

## DEHB Tanısı Alan Bireyler ve Eşlerinde Evlilik Uyumu ve Evlilik Çatışmaları

### Marital Adjustment and Marital Conflict in Individuals Diagnosed with ADHD and Their Spouses

Burcu KAHVECİ ÖNCÜ<sup>1, 2</sup>, Şennur TUTAREL KIŞLAK<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

<sup>2</sup>Ankara Üniversitesi DTCF, Psikoloji Bölümü, Ankara, Türkiye

#### ÖZ

**Amaç:** Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) yetişkinlik döneminde özellikle yakın kişiler arası ilişkilerde ve evlilikte pek çok soruna neden olmaktadır. Bu araştırmanın amacı; sağlıklı çiftler ile eşlerden birinin DEHB tanısı aldığı çiftlerin evlilik ilişkilerindeki örüntüler arasındaki farkların incelenmesidir.

**Yöntem:** Çalışmanın örneklemi, DEHB grubunda eşlerden birinin DEHB tanısı aldığı 28 çift, karşılaştırma grubunda ise kartopu örnekleme yoluyla ulaşılan 28 sağlıklı çiftten oluşmaktadır. Tüm çiftler en az bir yıldır evli olup yaşları 22 ile 61 arasında değişmektedir. Veri toplama aracı olarak Wender Utah Derecelendirme Ölçeği, Erişkin DEHB Kendi Bildirim Ölçeği, Evlilik Yaşamı Anketi, Evlilikte Uyum Ölçeği, Romantik İlişkilerde Çatışma Çözüm Stilleri Ölçeği ve Birtchnell Eş Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır.

**Bulgular:** Yapılan analizler DEHB tanısı alan yetişkinler ve eşlerinin evlilikteki çatışma düzeyi, evlilik uyumu, çatışma çözme stilleri ve birbirlerine ilişkin değerlendirmeleri açısından karşılaştırma grubundan daha olumsuz örüntülere sahip olduklarını göstermektedir.

**Tartışma:** DEHB tanınmadığında ve uygun yollarla tedavi edilmediğinde evliliklerin sonlandırılmasına yol açabilmektedir. Bu anlamda mevcut araştırmanın özellikle evlilik sorunları ile başvuran erişkinlerde DEHB'nin tanınması ve uygun bir tedavi için yönlendirilmeleri açısından bilgi sağlayacağı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, evlilik ilişkisi, çatışma çözme

#### ABSTRACT

**Introduction:** Attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) can cause many problems in adulthood, particularly in close interpersonal relationships and marriage. The aim of this study was to investigate the differences in patterns of the marital relationship between healthy couples and couples with one member previously diagnosed with ADHD.

**Methods:** The sample of the study included the ADHD group consisting of 28 couples one of whom was diagnosed with ADHD; and the comparison group consisting of 28 healthy couples who were reached through snowball sampling. All couples had been married for at least one year and their ages range from 22 to 61. Wender Utah Rating Scale, Adults ADHD Self-Report Scale, Marital Conflict Questionnaire, Marital Adjustment Scale, Conflict Resolution Styles Scale in Romantic Relationship, and The Birtchnell Partner Evaluation Scale were used as data collection tools.

**Results:** Analysis results showed that adults diagnosed with ADHD and their spouses had more unfavorable patterns in their marriages with regard to the level of conflict, marital adjustment, conflict resolution styles, and reciprocal evaluations when compared to the comparison group.

**Conclusion:** ADHD can lead to the termination of marriages when it is not recognized and not treated properly. In consideration of this fact, it is thought that this study will provide information about the recognition of ADHD in adults who apply with especially marital problems and directing them to appropriate treatment.

**Keywords:** Adult attention deficit hyperactivity disorder, marital relationship, conflict resolution

**Cite this article as:** Kahveci Öncü B, Tutarel Kışlak Ş. DEHB Tanısı Alan Bireyler ve Eşlerinde Evlilik Uyumu ve Evlilik Çatışmaları. Arch Neuropsychiatry 2022;59:127-132.

#### GİRİŞ

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun (DEHB) temel özelliği gelişim süreci ya da işlevsellikle ilişkili olarak devam eden dikkatsizlik örüntüsü ve/veya hiperaktivite ve dürtüselliktir (1). DEHB çocuklukta başlayan ve çoğu vakada yaşam boyu belirtileri devam edebilen nörogelişimsel bir bozukluktur (2). Belirtilerin şiddeti gelişimle birlikte değişim göstermekte; hiperaktivite belirtileri yetişkinlikte azalsa da sosyal beceriler, uyum ve kişilerarası ilişki sorunları, duygusal dalgalanmalar, zayıf öfke kontrolü ve problem çözme becerilerinin yetersiz kalması gibi DEHB'nin yol açtığı sosyal ve duygusal kalıntılar bireyin erişkin yaşamını olumsuz etkilemeye devam etmektedir (2-6). Nitekim, yetişkinler için bu bozukluğun

en zarar verici tarafının kişisel ve iş yaşantılarında sağlıklı kişilerarası ilişkiler başlatma ve sürdürme becerilerini sekteye uğratması olduğu bildirilmektedir (7).

Kişilerarası ve sosyal ilişki sorunlarının DEHB ile ilişkili nöropsikolojik zorluklarla yakından ilişkili olduğu belirtilmektedir. DEHB tanısı alan erişkinlerde birden fazla alanda bilişsel bozulmanın olduğu (8) ve yürütücü işlevler (9, 10), çalışma belleği, sözel öğrenme ve hafıza alanlarında bozulmalarla sık karşılaşıldığı vurgulanmaktadır (11-13). Bu bireylerin yüz ifadelerinden duyguları tanıma ve anlayabilme (7); dikkat ve çelenebilirlik

## Öne Çıkan Noktalar

- DEHB'li bireylerin evlilik ilişkileri üzerine ülkemizde yapılmış ilk çalışmadır.
- DEHB'li bireylerde evlilik sorunları semptomların şiddetiyle ilişkilidir.
- DEHB'li bireyler evliliklerinde daha fazla konuda ve daha sık tartışmaktadır.
- DEHB'li bireyler evliliklerinde işlevsiz çatışma çözüm yollarını daha sık kullanmaktadır.
- DEHB'nin tedavi edilmemesi evliliklerin sonlanmasına yol açabilmektedir.

(14, 15), zaman yönetimi ve planlama becerileri (16) bakımından da güçlük yaşadıkları gösterilmekte ve söz konusu güçlüklerin kişilerarası ilişkileri olumsuz etkilediğine işaret edilmektedir (15, 17). DEHB belirtilerinin yarattığı; dikkatsizce hata yapma, insanlarla konuşurken dinlemiyormuş gibi görünme; başlanılan işi bitirmekte, günlük yaşam sorunlarını çözmekte ve davranış inhibisyonunu sağlayarak uygunsuz tepkileri durdurmakta yaşanan zorluklar çalışma belleği kapasitesinin sınırlı olması ve fazla veriyi işleyememesiyle ilişkilendirilmektedir (12, 18, 19). Davranış ve duygu kontrolü ile ilgili zorlukları olduğu gösterilen bu bireylerin (10, 20) ilişki kalitelerinin daha düşük düzeyde olduğu; semptomlar arttıkça ilişki kalitesinin azaldığı ve duygu düzenleme güçlükleri ile ilişkilerdeki düşmanca çatışma tutumlarının bu negatif ilişki üzerinde etkileri olduğu bildirilmektedir (21). DEHB'nin karakteristik özellikleri olan yürütücü işlevler, kişisel kontrol ve dikkat süreçlerindeki bozulmalar evlilik gibi yakın ilişkileri sıklıkla etkilediğinden (5, 22) DEHB'li bireylerin davranışsal sorunlarının güçlü bir kaynağı olarak görülen bu alanlarda ortaya çıkan bozulmaların anlaşılması oldukça önemlidir (10, 12).

DEHB'li bireylerin evlilik ve aile ilişkileri çoğunlukla uyumsuzluk ve olumsuz etkileşimlerle karakterizedir (1). Aile sorumluluklarını yerine getirmekte güçlükler yaşayan bu kişilerin aile ve evlilik işlevselliğinin azaldığı, aile ve evliliğe ilişkin algılarının eşlerine göre daha olumsuz olduğu (23, 24) ve evliliklerinde daha fazla sorun yaşadıkları görülmektedir (5, 25, 26). DEHB tanılı kişilerin eşlerinin de psikolojik uyumsuzluklarının daha fazla, evlilik doyumlarının, evliliklerindeki yakınlık ve aile yaşamlarından duydukları memnuniyetin daha az olduğu belirtilmekte ve çalışmalarda DEHB'li bir eşle yaşamın zorlayıcı olabileceğine değinilmektedir (3, 24, 27).

Alanyazın incelendiğinde erişkinlikte DEHB üzerine yapılan çalışmaların kişiler arası ilişkilerdeki etkilerinin anlaşılması açısından kısıtlı olduğu görülmektedir. Bu nedenle mevcut araştırmada temel olarak eşlerden birinin DEHB tanısı aldığı evli çiftlerin evlilik uyumu, evlilik çatışmaları ve çatışma çözüm stilleri açısından karşılaştırma grubundaki çiftlere göre farklılaşp farklılaşmadığının incelenmesi ve bu çiftlerin eşleriyle karşılıklı olarak birbirlerini nasıl değerlendirdiklerinin anlaşılması amaçlanmıştır. Yanı sıra DEHB tanısı alan bireylerin belirti düzeyleri ile evlilik çatışmaları ve evlilik uyumları arasında ilişki olup olmadığı da incelenmiştir. Bu araştırmanın amaçları bağlamında; DEHB tanısı alan gruptaki çiftlerin karşılaştırma grubundaki çiftlere kıyasla daha az evlilik uyumu göstermesi, daha fazla evlilik çatışması yaşaması, birbirlerini daha olumsuz değerlendirmeleri ve olumsuz çatışma çözüm stillerini daha fazla kullanmaları, belirti şiddeti arttıkça çatışmaların artması ve evlilik uyumunun azalması beklenmektedir.

## YÖNTEM

### Katılımcılar

Bu çalışmaya, hasta grubunda amaçlı örnekleme yoluyla Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı erişkin polikliniğine ayaktan başvuran ve DSM-5 tanı kriterlerine göre eşlerden birinin DEHB tanısı aldığı 28 çift, karşılaştırma grubunda ise klinik olarak DEHB belirtisi tarif etmeyen psikiyatrik ve/veya nörolojik hastalık öyküsü olmayan ve kartopu örnekleme yoluyla ulaşılan, 28 sağlıklı çift katılmıştır. Katılımcıların tamamı en az bir yıldır evli olup yaşları 22 ile 61 arasında değişmektedir.

### Veri Toplama Araçları

#### Wender Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ)

Çocukluktaki dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtilerini geriye dönük olarak sorgulamak ve erişkinlerde tanı koymaya yardımcı olmak amacıyla geliştirilen ölçek 25 maddeden oluşmaktadır (28). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında iç tutarlık katsayı değeri 0,93 olarak hesaplanmıştır (29).

#### Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)

Erişkinlerdeki DEHB belirtilerinin taranması amacıyla hazırlanan Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) DSM-IV DEHB tanı ölçütlerini temel almaktadır (30). Testin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında dikkat eksikliği alt boyutu için 0,82, hiperaktivite/dürtüsellik alt boyutu için 0,78 olarak hesaplanan Cronbach Alfa değeri ölçeğin tamamı için 0,88 olarak bulunmuştur (31).

#### Evlilik Yaşamı Anketi (EYA)

Hatipoğlu tarafından (1993) geliştirilen ölçekte evli çiftler arasındaki çatışma konularını içeren 70 madde üzerinden çatışma yaygınlığı ve çatışma sıklığı puanları elde edilmekte ve evlilik çatışmaları değerlendirilmektedir. Çatışma yaygınlık puanı 0 ile 70 arasında, çatışma sıklık puanı ise 0 ile 350 arasında değişir. Ölçeğin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0,91 olarak belirlenmiştir (32).

#### Evlilikte Uyum Ölçeği (EUÖ)

Locke ve Wallace (1959) tarafından evlilik uyumunu değerlendirmek üzere geliştirilmiş olan 15 maddelik ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışması Tutarel-Kışlak (1999) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin evlilikte uyum toplam puanı üzerinden hesaplanan Cronbach alfa değeri 0,85'tir. Ölçekten alınabilecek toplam puanlar 0 ile 58 arasında değişmektedir (33, 34).

#### Romantik İlişkilerde Çatışma Çözüm Stilleri Ölçeği (ÇÇSÖ)

Çiftlerin çatışma çözüm stillerinin belirlenmesi amacıyla geliştirilen ölçek 'olumlu çatışma çözüm stilleri', 'olumsuz çatışma çözüm stilleri', 'boyun eğme' ve 'geri çekilme' olarak tanımlanan dört boyuttan oluşmaktadır (35). Ölçeğin geliştirilmesi sürecinde öncelikle 87 maddeyi içeren bir madde havuzu oluşturulmuş ve maddeler, altı dereceli ölçek üzerinden katılımcılara sorulmuştur. Elde edilen 87 maddeden faktör yükü 0,4'ten az olan maddeler çıkartılarak 25 maddelik bir form oluşturulmuş ve maddelerin faktör yüklerinin 0,54 ile 0,78 arasında değiştiği bildirilmiştir. Ölçeğin, evli çiftlerle yapılan ilk ve ikinci çalışmada sırasıyla iç tutarlık güvenilirlik katsayısı 'olumsuz çatışma çözümleri' için 0,82 ve 0,81; 'olumlu çatışma çözümleri' için 0,80 ve 0,77; 'geri çekilme' alt boyutu için 0,74 ve 0,75; 'boyun eğme' alt boyutu için ise 0,73 ve 0,80 olarak hesaplanmıştır. Ölçek puanlaması sadece alt boyutlar üzerinde yapılmış ve ölçeğin toplam puanı alınmamıştır.

#### Birtchnell Eş Değerlendirme Ölçeği (BEDÖ)

Birtchnell (1988) tarafından geliştirilen ve Türkçeye uyarlaması Kabakçı ve ark. (1993) tarafından yapılan ölçek; eşlerin birbirlerine ilişkin değerlendirmelerini içeren kadın ve erkek için iki farklı formdan oluşmaktadır. Ölçeğe verilen 'Evet', 'Kararsızım' ve 'Hayır' şeklindeki yanıtlardan "bağımlılık", "kopukluk", "kontrolçülük" ve "güvenilebilirlik" şeklinde dört alt boyuta ilişkin puanlar elde edilmektedir. Bu alt boyutlardan bağımlılık; sürekli desteğe ihtiyaç duyma, kendine güvenmeme ve aşırı ilgi

bekleme, kontrolçülük; eş üzerinde hakimiyet kurma, eş ikinci plana itme ve aşırı sorumluluk yüklenme, kopukluk; sürekli tek başına olmayı isteme ve duygusal alış-verişe girememe, güvenilirlik ise eşe destek olabileme, onu olduğu gibi kabul edebilme ve duygularını ifade edebilme şeklindeki davranış ve tutumlar hakkında bilgi vermektedir. Ölçeğin orijinalinde her iki form da 90 maddeden oluşmakta ancak uyarılama çalışmalarında madde-toplam korelasyonu 0,25'in altında ve faktör yükü 0,3'ün altında olan maddeler atılarak kadın formu 79, erkek formu ise 72 madde olarak düzenlenmiştir. Cronbach Alfa katsayıları kadın formunda 0,8 ile 0,9; erkek formunda ise 0,74 ile 0,91 arasında değişmektedir (36, 37).

## İşlem

Çalışmaya başlamadan önce Ankara Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı ve Ankara Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı akademik kurulundan gerekli izinler (Tarih: 21.06.2017/Sayı: 43647) alındıktan sonra Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi Başhekimliği'ne yazılan dilekçe ile 2015-2017 yılları arasında kesin tanı olarak erişkin DEHB tanısı alan ve takibi devam eden hastaların listesi alınmıştır. Kontrolde geldikleri tarihlerde bir psikiyatri asistanı tarafından DSM-5 tanı kriterlerine göre tanılarının geçerliliği kontrol edilen hastaların yanı sıra bu süre içerisinde ilk başvurusu olan ve kesin tanı olarak DSM-5 tanı kriterlerine göre DEHB tanısı aldığı belirlenen erişkin hastalar araştırmaya dahil edilmiştir. Katılımcıların çalışma hakkında bilgilendirilmelerinin ardından bilgilendirilmiş onam formunu imzalamaları istenmiş ve DEHB tanısı alan bireylere WUDÖ, ASRS, EYA, EUÖ, ÇÇSÖ ve BEDÖ uygulanmıştır. DEHB tanısı alan katılımcıların eşlerine ve karşılaştırma grubundaki diğer katılımcılara ise WUDÖ ve ASRS dışındaki ölçekler uygulanmıştır. WUDÖ ve ASRS belirtilerin düzeyi ile diğer araştırma değişkenleri arasındaki ilişkilerin araştırılması amacıyla yalnızca tanı konan gruptaki kişilere verilmiştir. Katılımcıların eşleri çalışmaya dahil edilirken majör bir psikiyatrik ya da nörolojik tanı almamış olmaları göz önünde bulundurulmuştur. Karşılaştırma grubundaki katılımcılar DEHB grubundaki katılımcılarla cinsiyet açısından eşleştirilmişlerdir.

## İstatistiksel Analiz

Analizler için Sosyal Bilimler için İstatistik Programı (SPSS), sürüm 23.0 kullanılmıştır. Sosyodemografik verilerin gruplar arasında karşılaştırılması amacıyla Ki-Kare (Pearson Chi-square) analizi yapılmıştır. Ölçeklerden elde edilen puanların dağılım özellikleri Kolmogorov-Smirnov testi kullanılarak incelenmiştir. DEHB tanısı alan katılımcılar ve eşlerinin normal dağılım gösteren skorlarını karşılaştırma grubundaki katılımcılar ve eşleriyle karşılaştırmak üzere ilişkisiz örneklem t-testi kullanılmıştır. DEHB tanısı alan ve karşılaştırma grubundaki bireylerin normal dağılım gösteren puanlarını eşleriyle karşılaştırmak için ise ilişkisiz örneklem t-testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen değişkenler için ise grupların bağımsız ya da bağımlı olma durumuna göre Mann-Whitney U ve Wilcoxon işaretli sıra testi kullanılmıştır. Ayrıca DEHB'li bireylerin WUDÖ ve ASRS puanlarıyla bazı sosyodemografik değişkenler ve diğer ölçek puanları arasındaki ilişkiyi araştırma üzere Pearson korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

## BULGULAR

Katılımcıların gruplar içindeki cinsiyet dağılımı eşit olup her grupta 14 kadın ve 14 erkek katılımcı yer almaktadır. DEHB tanısı alan bireylerin yaşları 26 ile 57 arasında (Ortalama =  $35 \pm 6,7$ ), eşlerinin yaşları 25 ile 61 arasında (Ortalama= $34,8 \pm 7,4$ ) ve karşılaştırma grubundaki katılımcıların yaşları 26 ile 59 arasında (Ortalama= $34,9 \pm 8,3$ ) eşlerinin yaşları ise 22 ile 57 arasında (Ortalama =  $34,6 \pm 8,3$ ) değişmektedir. Grupların yaş ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ). Sosyodemografik verilerin DEHB tanısı alanlarla diğer gruptaki katılımcılar arasında farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde; DEHB grubundaki katılımcıların yalnızca sigara kullanımı ( $\chi^2=8,43$ ;  $p < 0,05$ ), trafik cezası alma ( $\chi^2=14,65$ ;  $p < 0,05$ ), intihar düşüncesi ve girişiminde bulunma ( $\chi^2=17,47$ ;  $p < 0,05$ ), ailede psikiyatrik tanı bildirme ( $\chi^2=10,75$ ;  $p < 0,05$ ) açısından daha yüksek oranlara sahip olduğu görülmektedir. Katılımcılardan sosyodemografik veri formu aracılığıyla edinilen bilgilere ait ayrıntılı bilgiler Tablo 1'de verilmiştir.

DEHB tanısı alan katılımcıların tanı ve tedavi süreçleri ile ilgili elde edilen bilgilere bakıldığında; bireylerin %57'si (n=16) çalışmaya katıldıkları sırada medikal tedavi gördüğünü, %32'si (n=9) çalışmaya katıldığı sırada tedavi görmediğini ancak geçmişte tedavi gördüğünü, %11'i (n=3) ise henüz hiç medikal tedavi almadığını bildirmiştir. Geçmişte ya da şimdi tedavi almış olan katılımcıların %56'sı (n=14) medikal tedavilerini düzenli yürüttüğünü ve tedavi amacıyla birincil olarak metilfenidat içeren ilaçlar kullandıklarını bildirmişlerdir. Birinci derece yakınlarında DEHB tanısı olduğunu belirten katılımcılar bu örneklemin %38'ini (n=10) oluşturmaktadır.

Gruplar arası farklılıklar incelenirken DEHB tanısı alanlar karşılaştırma grubuyla (KG), DEHB tanısı alan katılımcıların eşleri (DEHB-eş) ise karşılaştırma grubunun eşleriyle (KG-eş) karşılaştırılmıştır. Uygulanan ilişkisiz örneklem t-testi sonuçlarına göre; DEHB tanısı alan bireylerin çatışma yaygınlık puanları ve çatışma sıklık puanları açısından karşılaştırma grubuyla kıyaslandığında evliliklerinde daha yüksek çatışma düzeyine, evlilik uyum puanları açısından bakıldığında ise karşılaştırma grubundaki katılımcılara göre anlamlı olarak daha düşük evlilik uyumuna sahip oldukları görülmektedir ( $p < 0,001$ ). Ayrıca, DEHB'li bireylerin olumlu çatışma çözüm stili ( $p < 0,001$ ) ve boyun eğme çatışma çözüm stilini daha az ( $p < 0,01$ ) ancak olumsuz çatışma çözüm stilini daha fazla ( $p < 0,001$ ) kullandıkları; eşlerini daha bağımlı ( $p < 0,05$ ) ve daha kontrolcü ( $p < 0,001$ ) olarak değerlendirdikleri görülmektedir. DEHB tanısı alan bireylerin eşleriyle karşılaştırma grubundaki bireylerin eşleri karşılaştırıldığında ise DEHB grubundaki eşlerin çatışma yaygınlık puanları ve çatışma sıklık puanlarının daha yüksek; evlilik uyum puanlarının ise daha düşük olduğu görülmektedir ( $p < 0,001$ ). Olumlu çatışma çözüm stili, boyun eğme çatışma çözüm stili ve geri çekilme çatışma çözme stilini kullanma düzeyleri bakımından iki grubun eşleri arasında fark bulunmazken olumsuz çatışma çözüm stilini DEHB grubundaki eşlerin daha fazla kullandığı görülmektedir ( $p < 0,05$ ). DEHB tanısı alan katılımcılar gibi eşleri de, eşlerini daha bağımlı ( $p < 0,05$ ) ve daha kontrolcü ( $p < 0,001$ ) olarak değerlendirmektedir. Analiz sonuçları Tablo 2 ve Tablo 3'te gösterilmiştir.

**Tablo 1.** Sosyodemografik veri formu ile elde edilen bilgiler

	DEHB		DEHB-eş		KG		KG-eş		p*
	n=28	%	n=28	%	n=28	%	n=28	%	
Eğitim durumu üniversite ve üzeri	24	85,7	23	82,2	24	85,7	23	82,2	0,923
Sigara kullananlar	16	37	11	39	7	7	7	25	0,038
Alkol kullananlar	22	78,6	17	71	11	39,3	11	39,3	0,113
Daha önce madde kullananlar	3	11	0	0	1	3,6	1	3,6	0,264
Polisle başı derde girenler	3	11	0	0	2	7	0	0	0,130
Trafik cezası alanlar	16	57	5	18	11	39,3	5	18	0,002
İntihar düşüncesi ya da girişimi olanlar	10	36	3	11	2	7	0	0	0,001
Ek fiziksel hastalığı olanlar	4	14	1	3,6	1	3,6	2	7	0,357
Ailede ek psikiyatrik tanı bildirenler	9	32	5	18	1	3,6	2	7	0,013

\*Karşılaştırmalar dört grup arasında yapılmıştır. DEHB, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı alan katılımcılar; DEHB-eş, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı alan katılımcıların eşleri; KG, karşılaştırma grubundaki katılımcılar; KG-eş, karşılaştırma grubundaki katılımcıların eşleri.

**Tablo 2.** DEHB tanısı konan katılımcılar ile karşılaştırma grubu arasındaki farklılıklar

Değişkenler	Ortalama±standart sapma / Ortanca		t/z	p	Cohen d
	DEHB	KG			
EÇY	22,86±9,86	11,10±7,46	5,03	<0,001	1,35
EÇS	53,18±33,20	19,29±14,86	4,93	<0,001	1,31
EUÖ	37,50±7,39	48,57±6,35	-6,01	<0,001	1,61
Olumlu ÇÇS	21,57±5,45	29,42±5,01	-5,61	<0,001	1,50
Olumsuz ÇÇS	18,00	11,00	-4,57*	<0,001	-
Boyun eğme. ÇÇS	16,46±7,71	21,89±6,49	-2,85	0,006	0,70
Geri çekilme ÇÇS	20,28±7,86	21,10±8,94	-0,36	0,717	0,11
Kopukluk (BEDÖ)	18,96±6,06	16,75±5,67	1,41	0,164	0,33
Bağımlılık (BEDÖ)	27,75±4,19	24,57±5,38	2,47	0,017	0,66
Kontrolçülük (BEDÖ)	37	28	-3,66*	<0,001	-
Güvenilebilirlik (BEDÖ)	61,5	62	-1,34*	0,180	-

DEHB, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı alan katılımcılar; KG, karşılaştırma grubundaki katılımcılar; EÇY, evlilik çatışma yaygınlığı puanları; EÇS, evlilikte çatışma sıklığı puanları; EUÖ, evlilikte uyum ölçeği puanları; ÇÇS, çatışma çözüm stili; BEDÖ, Birtchnell eş değerlendirme ölçeği.

\* Mann-Whitney U testi.

**Tablo 3.** DEHB tanısı konan katılımcıların eşleri ile karşılaştırma grubundaki katılımcıların eşleri arasındaki farklılıklar

Değişkenler	Ortalama±standart sapma / Ortanca		t/z	p	Cohen d
	DEHB-eş	KG-eş			
EÇY	23,60±8,58	9,89±5,82	7,00	<0,001	1,87
EÇS	51,00±30,14	14,14±11,11	5,58	<0,001	1,62
EUÖ	40,42±8,55	49,75±6,92	-4,48	<0,001	1,20
Olumlu ÇÇS	27,32±4,91	27,28±8,07	0,02	0,984	0,005
Olumsuz ÇÇS	14,5	10,5	-2,03*	0,042	-
Boyun eğme ÇÇS	20,07±6,62	21,89±5,63	-1,11	0,272	0,30
Geri çekilme ÇÇS	20,03±7,56	22,46±8,27	-1,15	0,256	0,31
Kopukluk (BEDÖ)	20,89±6,61	18,46±6,03	1,44	0,157	0,38
Bağımlılık (BEDÖ)	29,39±6,1	25,86±4,63	2,44	0,018	0,65
Kontrolçülük (BEDÖ)	37,61±8,17	29,68±4,64	4,64	<0,001	1,19
Güvenilebilirlik (BEDÖ)	60	63,5	-1,93*	0,053	-

DEHB-eş, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı alan katılımcıların eşleri; KG-eş, karşılaştırma grubundaki katılımcıların eşleri; EÇY, evlilik çatışma yaygınlığı puanları; EÇS, evlilikte çatışma sıklığı puanları; EUÖ, evlilikte uyum ölçeği puanları; ÇÇS, çatışma çözüm stili; BEDÖ, Birtchnell eş değerlendirme ölçeği.

\* Mann-Whitney U testi.

Araştırmacılar, evlilik üzerine yapılan çalışmalarda çiftlerin evliliğe ilişkin görüşlerinin birbirinden bağımsız olamayacağını ve evli çiftlere ait verilerin bağımlı örneklem olarak ele alınması gerektiğini belirtmektedir (38, 39). Bu nedenle, çalışmamızda ele alınan değişkenlere ait puanların eşler arasında farklılık gösterip göstermediğini incelemek üzere ilişkili örneklem t-testi kullanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre; karşılaştırma grubunda hiçbir değişken açısından eşler arasında anlamlı fark bulunamamış; DEHB grubunda ise tanı konan bireylerin eşlerine göre olumsuz çatışma çözme stilini daha çok kullandığı (t (27)=2,12; p<0,05), olumlu çatışma çözme stilini daha az kullandığı (t (27)=3,67; p<0,01) ve evlilik uyum düzeylerini eşlerine göre daha düşük algıladıkları görülmüştür (t (54)=2,5; p<0,05).

DEHB tanısı konan bireylerin WUDÖ ve ASRS puanları ile araştırmanın diğer değişkenleri arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon katsayısı kullanılarak incelenmiştir. Yapılan analizler sonucunda, ASRS/Dikkatsizlik puanları ile evlilikteki çatışma yaygınlığı (r=0,61; p<0,01) ve sıklığı (r=0,60; p<0,01) arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki olduğu; evlilik uyum puanları (r=-0,47; p<0,05) arasında orta düzeyde negatif bir ilişki olduğu görülmüştür. ASRS/Dikkatsizlik puanları ile BPES'e ait kontrolçülük puanları arasında da orta düzeyde pozitif anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır (r=0,40; p<0,05). Araştırmada yer alan değişkenler WUDÖ ve ASRS/hiperaktivite/dürtüsellik puanları ile ilişkili bulunamamıştır.

## TARTIŞMA

Araştırmadan elde edilen sosyodemografik bulgular değerlendirildiğinde; alanyazındaki benzer çalışmalarla tutarlı olarak DEHB grubundaki katılımcılar sigara kullanımı, trafik cezası alma, intihar düşüncesi ve

girişiminde bulunma ve ailede psikiyatrik tanı bildirme açısından daha yüksek oranlara sahiptir (3, 5, 9, 40).

DEHB tanısı alan katılımcılar karşılaştırma grubundaki katılımcılara göre daha fazla konuda ve daha sık tartışma yaşadıklarını ve evliliklerinde daha az uyumlu olduklarını bildirmiştir. Bu bulgu; alanyazında konuyla ilgili yapılmış benzer çalışmalarla tutarlı görünmektedir (23-26). Ayrıca eşler arası karşılaştırmalara bakıldığında; DEHB tanısı alan bireyler eşlerine göre de evlilikteki uyum düzeylerini daha düşük algılamaktadır. Bu bilgi Eakin ve ark.'nın (2004) DEHB'li bireylerin evlilik yaşantılarına ilişkin algılarının eşlerinden daha olumsuz olduğu yönündeki bulgusuyla tutarlıdır. Aynı ilişki içerisinde DEHB'li bireylerin evliliklerini eşlerinden daha olumsuz algılaması; bu kişilerde olumsuz duygularının hakim olması, bu duygularının olduğundan daha şiddetli deneyimlemeleri ve olumsuz duygularının düzenlemedeki zorluklarıyla ilişkilendirilebilir (1, 4, 23, 41).

DEHB grubundaki katılımcılar evliliklerinde boyun eğme çatışma çözüm stilini karşılaştırma grubuna göre daha az kullanmakta; olumlu çatışma çözüm stilini hem karşılaştırma grubuna göre hem de eşlerine göre daha az; olumsuz çatışma çözüm stilini ise yine her iki gruba göre daha fazla kullanmaktadır. Bu bireylerin DEHB ile ilişkili özellikler dolayısıyla daha öfkeli, sabırsız, engellenme eşiği düşük, empati becerileri bakımından daha zayıf ve duruma uygun tepkiler verme konusunda zorluk yaşayan kişiler olması; ilişkideki uyumu olumsuz etkileyecek çatışma çözme davranışları sergilemeleriyle ilişkilendirilebilir (42). Araştırmacılar, DEHB tanısı alan bireylerin olumsuz davranışlarının kendini izleme konusundaki güçlüklerinin yanı sıra abartılmış bir kendine güven ve

yeterlilik duygusuyla ilişkili olabileceğini bildirmektedir (43-46). Yine DEHB ile ilişkili inatlaşma, uyarım sağlamak için çatışma yaratma ya da çatışmayı sürdürme gibi eğilimleri sebebiyle de bu kişilerin, olasılıkla kültürel sebeplerle evlilik uyumunu arttıran yönde etki gösterebileceği belirtilen (47) boyun eğici davranışlara daha az yönelmelerinin beklenen bir sonuç olabileceği düşünülmektedir (17, 48). Geri çekilme çatışma çözüm stili açısından gruplar arasında farklılık bulunamaması ise olasılıkla bu alt boyutun bireysel olarak farklı değişkenlerle ilişkili olması (35) ve bu örneklem grubu için geri çekilme davranışlarını yeterince iyi değerlendirememiş olması ile açıklanabilir.

Araştırmanın bir diğer önemli bulgusu eşlerin karşılıklı olarak birbirlerine ait değerlendirmelerini içermektedir. Hem DEHB tanısı alan katılımcılar hem de eşleri karşılaştırma grubuna göre birbirlerini daha bağımlı ve daha kontrolcü olarak değerlendirirken güvenilebilirlik ve kopukluk puanları açısından sağlıklı gruptan farklılaşmamışlardır. Bu durum DEHB tanısı alan eşin ilişkideki sorumluluklarını aksatması, sık sık hata yapması ve evlilik ilişkisini tehlikeye sokabilecek düzeyde maddi/manevi kayıplara yol açabilmesi sebebiyle eşleri tarafından daha fazla denetlenmekte olduklarını akla getirmektedir (42). Ayrıca bu bulgu DEHB tanısı alan bireylerin eşlerinin-bu alt boyutta değerlendirilen bir diğer özellik olan- aşırı sorumluluk yüklenmiş olmalarıyla ilişkili olabilir. DEHB-eş grubundaki bireylerin eşlerini kontrolcü olarak değerlendirmeleri ise eşlerinin dürtüsel davranışlarla açıklanabilecek müdahaleci tutumları ile ilişkilendirilebilir. Bu noktada DEHB'li bireylerin eşleri tarafından fazlaca kontrol ediliyor olmaları bu kişilerin eşlerine daha fazla bağımlı olmalarıyla da açıklanabilir. Sıklıkla denetlenen ve dikkatsizce hataları ve/veya ilişkide yerine getirmedikleri sorumlulukları sebebiyle zarar verici sonuçlara yol açan DEHB'li birey bir süre sonra hata yapma korkusuyla pek çok sorunun çözümü için eşine bağımlı özellikler sergileyebilir ya da eşleri tarafından daha bağımlı olarak algılanabilir (17).

DEHB şiddeti ile ilişki kalitesi arasında negatif bir ilişki olduğunu gösteren ve DEHB'nin romantik ilişkilerde zarar verici bir rolü olduğunu aktaran araştırmalarla tutarlı olarak bu araştırmada da ASRS/Dikkat eksikliği puanı arttıkça evlilikteki çatışmalarda artış ve evlilik uyumunda azalma olduğu görülmektedir (21). Dikkatini odaklamak ve sürdürmekte zorluk yaşayan birey ilişkideki maddi, sosyal ve duygusal sorumluluklarını sürdürmekte sorunlar yaşayacak, bu da çatışmaları beraberinde getirecektir. Bu anlamda dikkat eksikliği belirtileri arttıkça çatışmaların artması ve evlilik uyumunun azalması araştırmanın beklenen sonuçlarından biridir. Araştırmanın değişkenleri ile sadece ASRS/Dikkat eksikliği puanları arasında anlamlı ilişkilerin gözlenmesi, alt tipler açısından değerlendirilmemelerine karşın bu araştırmadaki katılımcıların çoğunlukla dikkat eksikliği alt tipinde olmasıyla ilişkili olabilir. Nitekim erişkinlikte hiperaktivite belirtilerinin büyük oranda kaybolduğu ancak dikkat eksikliği belirtilerinin daha kalıcı bir gidış sergilediği bilinmektedir (2).

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar araştırmanın hipotezleri açısından beklenen yönde ve alanyazınla uyumludur. Ancak sonraki çalışmalarda dikkat edilmesi gerektiği düşünülen bir takım sınırlılıklar mevcuttur. Klinik örneklemle çalışılması ve amaçlı örneklem yapılması, ulaşılabilecek katılımcı sayısını düşürmüştür; bu da araştırma bulgularının genellenebilirliğini zayıflatmış ve araştırmanın sonuçlarını etkilemiş olabilir. Ayrıca, kullanılan ölçek sayısı nedeniyle DEHB'li bireyler odaklanma sorunları sebebiyle çalışmayı tamamlamakta kısmen güçlük yaşamış; bazıları ise uzun ve yorucu olduğu gerekçesiyle araştırmaya katılmamıştır. Bu da örneklem sayısını sınırlayan bir diğer faktör olmuştur. Bu bağlamda gelecek çalışmalarda katılımcı sayısının artırılması önerilmektedir. DEHB tanısı alan kişilerde eştanıların yüksek olduğu ve bu durumun işlevselliği olumsuz etkilediği bilinmektedir (49). Bu araştırmaya katılan bireylerin çalışmaya alındıkları tarih itibarıyla majör bir ek tanıları bulunmamaktaydı. Ancak gerek kullanılan ölçeklerin yükünlüğü gerekse araştırmanın amaçları ve hipotezleri arasında yer almaması sebebiyle farklı psikiyatrik belirtilerin varlığını taramaya yönelik ayrıca bir değerlendirme de yapılmamıştır. Bu da araştırmanın sonuçlarını etkileyebileceği düşünülen bir diğer sınırlılıktır.

Sonraki araştırmalarda bu kişilerin diğer psikiyatrik belirtilerinin de taranmasının faydalı olabileceği düşünülmektedir.

Genel olarak, DEHB'li bireylerin o zamana kadar çok fazla fark edilmemiş ya da önemli zorluklara yol açmamış DEHB belirtilerinin yarattığı sorunlar, evlilik gibi yakın kişilerarası ilişkilerde daha fazla öne çıkmakta ve ilişki sorunları bu kişilerin tedavi arayışlarındaki yaygın şikayetlerinden biri olmaktadır (17, 23). Özellikle belirtilerin şiddeti düşük olduğunda bu hastalığa özgü bir takım davranışların sıradan evlilik sorunları olarak görülmesi hastalığın tanınmasını güçleştirmektedir. Çoğu yetişkinin tanınan ve hastalığın yaşamlarındaki etkilerinden habersiz olması; tedavi girişiminden uzak kalmalarına, dahası yanlış tedavi ve çözüm arayışları içerisinde zaman kaybederek umutsuzluklarının artmasına, mevcut sorunların büyümesine ve evlilikleri üzerinde yıkıcı etkiler yaratarak daha sık boşanma öyküsüyle karşılaşılmasına yol açmaktadır (3, 5, 17, 27). Nitekim çalışmanın veri toplama aşamasında ulaşılan bazı hastaların yakın zamanda boşandığı ya da boşanmak üzere olduğu öğrenilmiştir. Ayrıca bazı kişiler DEHB ile ilişkili kişilerarası sorunların çözümü için beklentilerini karşılayan bir psikolojik tedaviye erişmekte zorlandıklarını aktarmışlardır. Bu sebeple DEHB'nin çocukluk döneminde olduğu kadar erişkinlikte de aldığı biçim ve yaratabileceği sorunlar bakımından ruh sağlığı uzmanlarıncan tanınması önemli bir gerekliliktir (6). Bu çalışmanın da özellikle evlilik sorunlarıyla başvuran yetişkinlerde DEHB'nin tanınmasını kolaylaştırıcı bir rolü olacağı düşünülmektedir.

DEHB için en iyi tedavinin medikal ajanların yanı sıra çeşitli psikososyal müdahaleleri ve psikoterapileri de içermesi gerektiği vurgulanmaktadır (50). Mevcut araştırma sürecinde de katılımcıların çoğunun medikal tedavi almasına karşın evlilik ilişkilerindeki sorunların devam ettiği belirlenmiştir. Bu bulgu DEHB belirtilerinde ilaç tedavisi ile iyileşme sağlansa bile yaşamın diğer alanlarına yayılmış olan davranış örüntülerinin değiştirilmesi için psikoterapiye ihtiyaç olduğuna işaret etmektedir. Ayrıca bu kişilerin eşlerinin, ailede çoğu şeyle kendileri ilgilenmek zorunda kaldığından, aşırı sorumluluk almış, aşırı yüklenmiş kişiler olduğu ve zaman içinde çok yıprandıkları ifade edilmektedir (27, 50). Dolayısıyla eşlerde de psikolojik belirtilerin taranması ve yalnızca DEHB tanısı alan kişilerin değil eşlerinin de uygun psikososyal müdahalelere erişiminin sağlanması önem kazanmaktadır.

*Bu araştırmanın bulgularından bazıları, Temmuz 2019, Moskova, Rusya'da düzenlenen 16. Avrupa Psikoloji Kongresi'nde (ECP2019) poster sunumu olarak sunuldu.*

**Etik Komite Onayı:** Çalışma için gerekli onaylar Ankara Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı ve Ankara Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı akademik kurulundan alınmıştır (Tarih: 21.06.2017/ Sayı: 43647).

**Hasta Onamı:** Katılımcıların çalışma hakkında bilgilendirilmelerinin ardından bilgilendirilmiş onam formunu imzalamaları istendi.

**Hakem Değerlendirmesi:** Dış bağımsız.

**Yazar Katkıları:** Fikir - BKÖ, ŞTK; Tasarım - BKÖ, ŞTK; Denetleme - BKÖ, ŞTK; Kaynaklar - BKÖ; Malzemeler (-); Veri Toplanması ve/veya İşlemesi - BKÖ, ŞTK; Analiz ve/veya Yorum - BKÖ, ŞTK; Literatür Taraması - BKÖ; Yazıyı Yazan - BKÖ, ŞTK; Eleştirel İnceleme - BKÖ, ŞTK.

**Çıkar Çatışması:** Bu makalenin yazarları olarak araştırmanın yapılması, yazarlığı ve/veya yayımlanmasıyla ilgili olası bir çıkar çatışması bulunmadığını beyan ederiz.

**Finansal Destek:** Bu makalenin araştırılması, yazarlığı ve/veya yayımlanması için hiçbir mali destek alınmadığını beyan ederiz.

## KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Washington DC: Author; 2013. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
2. Sadock BJ, Sadock VA. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th ed. (Aydın H, Bozkurt A, çev.). Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2007.
3. Biederman J, Faraone SV, Spencer TJ, Mick E, Monuteaux MC, Aleardi M. Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD. A controlled study of 1001 adults in the community. J Clin Psychiatry 2006;67:524-540. [Crossref]

4. Knouse LE, Mitchell JT, Brown LH, Silvia PJ, Kane MJ, Myin-Germeys I, Kwapil TR. The expression of adult AD/HD symptoms in daily life: An application of experience sampling methodology. *J Atten Disord* 2008;11:652-663. [Crossref]
5. Murphy K, Barkley RA. Attention deficit hyperactivity disorder adults: comorbidities and adaptive impairments. *Compr Psychiatry* 1996;37:393-401. [Crossref]
6. Tuğlu C, Öztürk Şahin Ö. Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Nörobiyoloji, tanı sorunları ve klinik özellikler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2010;2:75-116. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/115158>
7. Rapport LJ, Friedman SL, Tzelepis A, Van Voorhis A. Experienced emotion and affect recognition in adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Neuropsychology* 2002;16:102-110. [Crossref]
8. Fuermaier A, Tucha L, Koerts J, Aschenbrenner S, Kaunzinger I, Hauser J, Weisbrod M, Lang KW, Tucha O. Cognitive impairment in adult ADHD -perspective matters! *Neuropsychology* 2015;29:45-58. [Crossref]
9. Barkley RA, Murphy KR, Fischer M. ADHD in Adults: What The Science Says. New York: Guilford Press; 2008.
10. Kamradt JM, Ullsperger JM, Nikolas MA. Executive function assessment and adult attention-deficit/hyperactivity disorder: Tasks versus ratings on the barkley deficits in executive functioning scale. *Psychol Assess* 2014;26:1095-1105. [Crossref]
11. Brown FC, Roth RM, Katz LJ. Allocentric but not egocentric visual memory difficulties in adults with ADHD may represent cognitive inefficiency. *Psychiatry Res* 2015;228:649-658. [Crossref]
12. Finke K, Schwarzkopf W, Müller U, Frodt T, Müller HJ, Möller J, Schneider WX, Engel RR, Riedel M, Möller HJ, Hennig-Fast K. Disentangling the adult attention-deficit hyperactivity disorder endophenotype: Parametric measurement of attention. *J Abnorm Psychol* 2011;120:890-901. [Crossref]
13. Roth RM, Wishart HA, Flashman LA, Riordan HJ, Huey L, Saykin AJ. Contribution of organizational strategy to verbal learning and memory in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychology* 2004;18:78-84. [Crossref]
14. Forster S, Robertson DJ, Jennings A, Asherson P, Lavie N. Plugging the attention deficit: Perceptual load counters increased distraction in ADHD. *Neuropsychology* 2014;28:91-97. [Crossref]
15. Segal D, Mashal N, Shalev L. Semantic conflicts are resolved differently by adults with and without ADHD. *Res Dev Disabil* 2015;47:416-429. [Crossref]
16. Young S, Morris R, Toone B, Tyson C. Planning ability in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychology* 2007;21:581-589. [Crossref]
17. Pera G. Sen mi, Ben mi, Erişkin DEHB mi? Sevdiğiniz Birinde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olduğunda Lunapark Trenini Durdurmak (Ersoy MA, Çev.) izmir: Psikoaktif; 2013.
18. Cowan N. The magical number 4 in short-term memory: A reconsideration of mental storage capacity. *Behav Brain Sci* 2001;24:87-114. [Crossref]
19. Lijffijt M, Kenemans JL, Verbaten MN, van Engeland H. A meta-analytic review of stopping performance in attention-deficit/hyperactivity disorder: deficient inhibitory motor control? *J Abnorm Psychol* 2005;114:216-222. [Crossref]
20. Roberts W, Fillmore MT, Milich R. Separating automatic and intentional inhibitory mechanisms of attention in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Abnorm Psychol* 2011;12:223-233. [Crossref]
21. Bruner MR, Kuryluk AD, Whitton SW. Attention-deficit/hyperactivity disorder symptom levels and romantic relationship quality in college students. *J Am Coll Health* 2015;63:98-108. [Crossref]
22. Koyuncu A. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Zemininde Gelişen İkincil Sosyal Fobi. İstanbul: Roza Press; 2016.
23. Eakin L, Minde K, Hechtman L, Ochs E, Krane E, Bouffard R, Greenfield B, Looper K. The marital and family functioning of adults with ADHD and their spouses. *J Atten Disord* 2004;8:1-10. [Crossref]
24. Minde K, Eakin L, Hechtman L, Ochs E, Bouffard R, Greenfield B, Looper K. The psychosocial functioning of children and spouses of adults with ADHD. *J Child Psychol Psychiatry* 2003;44:637-646. [Crossref]
25. Faraone SV, Biederman J, Spencer T, Wilens T, Seidman LJ, Mick E, Doyle AE. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: An overview. *Biol Psychiatry* 2000;48:9-20. [Crossref]
26. Özkorumak E, Özten HS, Tiryaki A. Ayaktan başvuran psikiyatri hastalarında erişkin DEHB yaygınlığı, eş tanı oranı ve işlevsellik düzeyi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2013;14:347-353. [Crossref]
27. Ben-Naim S, Marom I, Krashin M, Gifter B, Arad K. Life with a partner with ADHD. The moderating role of intimacy. *J Child Fam Stud* 2017;26:1365-1373. [Crossref]
28. Ward MF, Wender PH, Reimherr FW. The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 1993;150:885-890. [Crossref]
29. Öncü B, Ölmez Ş, Şentürk V. Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği Türkçe formunun erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nda geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg* 2005;16:252-259. <https://toad.halileksi.net/sites/default/files/pdf/wender-utah-derecelendirme-olcegi-toad.pdf>
30. Kessler R, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, Faraone SV, Greenhill LL, Howes MJ, Secnik K, Spencer T, Ustun, TB, Walters EE, Zaslavsky A. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* 2006;163:716-723. [Crossref]
31. Doğan S, Öncü B, Varol Saraçoğlu G, Küçükgöncü S. Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu kendi bildirim ölçeği (ASRS-v1.1): Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2009;10:77-87. <https://toad.halileksi.net/sites/default/files/pdf/eriskin-dikkat-eksikligi-hiperaktivite-bozuklugu-kendi-bildirim-olcegi-asrs-v11-toad.pdf>
32. Hatipoğlu Z. The Role of Certain Demographic Variables and Marital Conflict in Marital Satisfaction of Husbands and Wives. ODTÜ, Yüksek Lisans Tezi. 1993.
33. Locke HJ, Wallace KM. Short marital-adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *J Marriage Fam* 1959; 21:251-255. [Crossref]
34. Kışlak TŞ. Evlilikte Uyum Ölçeği'nin (EUÖ) güvenilirlik ve geçerlik çalışması. 3P 1999;7:50-57. <https://app.trdizin.gov.tr/publication/paper/detail/T0RVMk56Yz0>
35. Özen A, Salman-Engin S, Sakallı-Uğurlu N. Romantik İlişkilerde Çatışma Çözüm Stilleri Ölçeği: Geçerlik güvenilirlik çalışması. *Nesne* 2016;4:1-19. [Crossref]
36. Birtchnell J. The assessment of the marital relationship by questionnaire. *J Sex Marital Ther* 1988;3:57-70. [Crossref]
37. Kabakçı E, Tuğrul C, Öztan N. Birtchnell eş değerlendirme ölçeği: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikoloji Derg* 1993;8:31-37. <https://toad.halileksi.net/sites/default/files/pdf/birtchnell-es-degerlendirme-olcegi-toad.pdf>
38. Kenny DA. The effect of nonindependence on significance testing in dyadic research. *Pers Relatsh* 1995;2:67-75. [Crossref]
39. Kenny DA, Kashy DA, Cook WL. *Dyadic Data Analysis*. NY: The Guilford Press; 2006.
40. Furczyk K, Thome J. Adult ADHD and suicide. *Atten Defic Hyperact Disord* 2014;6:153-158. [Crossref]
41. Fleming J, Snell WE. Emotional intelligence in adults with ADHD. *Psi Chi J Undergrad Res* 2008;15:86-95. [Crossref]
42. Robin AL, Payson E. The impact of ADHD on marriage. *ADHD Rep* 2002;10:9-11. [Crossref]
43. Canu WH, Carlson CL. Rejection sensitivity and social outcomes of young men with ADHD. *J Atten Disord* 2007;10:261-275. [Crossref]
44. Canu WH, Tabor LS, Michael KD, Bazzini DG, Elmore AL. Young adult romantic couples' conflict resolution and satisfaction varies with partner's attention-deficit/hyperactivity disorder type. *J Marital Fam Ther* 2014;40:509-524. [Crossref]
45. Evangelista NM, Owens JS, Golden CM, Pelham WE. The positive illusory bias: Do inflated self-perceptions in children with ADHD generalize to perceptions of others? *J Abnorm Child Psychol* 2008;36:779-791. [Crossref]
46. Knouse LE, Bagwell CL, Barkley RA, Murphy KR. Accuracy of self-evaluation in adults with ADHD. Evidence from a driving study. *J Atten Disord* 2005;8:221-234. [Crossref]
47. Soylu Y, Kağınacı Y. Evlilik uyumunun empatik eğilim, iletişim ve çatışma çözme stillerine göre yordanması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derg* 2015;5:44-54. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/200309>
48. Robbins CA. ADHD couple and family relationships: Enhancing communication and understanding through imago relationship therapy. *J Clin Psychol* 2005;61:565-577. [Crossref]
49. Ekinci S, Öncü B, Canat S. Erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu: Eş tanı ve işlevsellik. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2011;12:185-191. [https://app.trdizin.gov.tr/dokuman-goruntule?ext=pdf&path=CrnWZGRsXTjRjLjWxD978OSUAL2jXitizhVYmCxNvH4j2wkTNMeLwVJIEUFqo0LDYPjNUNZL5Kz4\\_FhS2A3V349ucNxQ6o2KjhrYF00\\_ssL0zKme1xe3IOPBnK4UInLgrZLjo6lqo5atopGHphty0L1QyL-XmC49W0iplpAmy564Ui0f3Due5FprgTW2BGh9MKp5uFQgzsLHh7zh9DEBO6cmrtuyyUQ3qj6Hlq2Fq4=&contentType=-application/pdf](https://app.trdizin.gov.tr/dokuman-goruntule?ext=pdf&path=CrnWZGRsXTjRjLjWxD978OSUAL2jXitizhVYmCxNvH4j2wkTNMeLwVJIEUFqo0LDYPjNUNZL5Kz4_FhS2A3V349ucNxQ6o2KjhrYF00_ssL0zKme1xe3IOPBnK4UInLgrZLjo6lqo5atopGHphty0L1QyL-XmC49W0iplpAmy564Ui0f3Due5FprgTW2BGh9MKp5uFQgzsLHh7zh9DEBO6cmrtuyyUQ3qj6Hlq2Fq4=&contentType=-application/pdf)
50. Murphy K. Psychosocial treatments for ADHD in teens and adults: A practice-friendly review. *J Clin Psychol* 2005;61:607-619. [Crossref]