenizin bozulması anlamında uyku probleminizin başkaları tarafından ne kadar fark edilebildiğini düşünüyorsunuz?

0- Kesinlikle fark edilemez

1- Biraz fark edilebilir

2- Oldukça fark edilebilir

3- Çok fark edilebilir

4- Çok fazla fark edilebilir

5-Son zamanlardaki uyku probleminiz sizi ne kadar endişelendiriyor/strese sokuyor?

0- Kesinlikle endişelendirmiyor

1- Biraz endişelendiriyor

2- Oldukça endişelendiriyor

3-Çok endişelendiriyor

4- Çok fazla endişelendiriyor

Puanlama Yönergesi:
0-7: Klinik olarak önemsiz düzeyde uykusuzluk
8-14: Uykusuzluk (insomnia) alt eşiği
15-21: Klinik olarak orta şiddette uykusuzluk
22-28: Klinik olarak şiddetli uykusuzluk

EK-6. Sabahçıl-Akşamcıl Ölçeği

SABAHÇIL – AKŞAMCIL ÖLÇEĞİ

İnsanlar yaşam biçimleri, uyku-uyanıklık düzenleri ve gösterdikleri performansların zamanı bakımından "sabah tipi" ve "akşam tipi" şeklinde sınıflandırılabilirler. Aşağıda bununla ilgili sorular bulunmaktadır. Lütfen her bir soruyu cevaplandırmadan önce dikkatli bir şekilde okuyun. Tüm soruları cevaplandırın. Her bir soru için cevabınız diğerlerinden bağımsız olmalıdır, geri dönmeyin ve cevaplarınızı kontrol etmeyin. Her bir soru için bir tek cevap seçin. Size doğru gelen seçeneği uygun sayıyı dikkate alarak işaretleyin.

1. Eğer gündüz planlarınızı başkalarından bağımsız olarak tek başınıza yapabilmiş olsaydınız saat kaç civarında yataktan kalkmak sizin için en uygunu olurdu?

Sabah 05:00 - Sabah 06:30 ( ) 5
Sabah 06:30 - Sabah 07:45 ( ) 4
Sabah 07:45 - Sabah 09:45 ( ) 3
Sabah 09:45 - Sabah 11:00 ( ) 2
Sabah 11:00 - Öğle 12:00 ( ) 1
Öğle 12:00 - Sabah 05:00 ( ) 0

2. Eğer akşam planlarınızı başkalarından bağımsız olarak tek başınıza yapabilmiş olsaydınız saat kaç civarında yatmak sizin için en uygunu olurdu?

Akşam 20:00 - Gece 21:00 ( ) 5
Gece 21:00 - Gece 22:15 ( ) 4
Gece 22:15 - Gece yarısından sonra 24:30 ( ) 3
Gece yarısından sonra 24:30 - Sabah 01:45 ( ) 2
Sabah 01:45 - Sabah 03:00 ( ) 1
Sabah 03:00 - Sabah 08:00 ( ) 0

3. Sabahları belli bir saatte kalkmak zorunda olduğunuzda saat kurup zil sesiyle uyanmaya ne derecede kendinizi bağımlı hissedersiniz?

Hiç bağımlı hissetmem ( ) 4
Çok az bağımlı hissederim ( ) 3
Oldukça bağımlı hissederim ( ) 2
Çok bağımlı hissederim ( ) 1

4. Çevresel şartlar tam olarak uygun olsa sabahları yataktan kalkmak size ne denli kolay gelir?

Asla kolay gelmez ( ) 1
Çok kolay gelmez ( ) 2
Oldukça kolay gelir ( )3
Çok kolay gelir ( ) 4

5. Sabahları kalktıktan sonraki ilk bir saat içinde kendinizi ne denli canlı ve uyanık hissedersiniz?

Asla canlı hissetmem ( ) 1
Hafif canlı hissederim ( ) 2
Oldukça canlı hissederim ( ) 3
Çok canlı hissederim ( ) 4

6. Sabahları kalktıktan sonraki ilk bir saat süresince iştahınız nasıldır?

Çok kötü ( ) 1
Oldukça kötü ( ) 2
Oldukça iyi ( ) 3
Çok iyi ( ) 4

7. Sabahları kalktıktan sonraki ilk bir saat içinde kendinizi ne denli yorgun hissedersiniz?

Çok yorgun ( ) 1
Oldukça yorgun ( ) 2
Oldukça dinlenmiş ( ) 3
Çok dinlenmiş ( ) 4

8. Ertesi güne ait bir randevu ya da işiniz olmadığında her zamanki yatma vaktinize göre erken ya da geç mi yatarsınız?

Asla geç yatmam ( ) 4
1 saatten daha az geç yatarım ( ) 3
1-2 saat daha geç yatarım ( ) 2
2 saatten daha fazla gecikirim ( ) 1

9. Biraz fiziksel egzersiz yapmaya karar verdiniz. Bir arkadaşınızın da bunu haftada iki kez ve birer saat yapmanızın uygun olduğunu belirterek bunun için en iyi zamanın sabah 07:00-08:00 arası olduğunu söyledi. Bu saatlerde en iyi performansını gösterebilir misin?

İyi bir şekilde gerçekleşeceğini düşünürüm ( ) 4
Orta derecede başarılı olurum ( ) 3
Güç olacaktır ( ) 2
Çok güç olacaktır ( ) 1

10. Saat kaç civarında kendinizi yorulmuş hissediyorsunuz ve uykunuz geliyor?

Gece8:00 - Gece 9:00 ( ) 5
Gece 9:00 - Gece 10:15 ( ) 4
Gece 10:15 - Gece yarısından sonra 12:45 ( ) 3
Gece yarısından sonra 12:45 - Sabah 02:00 ( ) 2
Sabaha karşı 02:00 - Sabah 03:00 ( ) 1

11. Bir güne ait planlarınızı tam olarak kendinizin ayarladığını düşünün. Size, iki saat sürecek ve sonunda zihinsel olarak yorgun düşürecek bir başarı testi uygulanacak olsa en iyi performansı gösterebilmeniz için bu testin hangi saat diliminde uygulanması sizce uygun olur?

Sabah 08:00 - 10:00 ( ) 6
Sabah 11:00 - 13:00 ( ) 4
Öğleden sonra 15:00 - 17:00 ( ) 2
Akşam 19:00 - 21:00 ( ) 0

12. Gece saat 23.00'de yattığınızı düşünün. Yatağa yattığınızda kendinizi ne düzeyde yorgun hissedersiniz?

Hiç yorgun hissetmem ( ) 0
Çok az yorgun hissederim ( ) 2
Oldukça yorgun hissederim ( ) 3
Çok fazla yorgun hissederim ( ) 5

13. Bir takım nedenlerden ötürü her zamankinden 3-4 saat daha geç yattığınızı ancak ertesi sabah belli bir saatte kalkmanız gerekmediğini düşünün. Aşağıdakilerden hangisi yatış ve kalkış zamanınızı en iyi tanımlar?

Her zamanki vakitte uyanırım ve tekrar uyumam ( ) 4
Her zamanki vakitte uyanırım ama daha sonra hafifçe uyuklarım ( ) 3
Her zamanki vakitte uyanırım ama tekrar uykuya dalarım ( ) 2
Her zamankinden geç uyanırım ( ) 1

14. Sabah 04:00-06:00 arası nöbet tuttuğunuzu ve uyanık durmak zorunda olduğunuzu düşünün. Ertesi güne ait bir randevunuz da yok. Böyle bir durumda aşağıdakilerden hangisini yaparsınız?

Nöbet bitene kadar yatmam ( ) 1
Nöbetten önce hafif bir şekerleme yapar ve nöbetten sonra uyurum ( ) 2
Nöbetten önce uyur nöbetten sonra da biraz kestiririm ( ) 3
Nöbetten önce iyice uyur ve uykumu almış olurum ( ) 4

15. İki saat süreyle bedensel olarak sıkı bir şekilde çalışmak zorunda olduğunuzu düşünün. Günlük çalışma planınızı ayarlamakta da tamamıyla serbest olsanız aşağıdaki zaman dilimlerinden hangisi sizin için en iyi çalışma zamanıdır?

Sabah 08:00 - 10:00 ( ) 4
Sabah 11:00 - Öğleden sonra 13:00 ( ) 3
Öğleden sonra 15:00 - 17:00 ( ) 2
Akşam 19:00 - 21:00 ( ) 1

16. Sıkı bir fiziksel egzersiz yapmaya karar verdiniz. Bir arkadaşınız da bunu haftada iki kez ve birer saat yapmanızın uygun olduğunu belirterek bunun için en iyi zamanın gece 22:00 23:00 arası olduğunu söyledi. Bu saatlerde en iyi performansını gösterebilir misin?

İyi bir şekilde gerçekleşeceğini düşünürüm ( ) 1
Orta derecede başarılı olurum ( ) 2
Güç olacaktır ( ) 3
Çok güç olacaktır ( ) 4

17. Çalışma saatlerinizi kendinizin belirlediğinizi düşünün. Günde 5 saat (yemek arası dahil) çalıştığınızı, işinizin ilginç bir iş olduğunu, severek çalıştığınızı ve elde ettiğiniz başarıya göre de ücret aldığınızı farz edin. Böyle bir durumda 5 saatlik çalışma sürenizi başlatmak için hangi saatleri seçerdiniz?
Sabah 04:00 - Sabah 08:00 ( ) 5
Sabah 08:00 - Sabah 09:00 ( ) 4
Sabah 09:00 - Öğleden sonra 14:00 ( ) 3
Öğleden sonra 14:00 - Öğleden sonra 17:00 ( ) 2
Öğleden sonra 17:00 - Sabah 04:00 ( ) 1

18. Gün içinde kendinizi en iyi hissettiğiniz zaman dilimi hangisidir?

Sabah 05:00 - Sabah 08:00 ( ) 5
Sabah 08:00 - Sabah 10:00 ( ) 4
Sabah 10:00 - Öğleden sonra 17:00 ( ) 3
Öğleden sonra 17:00 - Gece 22:00 ( ) 2
Gece 22:00 - Sabah 05:00 ( ) 1

19. İnsanlar yaşam biçimleri, uyku-uyanıklık düzenleri ve gösterdikleri performansların zamanı bakımından "sabah tipi" ve "akşam tipi" şeklinde sınıflandırılabilirler. Aşağıdakilerden hangisi bu bakımdan sizi en iyi şekilde tanımlar?

Kesinlikle sabah tipiyim ( ) 6
Akşam tipinden daha çok sabah tipine uyuyorum ( ) 4
Sabah tipinden daha çok akşam tipine uyuyorum ( ) 2
Kesinlikle akşam tipiyim ( ) 0

Skorlama:
16-41 puan:Akşamcıl tip, 42-58 puan:Ara tip, 59-86 puan:Sabahçıl tip

EK-7. Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği

		CEVAP SÜTUNU VE PUANLAMA (Uygulayıcı tarafından doldurulacaktır.)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
		DEZTÖ TOPLAM

EK-8. Gözler Testi

Kayıt sayfası

Doğum tarihi..... **Tarih.....**

Eğitim durumu / mesleği.....

1 neşeli	teselli eden	rahatsız	sıkılmış
2 korkmuş	üzüntülü	kibirli	kızgın
3 şakacı	telaşlı	arzulu	ikna olmuş
4 şakacı	ısrarcı	keyifli	gevşemiş
5 rahatsız	iğneleyici	endişeli	arkadaş canlısı
6 donakalmış	hayal kuran	sabırsız	diken üstünde
7 özür dileyen	arkadaş canlısı	tedirgin	şevksiz
8 kötümser	rahatlamış	utangaç	heyecanlı
9 kızgın	düşmanca	dehşete düşmüş	zihni meşgul
10 temkinli	ısrarcı	sıkılmış	donakalmış
11 korkmuş	keyifli	pişman	işveli
12 aldırmaz	mahcup	şüpheci	şevksiz
13 kararlı	bekleyen	tehditkar	utangaç
14 rahatsız	hayal kırıklığına uğramış	keyifsiz	suçlayıcı
15 mütefekkir	telaşlı	cesaret veren	keyifli
16 rahatsız	düşünceli	cesaret veren	cana yakın
17 şüphelenmiş	şefkatli	neşeli	donakalmış
18 kararlı	keyifli	donakalmış	sıkılmış
19 baskın	arkadaş canlısı	suçlu	dehşete düşmüş
20 zihni meşgul	minnettar	ısrarcı	yalvaran
21 memnun	özür dileyen	küstah	ilgili
22 tereddütlü	rahatsız	heyecanlı	düşmanca
23 diken üstünde	utangaç	düşmanca	gergin
24 şakacı	temkinli	kibirli	güven verici
25 merak eden	şakacı	şefkatli	memnun
26 sabırsız	donakalmış	rahatsız	dalgın
27 minnettar	işveli	düşmanca	hayal kırıklığına uğramış
28 utanmış	kendinden emin	şakacı	şevksiz
29 ciddi	utanmış	şaşırmış	diken üstünde
30 mahcup	suçlu	hayal kuran	kaygılı
31 donakalmış	hayrete düşmüş	güvenilmez	korkmuş
32 utanmış	sinirli	kuşkucu	kararsız