

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI



MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN ERGENLERİN
YÜRÜTÜCÜ İŞLEVLER, ÇOCUKLUK ÇAĞI
ÖRSELENMELERİ VE AKRAN ZORBALIĞI AÇISINDAN
DEĞERLENDİRİLMESİ

Uzmanlık Tezi

Dr. Ayşe Nur AYDIN

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Zeki YÜNCÜ

İZMİR 2018

ÖNSÖZ

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'ndaki uzmanlık eğitimim süresince ve tezimin her aşamasında hep yanımda olan, bilgisini, zamanını, deneyimlerini özveriyle paylaşan, sabır ve anlayışla desteğini sürdüren, bana her zaman örnek olan değerli danışman hocam Prof. Dr. Zeki YÜNCÜ' ye,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Anabilim Dalı Başkanımız *Prof. Dr. Tezan BİLDİK* başta olmak üzere, değerli hocalarım, *Prof. Dr. Eyüp Sabri ERCAN*, *Prof. Dr. Serpil ERERMİŞ*, *Prof. Dr. Burcu ÖZBARAN*, *Doç. Dr. Sezen KÖSE* 'ye, Uzm. Dr. Birsen PİLAN ŞENTÜRK'e, İstatistik konusunda bilgilerini sabırla paylaşan *Gülden HAKVERDİ*'ye, bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen değerli hocam *Prof. Dr. Mehmet ORMAN'a*, *Doç. Dr. Aysun Doğan'a*,

Asistanlık dönemim boyunca birlikte bana yoldaş olan ve desteklerini her an hissettiğim tüm asistan arkadaşlarıma ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı çalışanlarına,

Tez sürecim boyunca desteğini esirgemeyen başta *Şaziye YILDIRIM*, *Ebru GÜRÇAY*, *Özlem GENÇ* olmak üzere tüm Egebam çalışanlarına,

Hayatımın her anında desteğini ve sevgisini hissettiren, beni bugünlere getiren canım anne babam *Aynur/Nafiz SELİMOĞLU* başta olmak üzere tüm aileme,

Son olarak her zaman sevgi ve desteğini hissettiğim, hayatı paylaştığım, sevgili eşim *Faruk* ve canım oğlum *Ahmet Selim'e*,

TEŞEKKÜR EDERİM

Dr. Ayşe Nur AYDIN

İzmir, 2018

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR.....	7
ŞEKİL LİSTESİ.....	9
TABLO LİSTESİ.....	9
1.GİRİŞ.....	11
2. GENEL BİLGİLER	13
2.1. Madde Kullanım Bozukluğu.....	13
2.1.1. Tanım ve Tarihçe.....	13
2.1.2. Epidemiyoloji	14
2.1.3. Sınıflandırma.....	15
2.1.4. Etyoloji.....	17
2.1.4.1. Psikolojik Etmenler.....	18
2.1.4.2. Fizyolojik Etmenler.....	18
2.1.4.3. Kalıtsal Etmenler.....	19
2.1.4.4. Çevresel Etmenler.....	19
2.2. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu.....	20
2.2.1. Genel Bilgi- Tarihçe	20
2.2.2. Epidemiyoloji	21
2.2.3. Etyopatogenez.....	21
2.2.3.1. Genetik Faktörler.....	21
2.2.3.2. Nörobiyolojik Faktörler.....	22
2.2.3.3. Nöroanatomik Faktörler.....	22
2.2.3.4. Çevresel Faktörler.....	23
2.2.4. Tanı	23
2.2.5. Eş Tanılar	27
2.2.5.1. DEHB ve Madde Kullanım Bozukluğu.....	27
2.2.6. DEHB ve Dürtüsellik.....	28
2.3. Yürütücü İşlevler	29
2.3.1. Yürütücü İşlevler ve Madde Kullanım Bozukluğu	30
2.3.2. Yürütücü İşlevler ve DEHB	31
2.4. Çocukluk Çağı Örselenmeleri.....	31

2.4.1. Çocukluk Çağı Örselenmeleri ve MKB.....	31
2.4.2. Çocukluk Çağı Örselenmeleri ve DEHB	34
2.5. Akran Zorbalığı.....	36
2.5.1. Akran Zorbalığı ve MKB	39
2.5.2. Akran Zorbalığı ve DEHB	40
3. AMAÇ	41
4. HİPOTEZLER	42
5. GEREÇ ve YÖNTEM	43
5.1. Araştırmanın Tipi	43
5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	43
5.3. Araştırmanın Evreni	43
5.4. Araştırmanın Örnekleme	44
5.5. Örneklemin Seçimi.....	44
5.5.1. MKB Grubunun Oluşturulması.....	45
5.5.2. DEHB Grubunun Oluşturulması.....	45
5.5.3. MKB'ye Komorbid DEHB Grubunun Oluşturulması.....	47
5.5.4. Kontrol Grubunun Oluşturulması.....	48
5.6. Değerlendirmede Kullanılan Araçlar.....	49
5.6.1. Sosyodemografik Veri Formu	49
5.6.2. Beck Depresyon Ölçeği.....	49
5.6.3. DEHB ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği.....	50
5.6.4. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi– Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli.....	50
5.6.5. Genel Değerlendirme Ölçeği.....	51
5.6.6. Genel Klinik Gözlem Ölçeği- Şiddet.....	51
5.6.7. Yürütücü İşlevleri Değerlendirmek İçin Kullanılan Testler.....	52
5.6.7.1. Wisconsin Kart Eşleme Testi.....	52
5.6.7.2. Yönetici İşlev Davranışlarını Derecelendirme Ölçeği (Behavioral Rating Inventory of Executive Functions: BRIEF) Anne- Baba Formu/ Öğretmen Formu.....	54
5.6.8. İmpulsivite İle İlgili Testler.....	55

5.6.8.1. Single Key Dürtüsellik Paradigması.....	56
5.6.9. Çocukluk çağı travmaları ölçeği (CTQ - 28).....	56
5.6.10. Akran Zorbalığını Belirleme Ölçeği(AZBÖ) ve Akran Zorbalığı Kurbanlarını Belirleme Ölçeği(AZKBÖ).....	56
6. UYGULAMA	58
7. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ	61
8. BULGULAR	62
8.1. Örneklemenin Değerlendirilmesi.....	62
8.1.1. Olguların Tanı Gruplarına Göre Dağılımı.....	62
8.1.2. Cinsiyet.....	62
8.1.3. Yaş	63
8.1.4. Anne Eğitim Düzeyi.....	64
8.1.5. Baba Eğitim Düzeyi.....	64
8.1.6. Aile Yapısı.....	65
8.1.7. Sosyoekonomik Durum (SED).....	66
8.1.8. Okul durumu.....	67
8.1.9. Sınıf Tekrarı.....	68
8.1.10. Sınıf Tekrarı Nedeni.....	68
8.1.11. Olguların Çalışma Durumları.....	69
8.1.12. Olguların İlaç Kullanım Durumları.....	70
8.1.13. Ailede Psikiyatrik Bozukluk Öyküsü.....	70
8.1.14. Gruplardaki Anne Babaların Sigara ve Alkol Kullanım Durumlarının Karşılaştırılması.....	72
8.2. Grupların Madde Kullanım Özellikleri Açısından Karşılaştırılması.....	73
8.2.1. Sigara.....	73
8.2.1.1. Sigara Kullanımı.....	73
8.2.1.2. Sigara Kullanan Olgularda Sigara Bağımlılığı.....	74
8.2.1.3. Sigaraya Başlama Yaşı.....	75
8.2.1.4. Sigara Kullanım Miktarı.....	76

8.2.2. Alkol.....	77
8.2.2.1. Alkol Kullanım Durumları Açısından Grupların Değerlendirilmesi	
8.2.2.2. Alkole başlama yaşı açısından Grupların Karşılaştırılması.....	78
8.2.3. Esrar.....	78
8.2.3.1 Esrar Kullanım Durumları Açısından Grupların Değerlendirilmesi	
8.2.3.2. Esrara başlama yaşı.....	78
8.2.3.3. Esrar kullanım sıklığı.....	79
8.2.3.4. Esrar Bağımlılığı.....	80
8.2.4. Sentetik Kannabinoidler.....	81
8.2.4.1. Sentetik Kannabinoid Kullanım Durumları Açısından Grupların Karşılaştırılması.....	81
8.2.4.2. Sentetik Kannabinoid Başlama Yaşı	81
8.2.4.3. Sentetik Kannabinoid Kullanım Sıklığı.....	82
8.2.4.4. Sentetik Kannabinoid Bağımlılığı.....	83
8.2.5 Olguların Diğer(Esrar ve Sent. Kannabinoid Dışı) Madde Kullanımı Açısından Değerlendirilmesi.....	83
8.3. Yürütücü İşlevler ve Dürtüsellik Açısından Grupların Karşılaştırılması.....	86
8.3.1. Yönetici İşlev Davranışlarını Derecelendirme Ölçeği (YİDDÖ).....	86
8.3.2. Wisconsin Kart Eşleme Testi (WKET).....	89
8.3.3. Dürtüseliğin Değerlendirilmesi.....	94
8.3.4. Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış bozuklukları için DSM-IV'e dayalı tarama ve değerlendirme ölçeği.....	95
8.4. Çocukluk Çağı Örselenmeleri Açısından Grupların Karşılaştırılması.....	96
8.5. Akran Zorbalığı Açısından Grupların Karşılaştırılması.....	98
8.5.1. Akran Zorbalığı Kurbanlarını Belirleme Ölçeği(AZKBÖ).....	98
8.5.2. Akran Zorbalığını Belirleme Ölçeği(AZBÖ)	101

9. TARTIŞMA.....	105
9.1. Sosyodemografik Özelliklerin Değerlendirilmesi.....	105
9.2. Olguların Sigara Alkol ve Madde Kullanım Özelliklerinin Değerlendirilmesi.....	110
9.3. Grupların Yürütücü İşlevler ve Dürtüsellik Açısından Değerlendirilmesi...114	
9.3.1. Yönetici İşlev Davranışlarını Derecelendirme Ölçeği (YİDDÖ)'nin Değerlendirilmesi.....	114
9.3.2. Wisconsin Kart Eşleme Testi(WKET) Sonuçlarının Değerlendirilmesi.....	115
9.4. Çocukluk Çağı Örselenmeleri Açısından Sonuçların Değerlendirilmesi.....	118
9.5. Akran Zorbalığı Açısından Grupların Değerlendirilmesi.....	119
10. SONUÇLAR	123
11. KISITLILIKLAR	125
12. ÖZET	126
EKLER	130
KAYNAKLAR.....	167

KISALTMALAR

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

MKB: Madde Kullanım Bozukluğu

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Zihinsel Bozukluklara İlişkin Tanı ve İstatistik El Kitabı)

DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual Disorders-IV- Text Revision

APA: Amerikan Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual Disorders-5

ICD: International Classification of Diseases

WHO: World Health Organization

KOKGB: Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu

DB: Davranım Bozukluğu

Yİ: Yürütücü İşlevler

YDB: Yıkıcı Davranış Bozuklukları

AACAP: The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

FDA: Amerikan Gıda ve İlaç Birliği (Food and Drug Administration)

AMKB: Alkol Madde Kullanım Bozukluğu

THC: 13 delta-9-tetrahidrokanabinol

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

SK: Sentetik Kannabinoid

MSS: Merkezi Sinir Sistemi

EÜTF: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi

ÇERSH ABD: Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

EGEBAM: Ergen Bağımlılık Polikliniği

K-SADS-PL:Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi– Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli

GAS: Genel Değerlendirme Ölçeği

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

CGİ-S: Genel Klinik Gözlem Ölçeği- Şiddet

WKET: Wisconsin Kart Eşleme Testi

SKIP: Single Key İmpulsivity Paradigm

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

SD: Standart sapma

İşleyen Bellek: Working Memory

MTF:Metilfenidat

ÇÇÖ:Çocukluk Çağı Örselenmeleri

YİDDÖ: Yönetici İşlev Davranışlarını Derecelendirme Ölçeği

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

AZKBÖ: Akran Zorbalığı Kurbanlarını Belirleme Ölçeği

AZBÖ: Akran Zorbalığını Belirleme Ölçeği

PVS: Peer Victimization Scale

PBS:Peer Bullying Scale

CTQ: Childhood Trauma Questionnaire

BRIEF- PF:Behavioral Rating Inventory of Executive Functions- Parent Form

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Wisconsin Kart Eşleme Testi Bilgisayarlı Versiyon

Şekil 2. The Single Key Dürtüsellik Paradigması (SKIP)

TABLO LİSTESİ

Tablo 1.Olguların Tanı Gruplarına Göre Dağılımı

Tablo 2.Olguların Cinsiyet Özelliklerine Göre Dağılımı

Tablo 3. Olguların Yaş Ortalamalarına Göre Dağılımı

Tablo 4. Olguların Anne Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

Tablo 5. Olguların Baba Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

Tablo 6. Olguların Aile Yapısına Göre Dağılımı

Tablo 7. Olguların Sosyoekonomik Düzey Açısından Karşılaştırılması

Tablo 8. Olguların Okul Durumuna Göre Dağılımı

Tablo 9. Olguların Sınıf Tekrarı Yapmalarına Göre Dağılımı

Tablo 10. Olguların Sınıf Tekrarı Yapma Nedenlerine Göre Dağılımı

Tablo 11. Olguların Çalışma Durumuna Göre Dağılımı

Tablo 12. Olguların İlaç Kullanımı Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Tablo 13. Ailede Psikiyatrik Hastalık Dağılımı

Tablo 14. Babaların Düzenli Sigara ve Alkol Kullanım Durumlarının Karşılaştırılması

Tablo 15. Olguların Sigara Kullanım Durumlarına Göre Dağılımı

Tablo 16. Sigara Kullanan Olguların Sigara Bağımlılıklarına Göre Dağılımı

Tablo 17. Olguların Sigara Başlama Yaşına Göre Dağılımı

Tablo 18. Grupların Sigara Kullanım Miktarları Açısından Karşılaştırılması

Tablo 19. Olguların Alkol Kullanım Durumlarına Göre Dağılımı

Tablo 20. Olguların Alkole Başlama Yaşına Göre Dağılımı

Tablo 21. Olguların Esrara Başlama Yaşına Göre Dağılımı

Tablo 22. Olguların Esrar Kullanım Sıklığına Göre Dağılımı

Tablo 23. Olguların Esrar Bağımlılığına Göre Dağılımı

Tablo 24. Olguların Sentetik Kannabinoid Kullanımı ve Çeşitliliğine Göre Dağılımı

Tablo 25. Olguların Sentetik Kannabinoid Başlama Yaşına Göre Dağılımı

Tablo 26. Olguların Sentetik Kannabinoid Kullanım Sıklığına Göre Dağılımı

Tablo 27. Olguların Sentetik Kannabinoid Bağımlılığına Göre Dağılımı

Tablo 28. Olguların Diğer(Esrar ve Sent. Kannabinoid Dışı) Madde Kullanımı Açısından Değerlendirilmesi

Tablo 29. YİDDÖ-ABF'nin Alt Ölçek ve Ölçek Toplam Puanları Açısından Grupların Karşılaştırılması

Tablo 30.Yönetici İşlev Göstergesi Puanları ve Post-hoc Analizler

Tablo 31.Grupların WKET Sonuçlarına Göre Karşılaştırmaları

Tablo 32.WKET Post-hoc Analizler

Tablo 33.Grupların SKIP En Uzun Bekleme Süresine Göre Karşılaştırılması

Tablo 34. Grupların SKIP Toplam Yanıt Sayısına Göre Karşılaştırılması

Tablo 35.Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış bozuklukları için DSM-IV'e dayalı tarama ve değerlendirme ölçeği semptom sayıları

Tablo 36. ÇÇTÖ'nün alt ölçek ve ölçek toplam puanları açısından grupların karşılaştırılması

Tablo 37. ÇÇTÖ Post-hoc Analizler

Tablo 38. Akran Zorbalığı Kurbanlarını Belirleme Ölçeği(AZKBÖ) Alt Ölçek ve Ölçek Toplam Puanları Açısından Grupların Karşılaştırılması

Tablo 39. AZKBÖ Post-hoc Analizler

Tablo 40. Akran Zorbalığını Belirleme Ölçeği(AZBÖ) Alt Ölçek ve Ölçek Toplam Puanları Açısından Grupların Karşılaştırılması

Tablo 41.AZBÖ Post-hoc Analizler

1. GİRİŞ

Madde kullanım bozuklukları (MKB), çok sayıda kişiyi etkileyen, pahalı sonuçları olan ve tekrarlayan bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. MKB olan bireyler zorlantılı şekilde alkol ve/veya madde kullanırlar. MKB son yıllarda toplumun daha geniş kesimini etkilemeye başlamıştır. Her ne kadar ülkemizdeki madde kullanım oranları gelişmiş batı ülkeleri düzeyinde olmasa da madde kullanım sıklığında belirgin artış olduğu bildirilmektedir. Önümüzdeki dönemlerde ergenlerde MKB'nin daha yaygın hale gelmesinden endişe edilmektedir(1).

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ile psikoaktif madde kullanım bozukluğu eştanısı sıklığının yüksek olduğu bildirilmiştir (2–4).Alkol ve madde bağımlılığı olan bireylerin çocuklarında DEHB görülme olasılığı daha sıktır. Ayrıca bu bozukluğa sahip çocukların ebeveynlerinde alkol madde bağımlılığı sorunu olma olasılığı yüksektir (5).DEHB olan bireylerin yaşlılarına oranla 6.2 kere daha fazla madde ve alkol kötüye kullanma riskleri vardır. MKB'li olgularda da DEHB eştanısı yüksektir(6).

Yürütücü işlevler zihinsel işlevleri başlatır, yönlendirir ve sürdürür(7). Çoğul madde bağımlılığı yürütücü işlev defisitlerinden disinhibisyon, görev değiştirme yetersizliği, karar verme ile ilgili sorunlar ve yeni bilgilerin işlenmesi ile ilişkilendirilmiştir(8).DEHB tanısı olan çocukların nöropsikolojik değerlendirmelerinde yürütücü işlevler olarak bilinen uyanıklık, motor yanıtın durdurulması, planlama, organizasyon, öğrenme ve sözel bilginin hatırlanması gibi işlevlerde bozulma olduğu bildirilmektedir(9).

Çoğul madde kullanımı olan olgularda cinsel kötüye kullanım, duygusal ihmal, major depresif bozukluk ve ailede alkol kullanım bozukluğu öyküsü saptanmıştır (10). Çocukluk çağında istismara uğrayan olgularda alkol madde kullanım riskinin 1.4 kat arttırdığı saptanmıştır(11,12).

Akran Zorbalığı ve madde kullanımı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışma sayısı sınırlıdır. Önceki çalışmalarda günlük sigara kullanımıyla, fazla miktardaalkollü içki tüketmenin okula devam eden ergenlerde zorbalık davranışıyla ilişkili olduğu bulunmuştur(13,14).

Çalışmamızda 14-19 yaş grubu Madde Kullanım Bozukluğu tanılı olgular,Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan olgular, Madde Kullanım Bozukluğu ve DEHB birlikteliği olan olguların yürütücü işlevler, çocukluk çağı travmaları ve akran zorbalığı açısından değerlendirilip, her üç grubun kendi aralarında ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Madde Kullanım Bozukluğu

2.1.1. Tanım ve Tarihçe

Birçok kullanımı şekli olan ilaçlar binlerce yıldır insan hayatının bir parçası olagelmıştır. Opiyum, tıbbi gerekçelerle 3500 yıldır kullanılmaktadır. Antik Çin'in bitkisel tedavilerinde kannabis ile ilgili bilgilere rastlanmaktadır. Alkol ve diğer maddelere bağlı sarhoşluktan İncil'de, Yunan ve Roma dönemi yazıtlarında sözedilmektedir. Asya'da 18. ve 19. yüzyıllarda opiyum kullanımı büyük sorunken, 19. Yüzyılın ortalarında cilt altı iğnelerin bulunmasıyla morfin enjekte edilebilir olmuştur. İntravenöz morfin ve eroin kullanımı 20. yüzyılın başlarında yayılmıştır. Yeni ilaçların keşfi ve yeni uygulama şekillerinin gelişmesi ile ilaçların kullanımıyla ilişkili yeni sorunlar ortaya çıkmıştır. Madde kullanım bozuklukları karmaşık psikiyatrik durumlardır ve diğer psikiyatrik bozukluklar gibi hem biyolojik etkenler hem de çevresel etkenler etyolojik açıdan önemlidir(15).

Alkol-madde kullanım bozuklukları (AMKB), çok sayıda kişiyi etkileyen, pahalı sonuçları olan ve tekrarlayan bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. AMKB olan bireyler zorlantılı şekilde alkol ve/veya madde kullanırlar. AMKB son yıllarda toplumun daha geniş kesimini etkilemeye başlamıştır. Her ne kadar ülkemizdeki madde kullanım oranları gelişmiş batı ülkeleri düzeyinde olmasa da madde kullanım sıklığında belirgin artış olduğu bildirilmektedir.

Önümüzdeki yıllarda ergenlerde AMKB' nin daha yaygın hale gelmesinden endişe edilmektedir (1). Ergenlik dönemi madde kullanım davranışının oluşmasında en kritik dönemdir. Ergenlerde sigara ve alkolden sonra esrar en yaygın kullanılan yasa dışı maddedir. Yıllık yaygınlık açısından esrarı, amfetamin türevi uyarıcılar takip etmektedir. Sigara, alkol ve sonrasında da esrar kullanımı, daha güçlü ve bağımlılık potansiyeli daha fazla olan psikoaktif (eroin, kokain, ekstazi vb.)maddelere geçişi

sağlamaktadır ve esrar- kannabis çoğu zaman geçiş maddesi olarak kabul edilmektedir(16).

2.1.2. Epidemiyoloji

Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi (UNODC) 2014 raporu 2009 yılında Dünya nüfusunun %3-6.1'inin geçmiş bir yıl içinde en az bir kez madde kullandığını ortaya koymaktadır. 2012 yılında bu oran %3.5-7 olarak tespit edilmiştir. Her yıl madde kullanımına bağlı yaklaşık 200.000 ölüm gerçekleşmektedir(17). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nin Ulusal Uyuşturucu Kullanımı ve Sağlık Anketi (NSDUH), rastgele seçilen 12 yaş ve üzeri yaklaşık 70000 kişi üzerinde yapılan bir ulusal araştırmadır. NSDUH raporuna göre 2010 yılında son bir ay içinde yasadışı madde kullanım oranı %10.1, 2011'de %10.1, 2012'de %9.5, 2013 yılında %8.8 olarak bulunmuştur. Amerikalı gençler arasında en yaygın kullanılan madde, alkol ve tütünden sonra esrardır(18). Avrupa ülkelerinde sigara, alkol ve yasadışı madde kullanım yaygınlığı anketi olarak kullanılan ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) dört yılda bir tekrarlanmaktadır. 2011'de 36 ülke yer almıştır ve 2015'te de 40'ın üzerinde ülkenin katılımı hedeflenmiştir. 2011 ESPAD raporunda, ortalama madde kullanım oranı %18 iken ülkeler arası oranda ciddi derecede farklar olduğu anlaşılmıştır. Tüm Avrupa ülkelerinde ortalama olarak, erkeklerin %21'i ve kızların %15'i yaşamları boyunca en az bir kez yasadışı madde kullanmıştır(19). Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında; ilköğretim öğrencileri arasında esrar kullanım oranı %1.2, ortaöğretim öğrencileri arasında ise %4.0 olarak saptanmıştır. İstanbul'da lise öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada yaşam boyu en az bir kez esrar kullanım oranı %0.7, sigara ve alkol dışında herhangi bir maddenin kullanım oranı %2.6 olarak bulunmuştur (20). Yine İstanbul'da 1996 yılında yapılan bir araştırmada yaşam boyu esrar kullanımının %4.2 olduğu belirlenmiştir(21). Türkiye genelinde 1998 yılında yürütülen ve lise öğrencilerinde sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığını araştıran SAMAY (Lise Gençleri Arasında Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı 1998) çalışmasının sonuçlarına göre öğrencilerin %3.6'sı esrar kullanmaktadır (22). İzmir'de 2008 yılında 9. sınıfa devam eden 6000 öğrenciyi kapsayan bir çalışmada esrar kullanım oranı %1.2, uçucu

madde kullanım oranı %0.6 olarak bildirilmiştir(23).Yüncü ve arkadaşlarının 2006 yılında ergen bağımlılık merkezine başvuran 323 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada, tüm olguların %93.8'inin sigara dışı madde kullandığı saptanmıştır.Madde kullanım oranlarına bakıldığında sigaradan sonra sırasıyla %75.2 esrar, %53.8 inhalan, %43.6 ecstasy, %43.2 alkol, %31.4 benzodiazepin, %2.6 kokain, %1.7 hap, %0.3opioidkullanımının olduğu belirlenmiştir. Sigara kullanımı dışlandığında olguların %86.9'ununçoğul madde kullanıcısı oldukları görülmüştür. Araştırmada yer alan olguların maddeyi ilk kullanma yaşları 13.7 ± 2.16 olarak bulunmuştur (24). Türkiye'de madde kullanım oranının Avrupa ülkelerine ve ABD' ye göre daha düşük oranda olduğu; ancak madde kullanım sıklığında son yıllarda artış olduğu bildirilmektedir(25).

2.1.3. Sınıflandırma

MKB için DSM-5 Tanı Ölçütleri

Madde Kullanım Bozuklukları DSM-5'de 'Madde ile İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları' kategorisinde sınıflandırılmıştır. Madde ile ilişkili bozukluklar 10 ayrı madde kümesini kapsar: Kafein, alkol, kannabis, varsandıranlar, opiyatlar, uçucular, dindirleştirici uyutucu ve kaygı gidericiler, uyarıcılar, tütün ve diğer maddeler şeklinde ayrı tanı kategorilerivardır.Bu maddelerle ilgili tanı kriterleri büyük oranda aynı olduğu ve bizim çalışmamızdakiolguların neredeyse tamamında esrar kullanımı mevcut olduğu için bu bölümde esrar (kenevir,kannabis) kullanım bozukluğunun tanı kriterlerine değinilecektir.

DSM-5 e göre Esrar Kullanım Bozukluğu: (26)

A) 12 aylık süre içinde, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan sorunlu bir kenevir kullanım örüntüsü:

1. Çoğu kez istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak kenevir alınır.

2. Kenevir kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da sonuç vermeyen çabalar vardır.
3. Kenevir elde etmek, kenevir kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.
4. Kenevir kullanmaya içinin gitmesi ya da kenevir kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.
5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirmeme ile sonuçlanan, yineleyici kenevir kullanımı.
6. Kenevir etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişiler arası sorunlar olmasına karşı kenevir kullanımını sürdürme.
7. Kenevir kullanımından ötürü önemli bir takım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da dinlenme, eğlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.
8. Yineleyici bir biçimde tehlikeli olabilecek durumlarda kenevir kullanma.
9. Büyük bir olasılıkla kenevirin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşı kenevir kullanımı sürdürülür.
10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, tolerans gelişmiş olması
 - a. Entoksikasyonu ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde kenevir kullanma gereksinimi
 - b. Aynı ölçüde kenevir kullanımının sürdürülmesine karşı belirgin olarak daha az etkinin sağlanması.
11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması
 - a. Kenevire özgü yoksunluk sendromu
 - b. Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için kenevir ya da yakından ilişkili bir madde alınır.

Erken yatışma evresinde: Daha önce kenevir kullanım bozukluğu için tanı ölçütleri tam karşılandıktan sonra, kenevir kullanım bozukluğunun hiçbir tanı ölçütü (A4 tanı ölçütü dışında, “kenevir kullanmaya içinin gitmesi ya da kenevir kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme”), 12 aydan daha kısa süreli olmak üzere, en az 3 aydır karşılanmamaktadır.

Sürekli yatışma ile giden: Daha önce kenevir kullanım bozukluğu için tanı ölçütleri tam karşılandıktan sonra, kenevir kullanım bozukluğunun hiçbir tanı ölçütü (A4 tanı

ölçütü dışında, “kenevir kullanmaya içinin gitmesi ya da kenevir kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme”), 12 aydan daha uzun bir süredir, hiçbir zaman karşılanmamıştır.

Varsa belirtiniz:Denetimli çevrede: Kişi, kenevire ulaşmasının kısıtlandığı bir çevrede ise bu ek belirleyici kullanılır.

O sıradaki ağırlığına göre kodlayınız

Ağır olmayan: 2-3 belirtinin olması

Orta derecede: 4-5 belirtinin olması

Ağır: 6 ya da daha çok belirtinin olması

2.1.4. Etiyoloji

Bağımlılığın nedeni olarak günümüzde kabul gören görüş birçok etkenin bir arada olduğu yönündedir. Madde etkisi bağımlılık gelişiminde önemli bir yer tutsa da, bu deneyimlerinyarattığı etkinin kişiler arası farklılık gösterdiği kabul edilmektedir. Bir maddenin ilk denenmesinde, ulaşılabilirlik, toplumsal kabul ve akran etkisi ana belirleyiciler olmaktadır. Bunun yanında kişilik, biyoloji gibi diğer etmenler ilgili maddenin etkilerinin nasıl algılandığı ve tekrarlı madde kullanımının hangi dozlarda santral sinir sistemi değişikliklerine yolaçacağını belirlemektedir (15).

Bireysel yatkınlık ve psikopatoloji, bağımlılık gelişiminde daha önemli belirleyiciler olduğu halde toplumsal ve çevresel etmenler kullanımın devam ettirilmesini de etkilerler. Bağımlılığın nedeni olarak tek bir etkenden söz etmek güçtür. Birçok etken bir arada olabilir. Bağımlılık yaratan maddeler beyinde ödül merkezini hedef alırlar. Maddenin ödüllendirme etkisi, doz artışı ve kullanım sıklığı ile doğru orantılıdır. Beyinde ödüllendirme yolağı mezolimbik dopamin yolağıdır. Uyuşturucu maddeler beyinde doğal olarak olandan daha hızlı ve ani dopamin artışına neden olurlar. Ve bu da daha fazla haz verir. Bu bölgelerde maddenin etkisi geçince yeniden madde arayışına girilir. Yineleyici kullanımlar sonucunda merkezi sinir sisteminde (MSS) bazı değişiklikler olur. Başlangıçta hoş giden durumların yerini bilişsel işlevlerde azalma, motivasyonda azalma gibi hoş gitmeyen durumlar alır. Sonrasında madde

kullanımının sebebi hoşa giden durumlar değil bu hoşa gitmeyen durumlardan kaçınmaktır.

Bağımlılığın etyolojisini 4 alt başlıkta inceleyebiliriz;

2.1.4.1. Psikolojik Etmenler

Madde bağımlılığıyla ilgili ilk açıklamalar psikanalitik eğilimli kuramcılardan gelmiş, oral regresyon, doyum arayıcı zevke düşkünlükten ve özyıkımcı dürtülerden söz edilmiştir. Dahasonra bu görüş, madde kullanımının regresyon yerine depresyon, utanç ve öfke gibi güçlüduygu durumlarına karşı uyum ve savunma amacına hizmet ettiği, öz yıkımcı dürtülerinfazlalığından çok, özkoruyucu yöntemlerin yetersiz olmasından kaynaklandığı şeklindedekiğiştir. Bu yetersizliğin nedeni olarak da, erken gelişimsel sorunlar nedeniyle anne babaimgelerinin yeterli düzeyde içselleştirilememesi gösterilmiştir (27).Psikolojik açıklamalar arasında en çok kabul gören, maddelerin çeşitli psikiyatrik sorunlardabelirtileri giderme amaçlı kullanılması olmuştur. Bunlar arasında en sık adı geçen sorun düşükbenlik değeridir (28).

2.1.4.2. Fizyolojik Etmenler

Bağımlılık süreci tek başına fizyolojik bağımlılık ve yoksunluk sendromu ileaçıklanamamaktadır. Her iki durumun tedavisinden uzunbir dönem sonra bile hastalığın tekrarlama riski devam eder (29).Bağımlılığın nöronal temelleri incelendikçe beslenme ve cinsellik gibi biyolojik ödülleri yanı sıra aile, arkadaşlık gibi bilişsel ve deneysel temeli daha fazla olan sistemlerin ödül sistemi ile bağlantısının nörobiyolojik izdüşümlerinin incelenmesi gereksinimi duyumsanmıştır(30). Ödüllendirici hedefleri olan davranışlar, bir sonuca doğru güçlü ve zaman içinde artan birdüzeyde devam etme eğilimindedir. Ödülle bağlantılı ipuçları motivasyonel durumları başlatırda güçlendirir. Bu durum amaçlanan ödüllerin elde edilmesinde yer alan davranış vetutumları aşırı öğrenilmiş hale getirir(31).Bağımlılık yapan maddeler ayrı kimyasal aileleri temsil etmektedir. Farklı

ilk moleküller hedefleri uyarır ve bloke ederler. Ancak bu farklı ilk hücrel hedeflere rağmen Nükleus Akumbens'te (NAk) dopamin düzeyini artırarak etki ederler. Opioidlerin ise NAK'e etkisi dopamin dışında bir yol izler. Bağımlılık yapıcı maddelerin daha fazla dopamin salınımı ve daha fazla uzamış uyarılma oluşturabilmeleri ile çoğu doğal uyaran karşısında rekabetçi bir avantajı olduğu hipotez edilmiştir. Dopamin isteğe ve eyleme yönelik bir hedefin hedonik özelliklerini sağlar. Böylece ödülle bağlantılı davranışı şekillendirir, ödülle bağlantılı öğrenmeyi harekete geçirir(29).

2.1.4.3. Kalıtsal Etmenler

Alkol bağımlılığın kalıtsal etkenler ile ilişkisi olduğuna dair ciddi veriler vardır. Bu veriler ikiz ve evlat edinme çalışmaları ile doğrulanmıştır. Ancak diğer madde kötüye kullanımında yada bağımlılıklarının gelişiminde kalıtsal etkenlerin rolü üstüne yeterli bilgiler yoktur. Ancak bağımlılıkların multifaktöryel, multigenetik etyolojiye sahip olduğu söylenebilir (32). Alkol kullanımı sorunu olan kişilerin kardeşlerinin %49-50.1'nde alkol kullanım sorunları saptanmıştır. Bu oranlar diğer maddeler için bu kadar yüksek olmasa da normal kontrollerden farklıdır. Madde kullanan evlat edinilmiş bireylerle bu bireylerin biyolojik aileleri arasında belirgin bir ilişki saptanmıştır. Madde kullanan evlat edinilmiş bireyleri evlat edinen ailelerin alkol kullanıyor olması bu bireylerde madde bağımlılığı gelişmesi olasılığını etkilemediği bildirilmiştir. Biyolojik babalarında alkol kullanımı olan evlat edinilmiş çocuklarda yüksek alkol kullanım oranı saptanmıştır (33).

2.1.4.4. Çevresel Etmenler

Çevresel etmenlerin özellikle erken yaşta madde kullanımından sorumlu olduğu bildirilmektedir. İlerleyen yaşlarda madde bağımlılığının gelişmesinde genetik şartların katkısının daha fazla olduğu vurgulanmaktadır. Madde ile karşılaşmanın geciktirilmesi ve bunun yanı sıra olumlu bir ortamda büyümenin etkisi madde bağımlılığı gelişme olasılığını azaltmaktadır. Çevre etkisi kullanılan maddelere göre farklılık göstermektedir. Çevresel şartların düzenlenmesi sırasında sigara ve alkolün

üzerinde durulması gerekir. Tütün ve alkol en sikkullanılan bağımlılık yapıcı maddelerdir. Tütün ve alkolün tüketim maddesi olarak kabuledilebilir olması bu maddelerin kullanımını sıradan hale getirmiştir.Yapılan bir çalışmada anne baba denetimi ve uyarılarının düşük düzeyde olduğu ailelerinçocuklarında alkol, tütün ve diğer maddelerin kullanımına, denetimin fazla olduğu ailelerinçocuklarından daha erken başladıkları sonucuna varılmıştır (34).

2.2. DEHB

2.2.1. DEHB- Genel Bilgi, Tarihçe

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), okul öncesinde başlayıp erişkinlikte devam edebilen, kısa dikkat süresi, aşırı hareketlilik ve dürtüsellikle karakterize bir psikiyatrik bozukluktur. Çocuk ve gençlerde görülen en yaygın psikiyatrik hastalıklardan biridir. Dünya çapında okul çocuklarının %3.5'ini etkilediği tahmin edilmektedir (35). Bu bozuklukta akademik, ailesel, bilişsel, sosyal işlevsellik ve mesleki işlevler gibi günlük hayatın çeşitli alanlarında bozukluklar görülmektedir. Sosyal işlevsellikteki bozulmalar, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan çocukların hem kısa hem de uzun vadedeki izlemlerinde kritik öneme sahiptir. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan çocuklar genellikle yaşlıları tarafından dışlanır, akranları ve yetişkinlerle çatışmalar yaşarlar (36).

DEHB ilk olarak 1902 yılında George Still tarafından tanımlanmıştır. George Still aşırı hareketliliği, dikkat ve öğrenme güçlükleri olan ve davranım sorunları gösteren çocuklarda bu bozukluğu “ahlaki kontrolün ileri düzeyde yetersizliği” olarak tanımlamıştır. 1947 yılında aşırı hareketlilik, impulsivite, bilişsel yetersizlikleri olan çocuklarda bu hastalık “minimal beyin zedelenmesi sendromu” olarak adlandırılmıştır. İlk olarak 1968 yılında DSM-II’de “hiperkinetik sendrom” olarak tanımlanmıştır. DSM-III’de “dikkat eksikliği bozukluğu” terimi kullanılmış ve bozukluk hiperaktivitesi olan ve olmayan diye iki gruba ayrılmıştır. 1987’de DSM-III-R’de “dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu” terimi kullanılmaya başlanmıştır. DEHB DSM-IV’de ve “dikkat eksikliği ve yıkıcı davranış bozuklukları” genel

başlığı altında verilmiştir. DSM-5'e gelindiğindeyse DEHB'nin yaşam boyu süren bir bozukluk olduğu belirtilerek bir takım değişikliklere gidilmiştir. DSM-5'te DEHB "Nörogelişimsel Bozukluklar" kategorisinin altına alınmıştır.

2.2.2. DEHB- Epidemiyoloji

DEHB dünya genelinde çocukların %5-12'sini etkilemektedir(37). Yakın zamanda yapılan bir meta analiz çalışmasına göre tüm dünyada çocuk ve ergenlerde DEHB prevalansı ortalama %3.4 olarak bulunmuştur(38). Ülkemizde DSM-IV-TR tanı ölçütlerine dayanılarak yapılan bir çalışmada bozulma kriteri eklenmeden DEHB prevalansı %21.8, bu belirtileri farklı iki ortamda saptanması durumunda DEHB prevalansı ise %12.7 olarak saptanmıştır (39). Hastalığın kızlara oranla erkeklerde daha sık görüldüğü bilinmektedir. Epidemiyolojik örnekleme erkek-kız oranı 3/1 iken, klinik örnekleme 9/1 olarak bildirilmiştir(40).

2.2.3. Etyopatogenez

DEHB'nin etyolojisini ortaya çıkarmaya yönelik çok sayıda hipotez ortaya atılmakta ve bu konu ile ilgili pek çok çalışma yapılmasına rağmen DEHB'nin etyolojisi henüz tam olarak ortaya konulamamıştır. Ancak genetik ve çevresel faktörlerin ortak etkisiyle ortaya çıktığı yaygın olarak kabul görmektedir.

2.2.3.1 Genetik Faktörler

DEHB'nin etyolojisinde genetik faktörler çok temel bir role sahiptir. Yapılan ikiz ve aile çalışmaları bu genetik geçişin varlığını desteklemektedir. Gün geçtikçe de DEHB'nin genetik etyolojisini aydınlatmaya yönelik çalışmaların sayısı artmaktadır. Bu konuda yapılan ikiz çalışmaları genetik geçişin %76 civarında etkili olduğunu bildirmektedir(41). Moleküler genetik çalışmalar ise dopaminerjik ve noradrenerjik sistem üzerine odaklanmıştır. DEHB'nin genetik yapısı ile ilgili 8 gen tanımlanmıştır. DRD4, DRD5, Dopamin transporter 1 (DAT1), Dopamin beta hidroksilase enzim (DBH), serotonin transporter enzim (5-HTT), serotonerjik

reseptör (HTR1B) ve synaptosom ile ilişkili protein 25 KDA (WW-25) DEHB ile istatistiksel olarak anlamlı olarak bağlantılı bulunmuştur (41).

2.2.3.2 Nörobiyolojik Faktörler

DEHB'nin kompleks nörobiyolojik mekanizmasını açıklayacak tek bir nörotransmitter tanımlanmamakla birlikte, temel olarak Dopaminerjik sistem işlev bozukluğu olduğu öne sürülmektedir. Sorumlu tutulan diğer nörobiyolojik sistemin de nöradrenerjik sistem olmasından dolayı DEHB'nin katekolaminerjik işlev bozukluğu olduğu ileri sürülmüştür. Özellikle DEHB tedavisinde kullanılan metilfenidatin presinaptik nörona dopamin ve norepinefrin geri alımını inhibe ettiği, atomoksetinin de prefrontal kortekste dopamin artışı yanı sıra norepinefrin taşıyıcını bloke ederek, prefrontal kortekste dopamin ve norepinefrin yoğunluğunda artışa neden olduğu bilinmektedir(42). DEHB tedavisinde kullanılan ilaçların bu etki mekanizmaları da göz önünde bulundurulduğunda dopaminerjik ve adrenerjik sistemlerin etkili olduğu yönündeki görüşler desteklenmektedir.

2.2.3.3 Nöroanatomik Faktörler

Bu alanda yapılan çalışmaların sonucunda DEHB'lilerin beyin hacimlerinin sağlıklı kontrollere oranla daha küçük olduğu ve bu hacim azlığının daha çok yürütücü işlevlerle ilgili bölümlerde olduğu saptanmıştır(43). Bu araştırmalar sonucunda en belirgin yapısal değişiklikler serebellum, nükleus kaudatus ve toplam serebral hacimde azalma olmuştur. DEHB'li bireylerin toplam beyin hacimlerinin yaklaşık %3 daha az olduğu ve hacim azlığının yaşamın erken dönemlerinde ortaya çıktığı, ilerleyici seyir göstermediği, stimulan tedavi ile ilişkili olmadığı gözlenmiştir. Bu hacim küçüklüğünün pubertede de devam ettiği ve olgunlaşarak yaşlılarını yakalamanın söz konusu olmadığı bildirilmiştir (44).

Yapılan fonksiyonel beyin görüntüleme çalışmaları ile de prefrontal korteks ve sol kaudat nükleusu da içerecek şekilde striatumda kan akımı ve metabolik aktivitenin

azaldığı gösterilmiştir (45). Metilfenidat tedavisi sonucunda prefrontal kortekste bölgesel kan akımının normale döndüğü bildirilmiştir (46).

Yapılan bir metaanaliz çalışmasında ilaç kullanmayan DEHB olgularında dorsolateral prefrontal korteks aktivasyonunda azalma olduğu ancak uzun süre psikostimülan ilaç kullanlarda kontrole kıyasla prefrontal aktivasyonun normal olduğu saptanmıştır (47).

2.2.3.4 Çevresel Faktörler

Birçok çevresel risk faktörü DEHB ile bağlantılı bulunmuştur. Bunlardan bazıları ileri anne yaşı, düşük anne eğitimi, ebeveynlerde sigara, alkol kullanımı, hamilelikte enfeksiyon, annede kaygı, stres, düşük doğum ağırlığı, doğum komplikasyonları, erken duygusal yoksunluklar, hamilelikte sigaraya maruz kalma, parçalanmış aile, anne depresyonu, hamilelikte düşük folik asit düzeyi olarak sayılabilir(43).

2.2.4. Tanı

DSM 5 tanı kriterlerine göre DEHB(26)

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

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

Not: Belirtiler, yalnızca, karşıt olmanın, karşı gelmenin, düşmanlı tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşındave daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekmektedir.

a. Çoğu kez ayrıntılara özen göstermez ya da okul çalışmalarında (derslerde) işte ya da etkinlikler sırasında dikkatsizce yanlışlar yapar (örn. ayrıntıları gözden geçirir ya da atlar, yaptığı iş yanlışır).

- b.** Çoğu kez, iş yaparken ya da oyun oynarken dikkatini sürdürmekte güçlük çeker (örn: ders dinlerken, konuşmalar ya da uzun bir okuma sırasında odaklanmakta güçlük çeker).
- c.** Çoğu kez, doğrudan kendisine doğru konuşulurken, dinlemiyor gibi görünür (örn. Dikkatini dağıtacak açık bir dış uyaran olmasa bile, aklı başka yerde gibi görünür).
- d.** Çoğu kez, verilen yönergeleri izlemez ve okulda verilen görevleri, sıradan günlük işleri ya da işyeri sorumluluklarını tamamlayamaz (örn. İşe başlar ancak hızlı bir biçimde odağını yitirir ve dikkati dağılır).
- e.** Çoğu kez, işleri ve etkinlikleri düzenlemekte güçlük çeker; kullandığı gereçleri ve kişisel eşyalarını düzenli tutmakta güçlük çeker; dağınık ve düzensiz çalışır; zaman yönetimi kötüdür; zaman sınırlamalarına uyamaz.
- f.** Çoğu kez, sürekli zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır, bu tür işleri sevmez ya da bu tür işlere girmek istemez (örn. Okulda verilen görevler ya da ödevler; yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, rapor hazırlamak, form doldurmak, uzun yazıları gözden geçirmek).
- g.** Çoğu kez, işi ya da etkinlikleri için gerekli nesnelere kaybeder. (örn. Okul gereçleri, kalemler, kitaplar, gündelik araçlar).
- h.** Çoğu kez, dış uyaranlarla dikkati kolaylıkla dağılır (yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, ilgisiz düşünceleri kapsayabilir).
- i.** Çoğu kez, günlük etkinliklerde unutkanır (örn. Sıradan günlük işleri yaparken, getir götür işlerini yaparken; yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, telefonla aramalara geri dönmede, faturaları ödemedede, randevuların uymakta).
- 2. Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik:** Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinliklerini doğrudan doğruya etkileyen, aşağıdaki altı (ya da daha çok) belirti en az altı ay görülmektedir:
- Not:** Belirtiler, yalnızca, karşıt olmanın, karşı gelmenin, düşmancıl tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekir.
- a.** Çoğu kez, kıpırdanır ya da ellerini ya da ayaklarını vurur ya da oturduğu yerde kıvrınır.

- b.** Çoğu kez, oturmasının beklendiği durumlarda oturduğu yerden kalkar (örn. Sınıfta, ofiste ya da işyerinde ya da yerinde durması gereken diğer durumlarda yerinden kalkar).
- c.** Çoğu kez, uygunsuz ortamlarda, ortalıkta koşturur durur ya da bir yerlere tırmanır. (**Not:** Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, kendini huzursuz hissetmekle sınırlı olabilir.)
- d.** Çoğu kez, boş zaman etkinliklerine sessiz bir biçimde katılamaz ya da sessiz bir biçimde oyun oynayamaz.
- e.** Çoğu kez, “her an hareket halinde”dir, “ bir motor takılmış” gibi davranır (örn. Restoranlar, toplantılar gibi yerlerde uzun bir süre sessiz-sakin duramaz ya da böyle durmaktan rahatsız olur; başkalarınca, yerinde duramayan ya da izlemekte güçlük çekilen kişiler olarak görülürler).
- f.** Çoğu kez, aşırı konuşur.
- g.** Çoğu kez, sorulan soru tamamlanmadan yanıtını yapıştırır (örn. İnsanların cümlelerini tamamlar; konuşma sırasında sırasını bekleyemez).
- h.** Çoğu kez, sırasını bekleyemez (örn. Kuyrukta beklerken).
- i.** Çoğu kez, başkalarının sözün keser ya da araya girer(örn. Konuşmaların, oyunların ya da etkinliklerin arasına girer; sormadan ya da izin almadan başka insanların eşyalarını kullanmaya başlayabilir; ya da ileri gençlerde ve erişkinlerde; başkalarının yaptığıın arasına girer ya da başkalarının yaptığıını birden kendi yapmaya başlar).
- B.** 12 yaşından önce birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi olmuştur.
- C.** Birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi 2 ya da daha çok ortamda vardır (örn. Ev, okul ya da işyeri; arkadaşları ya da akrabalarıyla; diğer etkinlikler sırasında).
- D.** Bu belirtilerin, toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevselliği bozduğunda işlevselliğin niteliğini düşürdüğüne ilişkin açık kanıtlar vardır.
- E.** Bu belirtiler, yalnızca, şizofreni ya da psikozla giden başka bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. Duygudurum bozukluğu, kaygı bozukluğu, kişilik bozukluğu, madde eksikliği ya da yoksunluğu).

Olup olmadığını belirtiniz:

314.01 (F90.2) Bileşik görünüm: Son altı ay içinde, hem A1 (dikkatsizlik) , hem de A2 (aşırı/dürtüsellik) tanı ölçütleri karşılanmıştır.

314.00 (F90.0) Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde A1 (dikkatsizlik tanı ölçütü karşılanmış, ancak A2(aşırı hareket/ dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmamıştır.

314.01 (F90.1) Aşırı hareketliliğin/dürtüsellik baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde A2 (aşırı hareket/ dürtüsellik tanı ölçütü karşılanmış, ancak A1(dikkatsizlik) tanı ölçütü karşılanmamıştır.

Varsa belirtiniz;

Tam olmayan yatışma gösteren: Daha önceden bütün tanı ölçütleri karşılanmış olmakla birlikte, son altı ay içinde bütün tanı ölçütlerinden daha azı karşılanmıştır ve belirtiler bugün için de toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevsellikte bozulmaya neden olmaktadır.

O sıradaki ağırlığını belirtiniz;

Ağır olmayan: Tanı koymak için gerekli belirtilerden, varsa bile, biraz daha çoğu vardır ve belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği çok az bozmaktan öteye gitmemiştir.

Orta derece: Belirtiler ya da işlevsellikte bozulma “ağır olmayan” la “ağır” arasında orta bir yerdedir.

Ağır: Tanı koymak için gerekli belirtilerden çok da çoğu ya da birkaç, özellikle ağır belirti vardır ya da belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği ileri derecede bozmuştur.

2.2.5. Eş Tanılar

Eş tanı çalışmaları, DEHB'si olan çocuklarda, ergenlerde ve erişkinlerde hep yüksek oranda kaygı bozukluğu, depresyon, yıkıcı davranış bozuklukları, madde, sigara ve alkol kötüye kullanımı bildirmiştir. Bütün yaş gruplarına bakıldığında olguların %60-80 arasında en az bir komorbid durum olduğu saptanmıştır(43). Barkley'in 2005 yılında yaptığı çalışmada DEHB tanılı çocuk ve ergenlerin %54 ile %84'ünün Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB) kriterlerini karşılayabildiği, bu hastaların da önemli bir bölümünün Davranım Bozukluğu (DB) geliştirebildiği bildirilmiştir. Öğrenme ve Dil Bozukluklarının %25 ile 35 sıklıkta, Anksiyete Bozukluklarının ise olguların üçte birinde, motor koordinasyon problemleri'nin %30-50, Madde Kullanım Bozukluğu'nun ise %11 sıklıkta eşlik edebildiği bildirilmiştir(48). 2014 yılında Danimarka'da yapılan oldukça kapsamlı bir çalışmada (n=14825) 4-17 yaş aralığındaki çocuk ve ergenlerde DEHB'ye eşlik eden psikiyatrik durumlar incelenmiştir. Bu çalışmanın sonucuna göre olguların %52'sinde en az bir psikiyatrik bozukluk saptanmıştır. Olgularda %16.5 oranında DB, %15.4 oranında özel öğrenme güçlüğü, %12 oranında otizm spektrum bozukluğu, %7.9 oranında zihinsel yetersizlik olduğu tespit edilmiştir (49).

2.2.5.1 DEHB ve Madde Kullanım Bozukluğu

DEHB tanısı almış bireyler ergenlik ve erişkinlik döneminde madde kullanım bozukluğu (MKB) açısından yüksek risk grubundaki bireylerdir. MKB'li olgularda da DEHB birlikteliği çok yüksek oranlardadır. 2008 yılında 4936 MKB olan ergenle yapılan bir çalışmada DEHB birlikteliği %61-64 olarak saptanmıştır (50). Çocukluk çağı DEHB tanısı almış olgularda ergenlik ve erişkinlik dönemlerinde sigara, alkol, madde kötüye kullanım bozukluğu açısından yüksek risk grubudur. DEHB'li bireylerin yaşlılarına oranla 6.2 kere daha fazla madde ve alkol kötüye kullanma riskleri vardır. Özellikle psikostimulan tedavide olan erkekler MKB'ye karşı korunmaktadır (6). Biederman ve arkadaşları 1995 yılında, DEHB ile alkol ve diğer psikoaktif maddelerin kötüye kullanımı/ bağımlılığı arasında bir ilişkinin varlığından söz etmektedir.2012'de yapılan bir çalışmada DEHB'li MKB olan bireylerle

DEHB'si olmayan MKB olan bireyler karşılaştırılmış ve DEHB' si olan ergenlerin daha küçük yaşlarda sigara, alkol ve madde kullanımına başladıkları saptanmıştır. Yine aynı çalışmada başlama zamanı ile maddeye bağımlı olma zamanı arasında daha kısa süre olduğu ve daha fazla işlev bozukluğu gösterdikleri saptanmıştır(51). Özetle Mukaddes'in bildirdiği üzere; DEHB'li bireylerde 15 yaş itibariyle madde kullanım sıklığı genel popülasyondan fazladır. Yetişkin MKB'lilerin yaklaşık % 40'ında DEHB söz konusudur, DEHB'lilerde inhibisyon sisteminde yetersizlik MKB'ye yatkınlığı artırmaktadır, DEHB tanısı olan bireylerin daha hızlı bağımlı olmaları ve bağımlı olduklarında daha çok işlev kaybı yaşamaları söz konusudur. Maddeye maruz kalma yaşı ne kadar küçükse bağımlı olma riskide o kadar yüksektir. DEHB'li bireylerde ergenlikten erişkinliğe MKB'nin devam etme oranı DEHB olmayanlardan daha fazladır (52).

2.2.6. DEHB ve Dürtüsellik

Dürtüsellik DEHB'nin temel belirtilerinden biridir. Çocuklarda impulsivite tehlikeli davranışlarda sergileme, sınıfta konuşma, oyunların arasına girme ya da başkalarının sözünü kesme gibi davranışlar olarak karşımıza çıkar. DEHB'li kişilerin çocukluktan yetişkinliğe izlem çalışmalarının bir meta-analizinde hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerinin, dikkat eksikliği belirtileri ile kıyaslandığında daha çok azaldığı bildirilmiştir (53). 'Sorulan soru tamamlanmadan önce yanıt verme', 'sirasını bekleyememe' ve 'başkalarının sözünü kesme veya araya girme' DSM-5'te dürtüsellik değerlendirme için önerilen tanı ölçütleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Dürtüsellik, madde kullanım bozuklukları, bipolar bozukluk, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu, dürtü-denetim bozuklukları (patolojik kumar oynama, aralıklı patlayıcı bozukluk, piromani, kleptomani ve trikotillomani), gibi birçok psikiyatrik hastalıkta temel belirtilerden biridir. Dürtüsellik bu hastalıklardaki yüksek özkıym riski ile de bağlantılıdır.

2.3. Yürütücü İşlevler

Yürütücü işlevler (Yİ) kişinin bir amaca erişebilmek için uygun olan sorun çözme yöntemini başlatıp sürdürebilme yeteneği olarak tanımlanmaktadır(54).

Yürütücü işlevler Barkley (1997) tarafından 5 boyutta tanımlanmıştır:

İnhibisyon: Bireyin kendi eylemlerini denetlemesi

Kurulumu Değiştirme(Set Shifting): Gerektiğinde problemi çözebilmek için başka bir alana yönlenebilme becerisi

Akıcılık (Fluency): Bir probleme çeşitli çözümler bulabilme becerisi

Planlama: Bir sorunu çözebilmek için gerekli adımları planlama

İşleyen Bellek (Working Memory): Bir işi yaparken gereken bilgileri kullanabilmek (55).

Yürütücü işlevlerdeki önemli öğelerden biri olan işleyen bellek bilginin kısa süre için zihinde tutulması ve gerektiğinde uygun yerde kullanılması ile ilgilidir. Bilgiyi kısa süreli zihinde tutma bir dikkat işlevi iken gerektiğinde uygun yerde kullanma yürütücü işlevler ile ilişkilendirilir(55). Çalışma belleği terimi, bilginin bir şekilde ve geçici olarak saklanması anlamına gelir. Baddeley çalışma belleğini şöyle tanımlar: çalışma belleği, bilginin geçici bir süre için daha zor görevlerle başa çıkmak için depolanmasıdır(57). Kuramsal ve ampirik çalışmalar konusunda kapsamlı bir literatür taraması yapan Pennington ve Ozonoff (1996), Yürütücü işlev ölçüm alanlarının altı farklı sınıfta toplanabileceğini göstermiştir. Bu altı sınıf, planlama, kurulumu koruma ve değiştirebilme, bağlamsal (contextual) bellek, zaman ve mekânda olayları bütünleştirebilme, ketleme (inhibition) yani bozucu etkiye (interference) karşı koyabilme, akıcılık ve çalışma belleğidir(56).

Yürütücü işlevler, nöropsikoloji bilimi kapsamında ölçülebilmektedir. Bu işlevler arasında perseverasyon, kurulumu sürdürmede başarısızlık, kavramsallaştırma ve öğrenme gibi, soyutlama yeteneğine ilişkin alt yetenek alanları ayrıca akıl yürütme, yaratıcılık, planlama, problem çözme, zihinsel esneklik, karar verme, bozucu etkiye karşı koyabilme ve tepki ketlemesi (response inhibition) yapabilme

bulunmaktadır(56). Birçok psikiyatrik hastalıkta sıklıkla yürütücü işlev defekti gözleendiği için bu becerileri ölçen performansa dayalı ya da davranışları değerlendiren ölçekler geliştirilmiştir(57).

2.3.1. Yürütücü İşlevler ve MKB

Erişkin alkol bağımlılığı olan hasta grubunda yapılan çalışmalarda, alkol bağımlılığı olan grupta normal kontrollere göre ölçülebilir düzeyde yürütücü işlev defisitleri saptanmıştır(58), (59). Erişkinlerde alkol ve kokain bağımlılarının yönetici işlev ve bellek becerilerinin sağlıklı kontrollerle kıyaslandığı araştırma bulgularına göre: kokain bağımlılarında hafif derecede kognitif birbozulma gözlenirken, görsel bellek ve sözel bellek becerilerinde bozulmanın daha fazla olduğu gözlenmiştir. Ayrıca alkol grubunun yönetici performanslarının kokain grubuna göre daha düşük olması, alkolün yönetici işlevler üzerinde daha zararlı bir etkiye sahip olduğunu düşündürmektedir (60). Başka bir çalışmada, yürütücü işlev kognitif disfonksiyonu ile ilişkili olarak yüksek görev kaydırma yetersizliği(task shift disability) opiyat bağımlılığının ciddiyeti ile anlamlı bir şekilde öngörülmüştür(61). Çoğul madde bağımlılığı yürütücü işlev defisitlerinden disinhibisyon, görev değiştirme yetersizliği, karar verme ile ilgili sorunlar ve yeni bilgilerin işlenmesi ile ilişkilendirilmiştir(8). Yapılan bir çalışmada çoklu madde bağımlıların yürütücü işlevlerden planlama becerisini değerlendirmek için çeşitli planlama testlerinden aldıkları performans puanları sağlıklı kontrollerle mukayese edilmiştir, çoklu madde bağımlıları uygulanan testlerde sağlıklı kontrollere göre daha kötü performans sergilemişlerdir(62). Esrarın akut olarak öğrenme ve bellek üzerinde bozulmaya yol açtığı saptanmıştır. Hart ve arkadaşları placebo, hafif(1.8%), ve ağır (3.9%) THC esrar kullanımının dikkat üzerindeki kronik ve akut etkilerini incelemiş; kayda değer bir değişiklik saptayamamışlardır(63). Benzer olarak Haney ve arkadaşları akut entoksikasyon sonrası, günlük cannabis kullanıcılarının parçalanmış dikkatle ilgili bölümlerde daha iyi oldukları saptamışlardır(64). Morrison ve arkadaşları, hafif esrar kullanıcılarına %2.5 thc esrar ve placebo vererek karşılaştırmış ve dikkat alanında belirgin bozulma saptamışlardır(65).Akut esrar kullanımı genellikle planlama, karar vermeyi bozar(66). Bir çalışmada esrar, kokain kullanımı olan bireylerle kontrol

grubu karşılaştırılmış esrar kullanımı olanlarda karar verme ve risk alma alanlarında ciddi bozulma saptanırken, kokain kullanımı olanlarla aralarında belirgin bir fark saptanamamıştır(67).

2.3.2. Yürütücü İşlevler ve DEHB

Yürütücü İşlevler (Yİ); bireyin zor ulaşılabilecek bir hedefe ulaşmak için kullandığı planlama, organizasyon, problem çözme, çalışma belleğinden faydalanma, kurulumu değiştirme ve ketlemeyi de içeren, kendini düzenleme becerileridir. DEHB, dikkati sürdürme-impulsivite ve hiperaktivite semptomları ile karakterize, nöral bir gelişimsel bozukluktur. Bu tanıma göre de DEHB'nin doğasında yürütücü işlev problemleri, özellikle öz-düzenleme güçlükleri ve ketlenmemiş davranış yer alır . Barkley'e göre DEHB'nin merkezinde inhibisyon ve yürütücü işlevlerde (selfregülasyon) yetersizlik yer almaktadır. Yürütücü işlev yetersizliklerinin pek çok frontal ve prefrontal lob bozukluğu ile ilişkili olması sebebiyle DEHB'li çocuklarda Yİ yetersizliklerinin daha yüksek oranda gözlenmesi beklenir (55).

DEHB tanısı olan çocuklarda yapılan nöropsikolojik testlerde yürütücü işlevler olarak bilinen uyanıklık, motor yanıtın durdurulması, planlama, organizasyon, öğrenme ve sözel bilginin hatırlanması gibi işlevlerde bozulma bildirilmektedir(9). Bazı çalışmalar yürütücü işlevlerdeki bozulmayı dikkat eksikliği ile ilişkilendirirken, bazıları da alta yatan zayıf inhibitör kontrolle ilişkilendirmektedir (55).

2.4. Çocukluk Çağı Örselenmeleri

Örselenme (travma) bireyin zihinsel ve ruhsal yaşamını etkileyen, günlük yaşamında olumsuz sonuçlar doğuran her türlü olay olarak tanımlanabilir. Örselenmeyi olağan olumsuz yaşantılardan ayıran, kişinin yaşamına ya da beden bütünlüğüne yönelik tehdit, şiddet ya da ölümle karşı karşıya kalmasıdır. Kişi örselenme anında karşı konulmaz bir güç tarafından çaresiz bırakıldığını hisseder. Kişinin başetme becerileri felce uğrar. Travmatik yaşantılar arasında depresyon, sel gibi doğal afetler, savaşlar, cinsel ya da fiziksel saldırıya uğrama, çocuklukta yaşanan istismar ve ihmalle,

işkence görme, zorla kaçırılma, trafik kazaları, yaşamı tehdit eden bir hastalığın tanısının konması, ölü bir vücudu ya da vücut parçasını görme gibi zorlayıcı ve kişinin başa çıkma yeteneğini aşan olaylar sayılabilir(68).Çocukluk Çağı Örselenmeleri (ÇÇÖ) ise, ebeveynlerin veya çocuğun bakımını üstlenen diğer kişilerin sergiledikleri, çocuğun ruh ve beden sağlığı için uygun olmayan veya zararlı davranışların tümü olarak tanımlanır. Çocukluk çağında karşılaşılan travma, dayanılması en güç travmalardandır. DünyaSağlık Örgütü, ÇÇÖ'ni, çocuktan sorumlu olan kişilerin kendilerine duyulan güveni yada fiziksel güçlerini kullanarak, çocuğun gelişimine, sağlığına ya da yaşamına zararveren ya da vermekle sonuçlanabilecek davranışlarda bulunması olarak tanımlar(69).ÇÇÖ, çok farklı nedenleri ve aileler için de kötü sonuçları olan, tıbbi, hukuki açıdan ve çocuğu gelişimsel ve psikososyal açıdan etkileyen ciddi problemlerdir. Şiddete ve çocukta travmaya yol açan nedenler arasında; ebeveynlerin genç olması, işsizlik ve ekonomik sıkıntılar, aile içi geçimsizlikler, ailenin çok çocuklu olması, anne babadaruhsal hastalık, alkol madde kullanımı olması, kalabalık sınıflar, okulda ceza olarak dayanın olağan karşılanması gibi nedenlersayılabılır (70).Çocukluk çağında karşılaşılan travmalar, ileriki yıllarda gelişebilecek ruhsalbozuklukların etiolojisinde önemli bir rol oynar. Yapılan çalışmalarda, çocuklukçağında yaşanan örselenmelerin ileriki yıllarda gelişen major depresyon, kişilikbozuklukları, alkol/madde kötüye kullanımı, post travmatik stres bozukluğu, DEHB gibibirçok ruhsal sorunla ilişkisini ortaya koymuştur (71,72).Duygusal ihmal, çocuğa duygusal (sevgi, şefkat, destek, ilgi) olarak iyi birbakım sağlamayan davranışlardır. Örneğin; evden kovma, evden kaçmış olan çocuğukabul etmeme ve benzeri durumlar duygusal ihmal için verilebilecek örneklerdir(15).Fiziksel ihmal ise, çocuk/gence bakım vermekle yükümlü kişinin, çocuk/genciyetersiz besleme, giydirme ya da bakımını yerine getirmemesi sonucunda çocuk/gencinzarara uğraması durumudur(73).Fiziksel istismar sıyrık, yanık, kafa travması, kırık, iç organlara ait yaralanmalar veya en az 48 saat süren herhangi bir fiziksel hasar gibi yaralanmaya yol açacak şekilde zarar vermedir. Bu tanım aşırı şekilde bedene yönelik cezalandırmaları ve bağlama, kilitleme gibi kapalı bir yere hapsetmeyi de kapsar. Fiziksel istismarın nadir fakat önemli bir şekli de bakım verenin yol açtığı Münchausen sendromudur. Bu sendromda ebeveynler çocuklarını herhangi bir neden olmaksızın cerrahi veya dahili bir takım tıbbi işlemlere tabi

tutarlar. Lipman ve MacMillan fiziksel hasarın hem şekli hem de ne sıklıkla yapıldığını dikkate almışlardır. Fiziksel istismar tanımını “Büyümekte iken bir erişkin tarafından sık sık tekmelenme, ısırılma, yumruklanma, bir şeyle vurulması veya seyrek de olsa boğulma, yakılma, kaynar su dökülmesi veya fiziksel olarak herhangi başka bir şekilde saldırılması” şeklinde yapmışlardır(74). Duygusal istismarı tanımlamak dahagüçtür. Aşırı derecede sözlü tehdit, hakaret, aşağılama, gurur kırıcı ifadeleri ve çocuğun duygusal ve zihinsel iyilik halini tehlikeye sokacak şekilde tehdit ve alay edilmesini kapsar. Ayrıca aile içinde kestirilemeyen yanıtlar, devamlı negatif duygulanım ve uyumsuzluğun olması, çift mesaj içeren iletişimin olması, ebeveynlerin kabul, sevgi, şefkat ve güven hislerini sağlayamamaları da buna dahildir. İhmal ise çocuğa, fiziksel (beslenme, emniyet, eğitim, sağlık) veya duygusal (sevgi, şefkat, destek, ilgi) olarak iyi bir bakım sağlamayan davranışlardır. Örneğin; evden kovma, evden kaçmış olan çocuğu kabul etmeme ve benzeri durumlar ihmali yansıtmaktadır(74). Cinsel istismar ise bağımlı, gelişimsel olarak olgunlaşmamış çocukla erişkin arasındaki, çocuğun tam olarak anlayamadığı, rıza gösterebilmesinin mümkün olmadığı ve ailedeki rollerle ilgili sosyal tabuları ihlal eden cinsel etkinliği tanımlar. Bu tanım erişkinin cinsel organını çocuğa teşhir etmesi, çocuğun cinsel organını teşhir etmeye zorlanması, cinsel organları okşamayı, cinsel organların elle veya oral yolla uyarılması, vajinal, anal birleşmeyi, çocuğa fahişelik yaptırılmasını ve pornografide kullanılmasını kapsar(74). Finkelhor ve Korbin geniş bir tanımlama kullanmıştır (75). Buna göre; cinsel istismar, bir erişkin ve cinsel olarak olgunlaşmamış (cinsel olgunluk, fizyolojik olduğu kadar sosyal olarak da tanımlanmaktadır) çocuk arasındaki, erişkinin cinsel arzularını yerine getirmek amacıyla gerçekleşen herhangi bir cinsel temas olarak tanımlanmıştır. Bir çocukla güç, tehdit veya kandırma (yalan) yolu ile cinsel temas ya da yaşı, acizliği ve erişkinle yakınlığının gereği rızası olmadan yapılan cinsel temastır. Bu tanımda belirttikleri gibi, tanımlama çocuk ile ebeveyni ya da bakım verenler arasındaki cinsel yaşantıları kapsamakta, bu tanım ayrıca çocukların pornografik ya da fuhuş gibi parasal amaçlı eylemlerde kullanılmalarını da içermektedir (74). Bifulco ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada, çocuk cinsel istismarını “gelişimini henüz tamamlamamış bağımlı durumdaki çocukların ve ergenlerin tam olarak kavrayamadıkları veya bilerek kabul etmelerinin düşünülmemeyeceği cinsel ilişkilere

vaya aile rollerine ilişkin sosyal tabulara zıt cinsel eylemlere karıştırılmaları” olarak tanımlamışlardır (76). İstismarın bazı tanımları çocuğun ergenler ya da akranları tarafından istismarını içermez. Bazı yazarlarca tanımlara bunu da dahil etmek şeklinde değişiklikler yapılmıştır. Genel olarak çocuklar ya da ergenler ya da eş gelişimsel düzeydeki genç insanlar arasındaki araştırmacı nitelikteki cinsel aktivite çocuğun cinsel istismarı tanısı içine sokulmaz (72). Çocukluk cinsel istismarının en sık tipi mastürbasyon ve penetratif eylemlerdir. Bunları teşhircilik, uygunsuz okşama ve dokunma izler. Baker ve Duncan’a göre istismarların %51’inde dokunmadan istismar varken sadece %5’inde anal ya da vajinal ilişki (penetratif eylemler) vardır. Bu durumda kliniğe başvuranların daha ciddi, yani penetratif cinsel eylemler olduğu düşünülmektedir. Kızlarla olan cinsel istismarın en sık rastlanan formları teşhircilik, okşama, genitallere dokunma, mastürbasyon ve vajinal, oral ya da anal ilişkidir. Erkek çocuklara uygulananlar ise genellikle okşama, kendisine mastürbasyon yaptırma, oral seks ve anal ilişkidir (77). Erkeklerin %42’si anal ilişki ya da ilişki girişimi ile karşılaşırken, kızlarda bu oran %7’dir. Çocukluk cinsel istismarlarının %15-25’inde beraberinde fiziksel istismar da vardır(78).

2.4.1. Çocukluk Çağı Örselenmeleri ve Madde Kullanım Bozukluğu

ÇÇÖ’ne maruz kalan kişilerde normal popülasyona oranla daha fazla MKB ve alkol kötüye kullanımı geliştiği bildirilmiştir(79). Özellikle çocukluk çağında maruzkalınan örselenmenin madde kötüye kullanımı ile ilişkili sorunlarla birebir ilişkili olduğubildirilmektedir(80). Alkol madde kullanımı konusundaki farklı paternler, erken başlangıç ve sonrasında gelişen madde bağımlılığı arasındaki ilişkinin sağlık profesyonellerince vurgulanmasına neden olmuştur. Olumsuz duygulanımı azaltmanın ya da olumlu duygulanımı arttırmanın aracı olarak madde kullanmaya eğilim görülebilmektedir. Çocukluğunda örselenme hikayesi olan kişilerin, düşük benlik saygısını giderebilmek, çökkünlük/bunaltı belirtilerini denetleyebilmek amacıyla madde kullanma eğiliminde oldukları ifade edilmektedir(81).ÇÇÖ ve MKB ilişkisi gerek yurtdışında gerekse yurtiçinde araştırılmıştır. Ülkemizde 2004 yılında yayınlanan bir çalışmaya göre, madde kullanımı olan hastaların, çocukluk çağında travmatik yaşantılara, kontrollere nazaran

daha yüksek oranda maruz kaldıkları saptanmıştır (82). Alkol ve madde kullanım bozukluğu batılı ülkelerde ergenler arasında sık görülür. Yapılan çalışmalarda 13-15 yaş grubunun yarıya yakın bir bölümünün alkol ya da maddeyle bir şekilde karşılaştığı ve bu oranın giderek arttığı saptanmıştır(83). 2007’de Almanya’da yapılan bir araştırma, ÇÇÖ’nü erken yaşta alkole başlama ile (84), 2009’da Kanada’da yapılan bir araştırma ise enjeksiyon yolu ile madde kullanmayı çocukluktaki fiziksel istismar ile ilişkili bulmuştur(85). Brezilyada 2010’da yapılan bir çalışmada ise alkol ve madde kullanan hastalarda duygusal, fiziksel ve cinsel istismar kontrollere göre anlamlı derecede yüksek bulmuştur(86). M.J. Alvarez-Alonso ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada çoklu madde kullanımı açısından risk faktörlerine bakıldığında bunlarla yüksek ilişkili değişkenlerin, özellikle cinsel istismar ve duygusal ihmali içeren her türlü kötü muamele olduğu ayrıca, depresyon tanısı ve alkolizmi olan bir aile öyküsü varlığı olduğu saptanmıştır(10). Yine yapılan çalışmalarda çocukluk çağında istismara maruziyetin ileride alkol madde kullanım riskini 1.4 kat arttırdığı saptanmıştır(11), (12). Erişkin bağımlı hasta grubunda yapılan başka bir çalışmada yaşam boyu istismara uğrama oranları %45.9 olarak saptanmıştır(87).

2.4.2. Çocukluk Çağı Örselenmeleri ve DEHB

Epidemiyolojik açıdan bakıldığında, örselenmeye maruz kalma ve DEHB, çocukluk çağında sıktır. Toplum örnekleminde çocukların yarısından çoğunun, psikiyatrik örnekleimde ise çocukların üçte ikisinin travmaya ya tanık olduğu veya maruz kaldığı bildirilmiştir. Her iki fenomen de yaygın olduğundan, çoğunlukla çakışmaları şaşırtıcı değildir (88). Pek çok klinik gözlem ve çalışma bu çocukların daha fazla fizik şiddete maruz kaldıklarını bildirmektedir. DEHB’li çocukların %25’i fiziksel şiddete maruz kalırken, DEHB+KOB olgularında bu oran %90’dır. Özellikle aile içi fiziksel şiddet ile çocuğun öfkeli davranışları arasında karşılıklı bir ilişki olduğu bilinmektedir. Bu çocuklar hem fiziksel tacize maruz kalırlar hem de kendileri fiziksel şiddet uygulayabilirler(89). Örselenmeden kaynaklanan duygu düzenleme ile ilgili zorluk örselenme maruziyeti ya DEHB için hassasiyet yaratabilir ya da bozukluğun semptomatolojisini şiddetlendirebilir(88). DEHB’lilerde cinsel tacize

uğrama riski %14-46'dır. Bazı çalışmalarda özellikle dikkat eksikliği baskın alt tipinin daha fazla cinsel tacize maruz kaldıkları ve ihmal edildikleri bildirilmiştir(89).Bugüne kadar DEHB ve ÇÇÖ ilişkisini araştıran çalışmalar, farklı sonuçlarvermiştir. Örneğin 2006'da Yeni Zelanda'dan yayınlanan bir çalışmaya göre; duygusalistismar ve ihmal DEHB olan bireyler arasında kontrol grubuna göre daha yaygındır. Ayrıca DEHB'ye sahip kadınların kontrol grubuna nazaran daha sık cinsel istismar vefiziksel ihmale uğradıkları saptanmıştır (90). 2011'de Amerika'da yapılan benzer birçalışmada da, DEHB'ye sahip çocukların daha fazla travmatik yaşantılara sahip oldukları gösterilmiştir (91). ÇÇÖ ile DEHB arasındaki ilişkiye vurgu yapan çalışmaların aksine bu iki klinikdurum arasında anlamlı ilişki bulamayan çalışmalar da mevcuttur. Mesela 1999'daAmerika'da yapılan bir çalışmaya göre, DEHB 'nin ÇÇÖ ile ilişkisinin olmadığı, oysa KOKGB'nun (DEHB olsun veya olmasın) ÇÇÖ ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Dolayısıyla ÇÇÖ ilerde gelişebilecek KOKGB'nun güçlü bir yordayıcısı iken aynı şeyi DEHBiçin söylememiz mümkün görünmemektedir(92). Çalışma sonuçları farklılık gösterse de DEHB ve ÇÇÖ birlikteliği ayırıcı tanı ve tedavilerin düzenlenmesi adına önem teşkil etmektedir.

2.5. Akran Zorbalığı

Ülkemizde ve dünyada çocuklar ve ergenler arasındaki şiddet içerikli ve saldırgan davranışlar yaygın bir toplumsal problem olarak ortaya çıkmaktadır. Akran Zorbalığı karşı tarafa bilinçli olarak zarar vermeye yönelik olarak aralarında güç dengesizliği olan kişiler arasında, zamansal sürekliliği olan saldırgan bir davranış şeklidir(93). Zorbalığı yapan kişiye genellikle zorba (bully), maruz kalan kişiye de kurban (victim) denmektedir.Olweus'a (1993) göre akran zorbalığının 3 temel özelliği vardır. Bunlar; a) bilinçli ve kasıtlı olarak karşı tarafı incitmeye ve zarar vermeye yönelik olması (*kışkırtma yoktur), b) tekrarlayıcı ve sürekli olması, c) gücün dengesiz olarak kullanılması olarak belirtilmiştir(93,94).Zorbalık çeşitleri farklı şekillerde sınıflandırılmaktadır. Beale; fiziksel zorbalık, sözel zorbalık, ilişkisel zorbalık, tepkisel zorbalık olarak dört tür zorbalıktan bahsetmektedir(95). Olweus, akran zorbalığını doğrudan ve dolaylı saldırılar olarak tanımlar. Doğrudan olanda,

kurbanı yöneltilen saldırılar açıktır, saldırılarda zorba ve kurban yüz yüzedir dolayısıyla kurban zorbanın kim olduğunu bilir. Dolaylı olanda, kurban sosyal olarak yalnızlaştırılır ve kasıtlı olarak gruptan dışlanması gibi davranışlar vardır. Kurban, zorbanın kimliğinden habersiz olabilir. Dolaylı saldırganlık ilişkisel saldırganlık olarak da tanımlanmaktadır.Olweus zorbalık çeşitlerini 10 alt başlıkta değerlendirmiştir. Bunlar; “fiziksel” (itmek, vurmak gibi), “sözel” (isim takma, alay etme), “cinsel” (cinsel içerikli sözler yada jestlerle), “siber” (elektronik cihazlar aracılığıyla), “söylenti çıkarma” (kişi hakkında yalan söyleme vs), “dışlama” (görmezden gelme , oyuna almama vs.), “ırksal” (kişinin ırkı ile ilgili herhangi konu), “zarar verme” (kişisel eşyalara zarar vb),“tehdit ya da korkutma”,“diğer” (tanımlanan dışında herhangi yol) şeklindedir(96).

Zorbalık konusundaki ilk çalışmaların Dan Olweus tarafından 1970’li yıllarda İskandinav ülkelerindeki okullarda başlatıldığı bilinmektedir (93). Batılı ülkelerde de 1980’li ve özellikle 1990’lü yıllarda çeşitli araştırmaların yapıldığı görülmektedir. Araştırmacıların 1970’li yıllardan itibaren ilgi alanına girmeye başlayan akran zorbalığı, Kuzey Amerika, Avrupa, İskandinav ülkeleri, Uzak Doğu ve Avustralya gibi çok farklı ülkelerde ve kültürlerde çalışılmıştır(97).

Akran Zorbalığı tüm dünyada ülkeler arasında %9-%54 sıklığında değişen oranlarda çeşitlilik göstermektedir(98).Ülkemizde yapılan çalışmalara baktığımızda çocukların Akran Zorbalığından etkilenme oranları İstanbul’da %31 (99), Ankara’da yapılan 3 farklı çalışmada %14, %23 (97), %40 olarak saptanmıştır. 40 ülkeden 202.056 adölesanın dahil edildiği bir çalışmada katılımcıların; % 10.7’si zorbalık yaptığını, % 12.6’sı zorbalığa uğradığını (kurban), % 3.6’sı hem zorbalık yaptığını hem de zorbalığa uğradığını belirtmiş(100). İskandinav ülkelerinde 1984-1996 yılları arasında yapılan kesitsel bir çalışmada; akran zorbalığı %15.1 olarak saptanmış, zorbalığın yıllar içersinde %13.9’dan %16.5’e çıktığı saptanmıştır, bu sonuçlar akran zorbalığının giderek arttığını desteklemektedir(101). İrlanda’da (O’Moore ve Hillery,1989)(102), Norveç’te (Olweus, 1991), ve Avustralya’da (Rigby ve Slee, 1991; Slee, 1993) çocukların yaklaşık %10’u, okul dönemi boyunca en az bir ya da iki kez zorbalığa maruz kaldıklarını belirtmişlerdir.Amerika’da ulusal, temsili

örneklem kullanılarak yapılan (6.-10. sınıflarda n= 6939 Amerikalı öğrenci) bir çalışmada; katılımcıların %12.9'u fiziksel zorbalığa, %36.7'si sözel zorbalığa, %41.1'i ilişkisel zorbalığa, %9.9'u siber zorbalığa maruz kaldığını belirtmiştir (103).

Yakın zamanda yapılan bir derlemede, gençlerin yaklaşık% 20-25'inin doğrudan zorbalık, mağdur veya her ikisi olarak akran zorbalığında yer aldığı tespit edilmiştir (104). Zorbalık konusundaki yeni bir meta-analizde 335.519 genç (12-18 yaş)'ten oluşan genel bir örnekleme, yazarlar, geleneksel zorbalık katılımı için ortalama prevalansı %35 olarak saptamıştır (105).Yapılan çalışmalarda metodolojik bir çok farklılık olsa da ulaşılabilecek ortak sonuç;çocuk ve gençlerin akran zorbalığından etkileniminin oldukça sık olduğu ve üzerinde durulması gereken önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu yönündedir.

Zorbalığa uğrama ve zorbalık yapmanın kısa ve uzun dönemde birtakım etkileri vardır. Çalışmalara bakıldığında, zorbalının yaklaşık %30'unun dikkat eksikliği sorunları, %12.5'inin depresyon, %12.5'inin karşıt olma-karşı gelme gibi problemler yaşadıkları bulunmuştur (106). Kurbanlara oranla zorbalının, alkol ve madde kullanma eğilimlerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur(107). Zorba olmanın, antisosyal gelişim ile ilişkili olduğu söylenebilir(107).

Zorbalık yapan çocuklar, zorba davranışlarının sonucu olan uzun dönemli bazı etkiler yaşarlar.Zorbalının büyük çoğunluğu okulda başarısızdır ve daha sonraki yaşamlarında iş ortamlarında da başarı ve performansları düşük olmaya devam eder (108). Zorbalının 30 yaşına kadar, düşük saldırganlık gösteren akranlarına oranla başka suçlara karışma ve mahkûm olma, olasılıklarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir. 6-9. sınıflarda zorba olarak nitelendirilen çocukların, 24-35 yaşa kadar en az bir suça karıştıkları, bu çocuklardan %40'ının bu yaşa gelinceye kadar, üç ya da daha fazla suç işledikleri ortaya konmuştur (94). Çocukluklarında akranlarına karşı saldırganlık sergileyen çocukların, ilerleyen yaşlarda aile içi şiddet, suç ve madde kullanımı gibi davranışlar sergileme olasılıkları da son derece yüksektir.Bond ve arkadaşları (2001), kurban olma ve psikososyal uyumsuzluk ilişkisini araştıran çalışmaların bir meta analizinin, kurban olmanın kaygı, yalnızlık

ve genel özsaygıya oranla, depresyonla daha güçlü ilişkisi olduğunu ortaya çıkarttığını belirtmektedirler(109).Rigby (1999) tarafından küçük bir ergen grubu üzerinde yapılan boylamsal bir çalışmada da, yüksek oranda zorbalığa maruz kalmanın, hem kız, hem de erkeklerde zayıf fiziksel sağlığın, sadece kız grubunda ise zayıf zihinsel sağlığın önemli bir yordayıcısı olduğu belirlenmiştir(110). Olweus (1993), 12-16 yaşları arasında zorbalığa maruz kalan erkek çocukların, genç yetişkinlik döneminde yüksek düzeyde depresyon yaşadıklarını belirtmektedir(94).Zorbalığa uğrama ve depresyon gibi içe-atım bozuklukları arasındaki ilişki, özellikle ergen kızlarda çok güçlüdür ve yeme bozuklukları gibi bazı problemlerin gelişimine katkıda bulunabilir (109). Kurbanlar, kurban olmayanlara oranla daha sık olmak üzere, kendini güvende hissetme ya da kendini savunma, intikam alma gibi nedenlerle okula silah getirirler (94). Ülkemizde ilköğretim öğrencileri ve lise öğrencileri üzerinde yapılan iki ayrı araştırmada da, kurbanların zorbalığa uğramaktan dolayı bazı günler okula gelmekten korktukları, zorbalar yüzünden okul sevgilerinin önemli oranda azaldığı ve okulda kendilerini güvende hissetmedikleri bulunmuştur(111).

2.5.1. Akran Zorbalığı ve MKB

Akran zorbalığı, madde kullanım bozukluklarının risk faktörlerinden biri olan; önemli stresli ve olumsuz bir yaşam olayı olarak düşünülebilir. Akran zorbalığı ve madde kullanımı arasındaki ilişkinin kapsamlı bir şekilde anlaşılması, ilgili kişilerin yanı sıra toplumu ilgilendiren zararın azaltılması için önemli etkilere sahiptir. Madde kullanımı ve zorbalık arasındaki ilişki görece olarak daha nadir incelenen bir alandır.Zorbalık yapmanın, madde kullanımıyla ilişkili olduğuna dair önemli kanıtlar alanyazında belirtilmiştir(112–114). Diğer taraftan zorbalık kurbanı olma ve madde kullanımı arasındaki ilişki belirsizliğini korumaktadır. Zorbalık mağdurları arasında genel dışsallaştırma problemleri olduğuna dair kanıtlar bulunsada, zorbalık kurbanı olma ile madde kullanımı arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırma sonuçları net değildir (115–117) . Her gün sigara içmek ve aşırı içki içmek okul çağındaki ergenler arasında başkalarına zorbalık yapma ile ilgili bulunmuştur(14). Madde kullanımı ve zorbalık yapma arasında bir ilişki saptanmış olsada esrar kullanımında alanyazındaki

bilgiler çelişkilidir. Polonyada yapılan bir çalışmada sık esrar kullanımının zorbalık davranışını 3 kat artırdığı saptanmış(13), oysa İsrailden bildirilen başka bir çalışmada ise ilişki saptanmamıştır(14). Finlandiya’lı madde kullanan hasta grubunda yapılan başka bir çalışmada madde kullanımı ve zorba, kurban ya da hem zorba hem kurban olma durumları incelenmiş her iki cinsiyette düzenli olarak sigara kullanımıyla erkeklerdeyse düzenli alkol kullanımı zorbalıkla ilişkili bulunmuştur. Bu çalışmanın sonuçlarına göre kız ve erkek hasta grubunda düzenli olarak sigara kullanımı ve erkeklerde düzenli alkol kullanımı zorbalık davranışı ile ilişkili bulunmuş. Kız hasta grubunda özellikle daha erken yaşta sigara kullanımı zorbalıkla ilişkili bulunmuş. Bu sonuçlara göre özellikle kızlarda erken yaşta sigaraya başlama zorbalık davranışı için yüksek risk olarak değerlendirilmiş. Yine bu çalışmanın sonuçlarına göre herhangi bir maddeyi kullanım oranları zorba grubunda zorba-kurban grubuna göre daha yüksek bulunmuştur(113).

Avusturalya’da yapılan başka bir çalışmada, akran zorbalığı ve madde kullanımı arasındaki ilişki; başlangıçta ve başlangıçtan 24 ay sonra değerlendirilmiş. Gruplar zorba, kurban, hem zorba hem kurban(zorba-mağdur) şeklinde sınıflandırılmış. Son 6 ayda sigara,alkol, esrar kullanımı değerlendirilmiş. Bu çalışmanın sonuçlarına göre, bulgular, zorbalık ve madde kullanımı arasında ileriye dönük bir ilişki olduğunu desteklemiştir. Yine bu çalışmanın sonuçlarına göre 13 yaşında zorba-mağdur statüsünde olmak, 15 yaşındayken madde kullanımı ile ilişkilendirilmiştir. (15 yaşında zorbalığa maruz kalmaktan bağımsız olarak)(117).

2.5.2. Akran Zorbalığı ve DEHB

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olan çocuk ve ergenlerin akran zorbalığı açısından yüksek risk taşıdığı düşünülmektedir. Yapılan bazı kesitsel çalışmalar, hem DEHB tanısı hem de DEHB'nin semptomlarının zorbalık yapma ve kurban olma ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu göstermiştir(118,119). Bir çalışma da DEHB olan çocuk ve ergenler değerlendirilmiş ve sağlıklı çocuklarla karşılaştırıldığında DEHB’li olguların önemli oranda akran zorbalığı kurbanı oldukları saptanmıştır(120). Prospektif bir kohort çalışmasında bazı DEHB

semptomlarının , ardından gelen zorbalık ve kurban olma durumunu öngördüğünü bildirmiştir(121). Bu sonuçlar, DEHB olan çocukların ve ergenlerin daha çok akran zorbalığına karşıabileceğini göstermektedir(122).



3. AMAÇ

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi bünyesinde gerçekleştirilecek olan bu çalışma, EÜTF Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.'nin yürüteceği bir çalışma olarak tasarlanmıştır. Bu çalışmada; 14-19 yaş grubu Madde Kullanım Bozukluğu tanılı olgular, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan olgular, Madde Kullanım Bozukluğu ve DEHB birlikteliği olan olguların yürütücü işlevler, çocukluk çağı travmaları ve akran zorbalığı açısından değerlendirilip, olgu gruplarının kendi aralarında ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Madde Kullanım Bozukluğu , Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Madde Kullanım Bozukluğu ve DEHB birlikteliği olan olgular ile sağlıklı kontrol grubu olgularının yürütücü işlevler, çocukluk çağı örselenmeleri ve akran zorbalığı açısından karşılaştırılması sağlanarak, literatürde çocuk ve ergen bağımlılığında bu özellikleri bir arada değerlendiren ilk çalışma olarak, çocuk ve ergen bağımlılığı literatürüne katkı sağlanması amaçlanmıştır.

4. HİPOTEZLER

- 1- MKB, MKB+DEHB, DEHB grubunun yürütücü işlevleri, kontrol grubunun yürütücü işlevlerinden daha kötüdür.
- 2- MKB+DEHB grubunun yürütücü işlevleri, yalnızca MKB ve yalnızca DEHB grubunun yürütücü işlevlerinden daha kötüdür.
- 3- MKB, MKB+DEHB grubunun çocukluk çağı örselenmesine uğrama durumları kontrol grubuna göre daha fazladır.
- 4- MKB+DEHB grubunun çocukluk çağı örselenmesine uğrama durumları yalnızca MKB ve yalnızca DEHB grubuna göre daha fazladır.
- 5- MKB, MKB+DEHB grubunun akran zorbalığına uğrama(kurban olma durumu) ve akran zorbalığına uğratma (zorbalık durumu) durumları kontrol grubuna göre daha fazladır.
- 6- MKB+DEHB grubunun akran zorbalığına uğrama(kurban olma durumu) ve akran zorbalığına uğratma (zorbalık durumu) durumları yalnızca MKB ve yalnızca DEHB grubuna göre daha fazladır.
- 7- Tüm hasta gruplarında (MKB, DEHB ve MKB+DEHB); akran zorbalığı açısından riskli olan olguların akran zorbalığı açısından düşük riskli olan olgulara göre yürütücü işlevleri daha kötüdür.

5.GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi:

Araştırmamız; Madde Kullanım Bozukluğu , Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Madde Kullanım Bozukluğu ve DEHB birlikteliği olan olgular ile sağlıklı kontrol grubu olgularının yürütücü işlevler, çocukluk çağı örselenmeleri ve akran zorbalığı açısından karşılaştırılması sağlanarak, grupların yürütücü işlevlerinde bozulma olup olmadığının belirlenmesi, grupların çocukluk çağı örselenmeleri ve akran zorbalığına uğrama durumlarının belirlenmesi ve bulguların sağlıklı kontrol olguları ile karşılaştırılmasına yönelik yapılan kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışmadır.

5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı:

Araştırmamız, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında (EÜTF ÇERSH ABD) Ekim 2016 - Ekim 2017 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmaya başlanmadan önce Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 03.10.2016 tarih ve 16-9/8 nolu etik kurul kararı ile etik onay alınmıştır.

5.3. Araştırmanın Evreni:

Araştırmamızın evreni, EÜTF ÇERSH ABD Ergen Bağımlılığı Polikliniği'nde (EGEBAM) Madde kullanım bozukluğu(MKB) tanısı konmuş olgular, EGEBAM'da takipli olan MKB ve DEHB tanısı alan olgular, EÜTF ÇERSH ABD polikliniğinde takipli DEHB tanısı olan ve ek psikiyatrik tanısı olmayan 14-19 yaş arası olgular ile herhangi bir psikiyatrik ya da tıbbi hastalığı olmayan ve hasta gruplarına benzer sosyodemografik özelliklere sahip sağlıklı kontrol olgulardan oluşmaktadır.

5.4. Araştırmanın Örnekleme:

Araştırmamızın örneklemini, EÜTF ÇERESH ABD EGEBAM Polikliniği'ne başvuran, 14-19 yaş arası 60 madde kullanım bozukluğu olgusu, EÜTF ÇERESH ABD polikliniğinde takipli 14-19 yaş arası 31DEHB olgusu ve hasta gruplarına benzer sosyodemografik özelliklere sahip 33 sağlıklı kontrol olgusu oluşturmaktadır. 60 madde kullanım bozukluğu olgularının 30'u aynı zamanda DEHB tanı kriterlerini de karşılamaktadır.

5.5. Örneklemin Seçimi:

5.5.1 Madde Kullanım Bozukluğu Grubunun Oluşturulması:

Madde kullanım bozukluğu (MKB) grubu, EÜTF ÇERESH ABD EGEBAM polikliniğinde izlenen ya da ilk başvurusunu yapmış, Madde Kullanım Bozukluğu tanısı alan ve en az 2 madde için kullanım bozukluğu tanı kriterlerini karşılayan, ek herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı olmayan, 14-19 yaş arası 30 olgu ile oluşturulmuştur. Madde Kullanım Bozukluğu'na yönelik tanı değerlendirmesi ilk olarak çocuk psikiyatrisi asistanı Dr. Ayşe Nur AYDIN tarafından, DSM-5 kriterlerine uyarak gerçekleştirilmiştir. Ardından çocuk psikiyatrisi öğretim üyesi Prof. Dr. Zeki Yüncü tarafından ikinci bir görüşme ile hasta tekrar değerlendirilmiş ve ortak konsensus ile tanı konulmuştur. DSM-5 kriterlerine en az 2 madde için madde kullanım bozukluğu tanısını karşılayan olgular çalışmaya alınmıştır. Eşlik eden psikiyatrik bozukluklar Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlaması (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime Version, K-SADS-PL) ile değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucunda; tanı ölçütlerini karşılayan, psikotik bozukluk, duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu gibi eşlik eden psikiyatrik hastalıkları olan olgular çalışmaya dâhil edilmemiştir. Yalnızca DEHB birlikteliği olan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Eşik altı psikiyatrik bulgular eşlik etmesi durumunda hastaya Genel Değerlendirme Ölçeği (Global Assessment Scale/GAS) uygulanmış, 60 ve üzerinde puan alanlar çalışmaya dahil edilmiştir.

Madde Kullanım Bozukluğu Grubu İçin Çalışmaya Alınma Ölçütleri:

1. 14-19 yaş grubunda olmak
2. DSM 5 tanı ölçütlerine göre madde kullanım bozukluğu tanısı almış olmak ve madde etkisinde olmamak
3. Çalışmaya katılmakta gönüllü olmak
4. Ebeveynler tarafından onam formunun okunarak imzalanması
5. Klinik olarak normal zeka düzeyine sahip olmak
6. K-SADS-PL'a göre Madde Kullanım Bozukluğu'na eşlik eden psikopatoloji saptanmaması veya GAS puanının 60'tan yüksek olması
7. Okur yazar olmak

Madde Kullanım Bozukluğu Grubu İçin Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri:

1. 14 yaşından küçük, 19 yaşından büyük yaş grubunda olmak
2. Herhangi bir nedenle çalışmaya gönüllü olunmaması
3. K-SADS'a göre eşlik eden çalışmayı engelleyecek düzeyde psikopatolojilerinin saptanması veya GAS puanının 60'tan düşük olması
4. Çalışmadan çıkma isteği
5. Klinik olarak normal zekâ düzeyinde olmamak, sorulan soruları anlamayacak ve verilen komutları yerine getirmeyecek bir zekâ düzeyinde olmak, okuma yazması olmamak
6. DEHB'nin olması
7. Bilinen nörolojik hastalık, kronik bedensel hastalığın olması
8. Görme ve işitme kusuru olması
9. Madde etkisinde olmak

5.5.2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Grubunun Oluşturulması:

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) grubu, EÜTF ÇERSH ABD polikliniğinde izlenen DEHB tanısı alan, ek herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı olmayan, 14-19 yaş arası 30 olgu ile oluşturulmuştur. DEHB' ye yönelik tanı değerlendirmesi ilk olarak çocuk psikiyatrisi asistanı Dr. Ayşe Nur AYDIN tarafından, DSM-5 kriterlerine uyarak gerçekleştirilmiştir. Ardından çocuk

psikiyatrisi öğretim üyesi Prof. Dr. Zeki Yüncü tarafından ikinci bir görüşme ile hasta tekrar değerlendirilmiş ve ortak konsensus ile tanı konulmuştur. DSM-5 kriterlerine göre DEHB tanısını karşılayan olgular çalışmaya alınmıştır. Eşlik eden psikiyatrik bozukluklar Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlaması (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime Version, K-SADS-PL) ile değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucunda; tanı ölçütlerini karşılayan, psikotik bozukluk, duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu gibi eşlik eden psikiyatrik hastalıkları olan olgular çalışmaya dâhil edilmemiştir. Eşik altı psikiyatrik bulgular eşlik etmesi durumunda hastaya Genel Değerlendirme Ölçeği (Global Assessment Scale/GAS) uygulanmış ve 60 ve üzerinde puan alanlar çalışmaya dahil edilmiştir.

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Grubu İçin Çalışmaya Alınma Ölçütleri:

1. 14-19 yaş grubunda olmak
2. DSM 5 tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı almış olmak ve madde etkisinde olmamak
3. Çalışmaya katılmakta gönüllü olmak
4. Ebeveynler tarafından onam formunun okunarak imzalanması
5. Klinik olarak normal zeka düzeyine sahip olmak
6. Madde Kullanım Bozukluğu Tanısı olmaması
7. Okur yazar olmak
8. K-SADS-PL'a göre herhangi bir psikopatoloji saptanmaması ve GAS puanınının 60'tan yüksek olması

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Grubu İçin Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri:

1. 14 yaşından küçük, 19 yaşından büyük yaş grubunda olmak
2. Herhangi bir nedenle çalışmaya gönüllü olunmaması
3. K-SADS'a göre eşlik eden çalışmayı engelleyecek düzeyde psikopatolojilerininin saptanması veya GAS puanınının 60'tan düşük olması

4. Çalışmadan çıkma isteği
5. Klinik olarak normal zekâ düzeyinde olmamak, sorulan soruları anlamayacak ve verilen komutları yerine getirmeyecek bir zekâ düzeyinde olmak, okuma yazması olmamak
6. DEHB'nin olmaması
7. Bilinen nörolojik hastalık, kronik bedensel hastalığın olması
8. Görme ve işitme kusuru olması
9. Madde etkisinde olmak

5.5.3. Madde Kullanım Bozukluğuna Komorbid DEHB Grubunun Oluşturulması

Madde kullanım bozukluğuna komorbid DEHB (MKB+ DEHB) grubu, EÜTF ÇERESH ABD EGEBAAM polikliniğinde izlenen ya da ilk başvurusunu yapmış, Madde Kullanım Bozukluğuna ek olarak DEHB tanısı alan ve en az 2 madde için kullanım bozukluğu tanı kriterlerini karşılayan, ek herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı olmayan, 14-19 yaş arası 31 olgu ile oluşturulmuştur. Madde Kullanım Bozukluğu'na ek olarak DEHB'ye yönelik tanı değerlendirmesi ilk olarak çocuk psikiyatrisi asistanı Dr. Ayşe Nur AYDIN tarafından, DSM-5 kriterlerine uyarak gerçekleştirilmiştir. Ardından çocuk psikiyatrisi öğretim üyesi Prof. Dr. Zeki Yüncü tarafından ikinci bir görüşme ile hasta tekrar değerlendirilmiş ve ortak konsensus ile tanı konulmuştur. DSM-5 kriterlerine en az 2 madde için madde kullanım bozukluğuna ek olarak DEHB tanısını karşılayan olgular çalışmaya alınmıştır. Eşlik eden psikiyatrik bozukluklar Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlaması (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime Version, K-SADS-PL) ile değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucunda; tanı ölçütlerini karşılayan, psikotik bozukluk, duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu gibi eşlik eden psikiyatrik hastalıkları olan olgular çalışmaya dâhil edilmemiştir. Yalnızca DEHB birlikteliği olan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Eşik altı psikiyatrik bulgular eşlik etmesi durumunda hastaya Genel Değerlendirme Ölçeği (Global Assessment Scale/GAS) uygulanmış, 60 ve üzerinde puan alanlar çalışmaya dahil edilmiştir.

Madde Kullanım Bozukluğuna Komorbid DEHB Grubu İçin alışmaya Alınma Ölçütleri:

1. 14-19 yaş grubunda olmak
2. DSM 5 tanı ölçütlerine göre madde bağımlılığı ve DEHB tanısı almış olmak ve madde etkisinde olmamak
3. Çalışmaya katılmakta gönüllü olmak
4. Ebeveynler tarafından onam formunun okunarak imzalanması
5. Klinik olarak normal zeka düzeyine sahip olmak
6. K-SADS-PL'a göre Madde Kullanım Bozukluğu'na Komorbid DEHB dışında eşlik eden psikopatoloji saptanmaması veya GAS puanının 60'tan yüksek olması
7. Okur yazar olmak

Madde Kullanım Bozukluğu Grubu İçin alışmadan Dışlanma Ölçütleri:

1. 14 yaşından küçük, 19 yaşından büyük yaş grubunda olmak
2. Herhangi bir nedenle çalışmaya gönüllü olunmaması
3. K-SADS'a göre DEHB dışında eşlik eden çalışmayı engelleyecek düzeyde psikopatolojilerinin saptanması veya GAS puanının 60'tan yüksek olması
4. Çalışmadan ıkma isteği
5. Klinik olarak normal zekâ düzeyinde olmamak, sorulan soruları anlamayacak ve verilen komutları yerine getirmeyecek bir zekâ düzeyinde olmak, okuma yazması olmaması
6. Bilinen nörolojik hastalık, kronik bedensel hastalığın olması
7. Görme ve işitme kusuru olması
8. Madde etkisinde olmak

5.5.4. Kontrol Grubunun Oluşturulması:

Kontrol grubu, herhangi bir psikiyatrik ya da nörolojik rahatsızlığı olmayan 14-19 yaş arası sağlıklı gönüllülerden, yaş, cinsiyet, sigara içme durumu ve eğitim durumları eşlenerek seçilen 33 olgu ile oluşturulmuştur.

Kontrol Grubu İçin Çalışmaya Alınma Ölçütleri:

1. 14-19 yaş grubunda olmak
2. Çalışmaya katılmakta gönüllü olmak
3. Eşlik eden psikiyatrik rahatsızlığın olmaması
4. Eşlik eden nörolojik hastalık, kronik bedensel hastalığın olmaması
5. Klinik olarak normal zekâ düzeyinde olmak
6. Ebeveyn tarafından onam formunun okunup imzalanması
7. Okur yazar olmak

Kontrol Grubu İçin Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri:

1. 14 yaşından küçük, 19 yaşından büyük yaş grubunda olmak
2. Herhangi bir nedenle çalışmaya gönüllü olunmaması
3. Klinik olarak normal zekâ düzeyinde olmamak
4. K-SADS'a göre eşlik eden çalışmayı engelleyecek düzeyde psikopatolojilerinin saptanması
5. Çalışmadan çıkma isteği
6. Görme ve işitme kusuru olması, sorulan soruları anlamayacak ve verilen komutları yerine getirmeyecek bir zekâ düzeyinde olmak, okuma yazması olmamak
7. Eşlik eden nörolojik hastalık ya da kronik bedensel hastalığın olması

5.6. Değerlendirmede Kullanılacak Araçlar

5.6.1. Sosyodemografik Veri Formu:

Araştırmacılar tarafından oluşturulmuş, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, aile tipi, sosyoekonomik düzey, yaşadığı yer, ebeveynlerin durumu, özgeçmiş ve soy geçmiş bilgilerini almaya yönelik bilgi formudur.

5.6.2. Beck Depresyon Ölçeği:

Ölçek, Beck tarafından geliştirilmiş ve daha sonra modifiye edilmiştir. Beck Depresyon Ölçeği'nin Türkçe uyarlaması 1984'te Hisli ve Erten tarafından; geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli tarafından yapılmış ve Türk toplumunda kullanımı uygun bulunmuştur. Test 21 tanımlayıcı cümle ile depresif semptomları sorgulamaktadır. Bir öz bildirim ölçeğidir. Her sorunun ağırlık dereceleri 0'dan 3'e kadar değişen dörder cevap seçeneği vardır. Kesme puanı 17 olarak bulunan bu ölçeğe göre, bu puanın üzerinde alanlar klinik depresyon açısından risk altında olarak değerlendirilmiştir.

Elde edilen puanlar 0 ile 63 arasında değişmekte olup, toplam değer 9 ve daha az ise "depresyon yok", 10–16 ise hafif", 17–23 ise "orta", 24 ve daha fazla ise "şiddetli depresyon" olarak değerlendirilir.

5.6.3. Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış bozuklukları için DSM-IV'e dayalı tarama ve değerlendirme ölçeği:

Ölçek, Dr. Atilla Turgay ve arkadaşları tarafından 1995 yılında geliştirilmiş olup, DSM-IV ölçütlerine göre geliştirilen, dikkat eksikliğini sorgulayan dokuz, aşırı hareketliliği sorgulayan altı, impulsiviteyi sorgulayan üç, KOKGB'nu sorgulayan sekiz ve DB'nu sorgulayan on beş maddeden oluşmaktadır. Her üç bölümde de semptomların şiddeti ve sıklığı, 'hemen hemen hiç' , 'biraz ya da bazen', 'sıklıkla' ve 'çok fazla' olarak gruplandırılmış ve sırası ile '0', '1', '2', '3' olarak puanlandırılmıştır. Çalışmamızda ölçek değerlendirilirken '0 ve 1' puanlar negatif (yok), '2 ve 3' puanlar ise pozitif (var) olarak Kabul edilmiştir. DSM-IV tanı ölçütlerine göre I. bölümde 'var' olduğu kabul edilen ölçüt sayısı 6 ve üzerinde ise 'dikkat eksikliğinin ön planda olduğu' II. Bölümde ise 'var' olan semptom sayısı 6 ve üzerinde ise 'aşırı hareketlilik ve dürtüsellik ön planda olduğu', I. ve II. bölümdeki toplam semptom sayısı 12 ve üzerinde ise 'bileşik tip DEHB' olarak adlandırılmıştır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2001 de Ercan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.

5.6.4.Kiddie –SADS-Present and Lifetime version (KSADS-PL)

Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam boyu Şekli Türkçe uyarlaması- KSADS-PL(Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children, Present and Lifetime Version, K-SADS-PL) (132). KSADS-PLçocuk ve ergenlerde şimdiki ve yaşam boyu olan psikopatolojileri saptamak amacıyla kullanılan yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. Form üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde çocuğun demografik özellikleri, genel sağlık durumu, varsa daha önceki psikiyatri başvurusu ve tedavisi, aile ve akran ilişkileri, okul bilgileri gibi genel bilgiler sorgulanır. İkinci bölüm özgül psikiyatrik belirtilerin sorgulandığı tarayıcı sorular ve değerlendirme ölçütlerini içermektedir. Tarama görüşmesi ile pozitif belirtiler varsa o psikopatolojiyi daha iyi değerlendirmek amacıyla ek belirti listesi sorgulanmaktadır. Belirtilerin varlığına ve şiddetine çocuğun ya da ergenin, anne babanın ve klinisyenin görüşleri birleştirilerek karar verilmektedir. KSADS-PLile duygu durum bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, dışa atım bozuklukları, yıkıcı davranım bozuklukları, madde kötüye kullanımı, yeme bozuklukları ve tik bozuklukları değerlendirilebilmektedir. Üçüncü bölüm çocuğun değerlendirme yapıldığı zamanda işlev düzeyini belirlemek amacıyla kullanılan genel değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin Türk örneklemini için geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (123).

5.6.5. Genel Değerlendirme Ölçeği (Global Assessment Scale / GAS):

GAS hastalık belirtileri, sosyal ve mesleki işlevler ve sorunlarla baş edebilme gibi değişkenleri kullanarak hastanın genel iyilik ve işlevselliğinin değerlendirildiği bir ölçektir (124). Duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesini (SADS) geliştiren ekip tarafından geliştirilen GAS'ta (124) hastaya yukarıda bahsedilen özellikler dikkate alınarak 100 üzerinden puan verilir (0'dan 100'e kadar). Yüksek puanlar iyi genel durum ve işlev düzeyini göstermektedir.

5.6.6. Genel Klinik İzlenim Ölçeği-Şiddet (Clinic Global İmpression Scala-Severity / CGI-S):

Genel klinik görünümün bir değerlendirmesi olup olguların yıkıcı, engellenemeyen davranışları ve stereotipik hareketlerinin ağırlığı esas alınmaktadır. Görüşme sırasında klinik izlenime ek olarak ailenin gözlemleri doğrultusunda klinisyen tarafından değerlendirilir. Görüşmeyi yapan klinisyen tarafından verilen değerler; 1 ila 7 arasında değişir. Skorlar: 1=Normal, hasta değil 2=Hastalık sınırında 3=Hafif düzeyde hasta 4=Orta düzeyde hasta 5=Belirgin düzeyde hasta 6=Ağır hasta 7=Çok ağır hasta olarak nitelendirilir.

5.6.7.Yürütücü İşlevleri Değerlendirmede Kullanılan Test ve Ölçekler

5.6.7.1. Wisconsin Kart Eşleme Testi

Wisconsin Kart Eşleme Testinin (WKET) ilk şekli Berg tarafından 1948 yılında geliştirilmiş, teste son şeklini Heaton (1981) vermiştir(125). Heaton ve arkadaşları tarafından, 1993'te, WKET'nin geliştirilmiş ve genişletilmiş yeni El Kitabı hazırlanmıştır.

WKET BİLNOT Bataryaları kapsamındadır ve testin Türkçe uyarlaması Karakaş ve arkadaşları tarafından 1998'de yapılmıştır. Karmaşık (yönetici) dikkat, özellik belirleme, perseverasyon, çalışma belleği, yönetici işlevler, kavramsallaştırma ve soyut düşünme gibi bilişsel süreçleri ölçtüğü ve bir frontal lob testi olduğu düşünülmektedir.

Aşağıda sıralanan özelliklerle ilişkilendirilmiştir:

1. Dikkat
2. Özellik belirleme (kritik özelliklerin ayırt edilmesi; bir uyarıcılar dizisindeki ortak özelliklerin çıkarılması, sınıflanması ve bellekte kavramsal olarak özümsemekle kodlanması)
3. Perseverasyon (yanlış olduğu yönünde verilen geri bildirimle rağmen önceki tepki eğilimini sürdürmede ısrar etme)

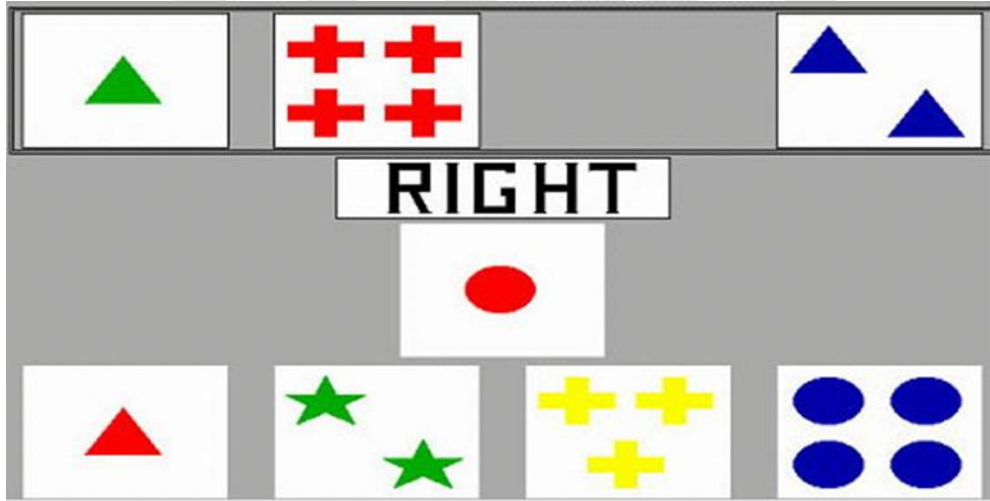
4. Çalışma belleği
5. Yönetici işlevler
6. Kavramsallaştırma (bir kavramı temsil eden özelliklerin soyutlanması)
7. Soyut düşünme (mantık kuralları çerçevesinde düşünme, problem çözme ve sonuçlara varma)

Her biri farklı renk ve sayıda dört şekilden biri olan dört uyaran kartı, hastanın önünde yatay olarak sıraya dizilir. Kullanılan şekiller artı, daire, yıldız ve üçgen; şekillerin miktarı bir, iki, üç ve dört; şekillerin renkleri ise kırmızı, mavi, yeşil ve sarıdır. Katılımcıdan destedeki her bir Tepki kartını, doğru olduğunu düşündüğü kart ile eşlemesi istenir. Eşleme kategorileri renk, şekil, miktar, renk, şekil, miktar sırası ile gelmekte ve aynı kategoride art arda 10 doğru eşleme yapılırsa bir sonraki kategoriye geçilir. Her eşlemeden sonra deneğe tepkisinin doğru ya da yanlış olduğu söylenir ancak, eşleme kategorisinin ne olduğu hakkında bilgilendirilme yapılmaz. Katılımcı 6 kez kategori tamamlarsa ya da kartlar biterse teste son verilir.

WKET'nde 13 puan hesaplanmaktadır: Toplam yanlış sayısı(WKET 2) ve toplam doğru sayısı(WKET 3), sırasıyla, doğru eşlemenin yapılmadığı ve doğru eşlemenin yapıldığı kartların toplamından oluşmaktadır. Bu iki değer toplamı tepki sayısını (WKET 1) vermektedir. Tamamlanan kategori sayısı(WKET 4), art arda 10 kez doğru tepkinin verildiği kategorilerin toplamını ifade etmektedir. Yineleyici tepki sayısı (WKET 5), ardışık 10 doğru tepkiden sonra da bir önceki kategori için doğru olan eşleme ilkesine göre veya birey tarafından geliştirilmiş bir yineleme ilkesine göre yinelenen tepkilerin toplamından oluşmaktadır. Yineleyici hata sayısı (WKET 6), yineleyici olan tepkilerden aynı zamanda da yanlış olanlarıdır. Yineleyici olmayan hata sayısı (WKET 7), toplam hata sayısından yineleyici hata sayısı çıkarılarak elde edilmektedir. Toplam yineleyici hata sayısının testteki toplam tepki sayısına bölünüp 100 ile çarpılması, yineleyici hata yüzdesini (WKET 8) vermektedir. İlk kategoriye ilişkin tepkilerin toplamı, ilk kategoriye tamamlamada kullanılan tepki sayısını (WKET 9) oluşturmaktadır. Kavramsal düzey tepki sayısı (WKET 10), en az üç tanesi birbirini izleyen doğru tepkilerin toplamı; bunun toplam cevap sayısına bölünerek 100 ile çarpılması ise kavramsal düzey tepki yüzdesini

(WKET 11) oluşturmaktadır. Deneğin art arda 5–9 tepki verdiği ancak ardışık 10 doğru tekrar ölçütüne ulaşamadığı tepki bloklarının sayısı, kurulumu sürdürmede başarısızlık puanını(WKET 12) vermektedir. En az üç kategoriye tamamlayan katılımcılarda hesaplanan öğrenmeyi öğrenme puanı(WKET 13) için, her bir kategorideki hata yüzdesinden bir sonraki kategorinin hata yüzdesi çıkarılarak fark puanları hesaplanmakta, fark puanlarının ortalaması, öğrenmeyi öğrenme puanını oluşturmaktadır (125–127).

Bu araştırmada WKET'nin bilgisayar ortamında hazırlanmış özel program formatı kullanılarak uygulanmıştır. WKET puanlarından, toplam doğru sayısı (WKET 3), toplam yanlış sayısı (WKET 2), yineleyici tepki sayısı (WKET 5), yineleyici yanlış sayısı (WKET 6), yineleyici olmayan yanlış sayısı (WKET 7), yineleyici yanlış yüzdesi (WKET 8), ilk kategoriye tamamlamak için kullanılan tepki sayısı (WKET 9), kavramsal düzey tepki yüzdesi (WKET 11) kullanılmıştır.



Şekil 1. Wisconsin Kart Eşleme Testi Bilgisayarlı Versiyon

5.6.7.2.Yönetici İşlev Davranışlarını Derecelendirme Ölçeği (Behavioral Rating Inventory of Executive Functions: BRIEF)

Gioia ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş(57,128–130), Erdoğan Bakar ve arkadaşları (131) tarafından yapılan çalışmada, ölçeğin Türk kültüründeki geçerliği

araştırılmıştır. BRIEF'in Türk kültüründeki psikometrik özellikleri Karakaş ve Doğutepe Dinçer (132,133)'de ayrıntılı olarak sunulmuştur. BRIEF çocuklarda yönetici işlevleri; günlük hayattaki karmaşık problem çözme becerileri ve uyumsal davranışlar temelinde değerlendirilen bir ölçektir. BRIEF'in yüksek ekolojik değeri olduğu kabul edilmektedir. BRIEF'te değerlendirmeler ebeveyn (BRIEF-E) ve ayrıca sınıf öğretmeni (BRIEF-Ö) tarafından ayrı ayrı yapılmaktadır (132).

5.6.8. İmpulsivite İle İlgili Testler:

The Single Key Dürtüsellik Paradigması (SKIP):

Single-Key Dürtüsellik Paradigması (Single-Key Impulsivity Paradigm; SKIP) Ödül erteleme dürtüsellliğini ölçmek için kullanılmıştır. SKIP ödül için operant cevap paternini ölçen bir araçtır.

Bu paradigma, gecikmiş ödüle toleransı değerlendiren bir yöntemdir (134). Bu paradigmanda çok sayıdaki cevap; ödül için cevabı ertelemeye eksiklik olduğunu ifade etmektedir. Katılımcı ödül için istediği sıklıkta cevap vermekte özgürdür ve ödülün büyüklüğü birbirini izleyen cevaplar arasındaki uzunluk ile ilişkilidir. Cevaplar arasında ne kadar uzun beklenirse o kadar büyük ödül elde edilmektedir. Test 20 dakika içinde cevap sayısına bakmaksızın sona ermektedir. Bu paradigmanda araştırmacılar, katılımcıların ödüle-yöneltilen cevap örüntülerini, hız ve oranlarını inceleyerek katılımcıların ödül tercihleri hakkında bilgi sahibi olmaktadır. Çok sayıdaki cevap; ödül için cevabı ertelemeye eksiklik olduğunu ifade etmektedir. Yaptığımız çalışmada olgulara 20 dakika süre verilmiş, bu 20 dakika içinde zamanı gösteren herhangi bir araç görmemeleri sağlanmıştır. Olgulara test öncesinde testin 20 dakika süreceği her tıklama arasında ne kadar uzun süre beklerlerse toplamda o kadar çok puan alacakları konusunda bilgilendirme yapılmıştır. Çalışmamızda en uzun bekleme süresi ve toplam cevap sayısı parametreleri kullanılmıştır.



Şekil 2. The Single Key Dürtüsellik Paradigması (SKIP)

5.6.9. Çocukluk çağı travmaları ölçeği (CTQ - 28)

Özgün biçimi 1995 yılında David P. Bernstein tarafından geliştirilmiş olan bu ölçek yazarından izin alınarak 1996 yılında Prof. Dr. Vedat Şar tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Beşli likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Çocuklukta duygusal, fiziksel ve cinsel istismar ile fiziksel ve duygusal ihmali değerlendiren sorular içerir. Ayrıca aldatıcı özellikte olan, üç tane minimizasyon sorusunu da kapsamaktadır. Bu sorular, sonuçların daha doğru olarak değerlendirilmesi amacıyla dahil edilmiştir. Yanıt seçenekleri 1) Hiçbir zaman, 2) Nadiren, 3) Zaman zaman, 4) Sıklıkla, 5) Çok sık olarak verilmektedir. Her soruya 1-5 arasında puan verilir. Ayrı ayrı travmatik yaşantı alt ölçeklerinin ve toplam puanın hesaplanmasına olanak tanır (135,136).

5.6.10. Akran Zorbalığını Belirleme Ölçeği(AZBÖ) ve Akran Zorbalığı Kurbanlarını Belirleme Ölçeği(AZKBÖ):

Akran zorbalığına uğrayan çocukları belirleyebilmek amacıyla, Mynard ve Joseph (137) tarafından geliştirilen ve Gültekin ve Sayıl'ın(138) Türkçe'ye uyarlamasını yaptığı "Akran Zorbalığı Kurbanlarını Belirleme Ölçeği" kullanılmıştır. Pekel-

Uludağlı ve Ucanok tarafından söz konusu ölçekteki tüm akran zorbalığına hedef olmayı ölçen soruların karşısına “Peki sen bu davranışları ne kadar yapıyorsun?” sorusu eklenmiş ve bu şekilde Akran Zorbalığını Belirleme leği oluşturulmuştur(97). Akran Zorbalığı Kurbanlarını Belirleme leği ile paralel olarak korkutma/sindirme, alay, açık saldırı, ilişkisel saldırı ve kişisel eşyalara saldırı olarak beş faktör belirlenmiştir.Korkutma/sindirme; şiddetin doğrudan, açık açık ve fiziksel yoldan istekli olarak ve genellikle grup halinde korkutma/sindirme amacıyla uygulandığı durumları kapsamaktadır. Alay; cocuğun fiziksel, kültürel ve psikolojik özelliklerinin kcmsenmesi ve aşağılanmasına ilişkin davranışları kapsamına almaktadır. Açık saldırı; ölçekten elde edilen bir diğer faktör olan korkutma/sindirme ile arasındaki fark, korkutma/sindirme faktöründe yer alan davranışlardaki fiziksel şiddet ögesinin açık saldırıda daha hafifletilmiş haliyle bulunmasıdır. İlişkisel saldırı; cocuğun sosyal ilişkilerinin saldırgan tarafından kasıtlı olarak bozularak zor durumda bırakıldığı davranışları içerir. Kişisel eşyalara saldırı; cocuğa ait eşyalara bilerek ve isteyerek zarar verildiği, bu eşyaların çalındığı ve/ veya el konularak sahiplenildiği durumları kapsar(138).

6. UYGULAMA

Çalışmamıza, Ege Üniversitesi Etik Kurulu'ndan onay alındıktan sonra başlanmıştır. Olgu gruplarının iki basamaklı tanı değerlendirilmesi yapıldıktan sonra, çalışmamızın katılım kriterlerini karşılayan olgulara ve ailelerine araştırmamız hakkında detaylı bilgi verilmiştir. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan olguların ailelerinden ve kendilerinden, çalışmayla ilgili ayrıntılı bilgileri içeren yazılı onam formlarını okumaları istenmiş ve sonrasında imzaları alınmıştır. Tüm olgulara, diğer komorbid tanılarının değerlendirilmesi amacıyla, deneyimli bir çocuk psikiyatristi tarafından, Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (K-SADS-PL) uygulanmıştır. Değerlendirme sonucunda; tanı ölçütlerini karşılayan, psikotik bozukluk, duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu, yıkıcı davranım bozukluğu gibi eşlik eden psikiyatrik hastalıkları olan olgular çalışmaya dahil edilmemiştir.

MKB grubu için 55 olguyla görüşme yapılmış, bu olgulardan 7'sinde depresyon eştanısı, 5'inde anksiyete bozukluğu eştanısı, 2'sinde duygudurum bozukluğu eştanısı olduğu için çalışmaya alınmamış ve 5 olgu madde etkisinde olduğu için, 6 olguda bilgisayar testlerini kabul etmediği için çalışmaya alınamamıştır. MKB grubunda toplam 30 olgu çalışmaya dahil edilmiştir. MKB+DEHB grubu için 52 olguyla görüşme yapılmış, bu olgulardan 5'inde depresyon eştanısı, 6'sında anksiyete bozukluğu eştanısı, 2 olguda psikotik bozukluk eştanısı, 3 olguda bipolar bozukluk eştanısı olması nedeniyle 5 olguda bilgisayar testlerini kabul etmediği için çalışmaya alınamamıştır. MKB+DEHB grubunda toplam 31 olgu çalışmaya dahil edilmiştir. DEHB grubu için 41 olgu ile görüşme yapılmış, bu olgulardan 5'inde depresyon eştanısı, 2'sinde panik bozukluk eştanısı, 3'ünde sınır mental kapasite olması nedeniyle, 1 olguda bilgisayar testlerini kabul etmediği için çalışmaya alınamamıştır. DEHB grubunda toplam 30 olgu çalışmaya dahil edilmiştir.

Olguların eşlik eden eşik altı psikiyatrik bulgularının olması durumunda, bu bulguların hastanın işlevselliğini ne derecede etkilediğini değerlendirmek amacıyla GAS kullanılmıştır. Tanı kriterlerini karşılamayacak düzeyde eşik altı psikiyatrik

belirtileri olan bu olgular GAS puanına göre değerlendirilmişler, GAS puanı 60 ve üzeri olan olgular çalışmaya dahil edilmişlerdir. GAS çalışmamızda, eşlik eden psikiyatrik bulguların hastanın işlevselliğini ne ölçüde etkilediğini değerlendirmek, çalışmanın işleme ve dışlama kriterlerini karşılayabilme konularında araştırmacılara yardımcı olması için kullanılmıştır. Tüm hastaların zeka düzeyleri olgulardan ve olgularla görüşmeye beraber gelen yakınlarından detaylı gelişim ve akademik öyküsü alındıktan sonra klinik olarak değerlendirilmiştir. Sorulan soruları anlamayacak ve verilen komutları yerine getirmeyecek bir zeka düzeyinde olan, okuma yazması olmayan, ilk okulda akademik başarısızlık nedeniyle sınıf kaybı yaşayan, okuma yazmayı 1. Sınıfta öğrenemeyen vakalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Öyküye ve klinik görüşmeye göre normal zeka düzeyinde olduğu düşünülen olgular çalışmaya alınmıştır. Sonrasında, çalışmaya alınan tüm olgulara; yaş, cinsiyet, okul, aile, sigara, alkol ve madde kullanım özelliklerini sorgulayan sosyodemografik veri formu uygulanmıştır. Olguların depresif belirti düzeyini belirlemeye yönelik Beck Depresyon Ölçeği, dikkat eksikliği ve hiperkativite-impulsivite belirti düzeylerine yönelik ise Turgay Ölçeği kullanılmıştır. Madde Kullanım Bozukluğu tanısı DSM 5 kriterlerine göre koyulmuştur. Yürütücü işlevlerin değerlendirmesinde; Wisconsin Kart Eşleme Testi (bilgisayar versiyonu) ve Yönetici İşlev Davranışlarını Derecelendirme Ölçeği (Behavioral Rating Inventory of Executive Functions: BRIEF) Anne-Baba ve eğer olgu okula devam ediyorsa Öğretmen Formları doldurtulmuştur. Çocukluk Çağı Örselenmelerinin değerlendirilmesinde Çocukluk çağı travmaları ölçeği (CTQ -28), Akran Zorbalığının değerlendirilmesinde ise Akran Zorbalığını Belirleme Ölçeği (AZBÖ) ve Akran Zorbalığı Kurbanlarını Belirleme Ölçeği (AZKBÖ) kullanılmıştır. Dürtüselliğin değerlendirilmesinde; The Single Key Dürtüsellik Paradigması (SKIP) kullanılmıştır. Uyguladığımız testler yaklaşık olarak 1.5 saat sürmüştür.

Sağlıklı kontrol grubu, hasta gruplarının yaş ve cinsiyet dağılımları göz önüne alınarak seçilmiştir. Sağlıklı kontrol grubu için toplamda 43 ergenle görüşme yapılmış, bu ergenlerden 5 olguda DEHB saptanması, 3 olguda depresyon saptanması, 2 olguda anksiyete bozukluğu saptanması nedeniyle çalışmaya alınmamıştır. Bu ergenler çocuk psikiyatrisi polikliniğine yönlendirilmiştir. Sonuç

olarak görüŖülen 43 olgudan 33' ü sağlıklı kontrol grubu için alıŖmaya alınmıŖtır. Olgulara ve ailelerine alıŖmamız ayrıntılı olarak anlatılmıŖtır. Katılmaya gönüllü olan ailelerden ve ocuk/gençlerden yazılı onam formu alınmıŖtır. Olgu grubuna uygulanan değerlendirmelerin hepsi sağlıklı kontrol grubuna da uygulanmıŖtır.



7.VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Analizler SPSS 21.0 (The Statistical Package for Social Sciences) paket programı kullanılarak yapılmıştır. Araştırmada elde edilen veriler, SPSS programında oluşturulan veri tabanına girilmiştir. Sürekli değişkenlere ait; ortalama, standart sapma, medyan değerleri sunulmuştur. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testiyle incelenmiştir. Normal dağılım gösteren bağımsız grupların, ikili karşılaştırmalarında bağımsız t-testi, ikiden çok grup karşılaştırmada tek yönlü varyans analizi ANOVA yöntemi kullanılmıştır. Post hoc testlerde varyanslar homojense Tukey, varyanslar homojen değilse Dunnett T3 kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen bağımsız grupların karşılaştırmalarında Kruskal-Wallis test yöntemleri kullanılmıştır. Post hoc karşılaştırmalar için Bonferroni düzeltmeli Dunn testi yapılmıştır. Kategorik değişkenler çapraz tablolar halinde sunulmuştur ve Ki-kare test yöntemi ile analiz yapılmıştır. Tüm istatistiksel karşılaştırma testlerinde 1. tip hata payı $\alpha=0,05$ olarak belirlenmiştir. "*p*" değerinin 0.05'ten küçük olması durumunda gruplar arası fark, istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

8. BULGULAR

8.1.Örneklemin Değerlendirilmesi

8.1.1. Olguların Tanı Gruplarına Göre Dağılımı

Çalışmamıza, 30 MKB Grubu, 31 MKB+DEHB grubu, 30 DEHB grubu ve 33 sağlıklı kontrol olmak üzere toplam 124 olgu alınmıştır.

Tablo 1. Olguların Tanı Gruplarına Göre Dağılımı

Tanı Grubu	Olgu Sayısı (n)	%
MKB grubu	30	24.2
MKB+DEHB grubu	31	25
DEHB grubu	30	24.2
Kontrol grubu	33	26.6
Toplam	124	100

8.1.2. Cinsiyet

Örneklemindeki olgular, Madde Kullanım Bozukluğu grubunda %83.3 (n=25) erkek, %16.7 (n=5) kız; MKB+DEHB grubunda %90.3 (n=28) erkek, %9.7 (n=3) kız; DEHB grubunda %86.7 (n=26) erkek, %13.3 (n=4) kız ve kontrol grubunda %84.8 (n=28) erkek, %15.2 (n=5) kız cinsiyet olarak dağılım göstermiştir. Gruplar arasında cinsiyet açısından anlamlı fark saptanmamıştır(p=0.864).

Tablo 2. Olguların Cinsiyet Özelliklerine Göre Dağılımı

Cinsiyet	MKB		MKB+ DEHB		DEHB		Kontrol		Toplam		X ²	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Kız	5	16.7	3	9.7	4	13.3	5	15.2	17	13.7	0.709	0.864
Erkek	25	83.3	28	90.3	26	86.7	28	84.8	107	86.3		

Ki-kare Testi, p<0.05

8.1.3. Yaş

Çalışmamıza, 14-19 yaş aralığında, toplam 124 olgu alınmıştır. Olguların yaş ortalaması, MKB grubunda 16.95±1.03, MKB+DEHB grubunda 16.80±1.10, DEHB grubunda 16.44±1.33, kontrol grubunda 16.83±1.06 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p= 0.214).

Tablo 3. Olguların Yaş Ortalamalarına Göre Dağılımı

	MKB	MKB+DEHB	DEHB	Kontrol	F	p
Yaş	16.95±1.03	16.80±1.10	16.44±1,33	16.83±1.06	1.517	0.214

Tek Yönlü Varyans Analizi, ANOVA

8.1.4. Anne Eğitim Düzeyi

Örnekleminizdeki olguların anne eğitim düzeyi, MKB grubunda %10.3 (n=3) okuryazar değil, %58.6 (n=17) ilkököl mezunu, %31 (n=9) ortaokul mezunu, %0 (n=0) lise mezunu, %0.0 (n=0) üniversite mezunu, MKB+DEHB grubunda %6.5(n=2) okuryazar değil, %48.4 (n=15) ilkököl mezunu, %22.6 (n=7) ortaokul

mezunu, %16.1 (n=5) lise mezunu, %6.5 (n=2) üniversite mezunu, DEHB grubunda %0 (n=0) okuryazar değil, %53.3 (n=16) ilkokul mezunu, %13.3 (n=4) ortaokul mezunu, %10.0 (n=3) lise mezunu, %23.3 (n=7) üniversite mezunu, kontrol grubunda ise %9.1(n=3) okuryazar değil, %51.5 (n=17) ilkokul mezunu, %33.3 (n=11) ortaokul mezunu, %6.1 (n=2) lise mezunu ve %0.0 (n=0) üniversite mezunu olarak dağılım göstermiştir. MKB ve MKB+DEHB grubu kendi aralarında karşılaştırıldığında anne eğitim düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0.111).

Tablo 4. Olguların Anne Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

Anne Eğitim Düzeyi	MKB		MKB+DEHB		DEHB		Kontrol		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Okuryazar değil	3	10.3	2	6.5	0	0.0	3	9.1	8	6.5
İlkokul	17	58.6	15	48.4	16	53.3	17	51.5	65	52.8
Ortaokul	9	31	7	22.6	4	13.3	11	33.3	31	25.2
Lise	0	0.0	5	16.1	3	10.0	2	6.1	10	8.1
Üniversite	0	0.0	2	6.5	7	23.3	0	0.0	9	7.3

8.1.5. Baba Eğitim Düzeyi

Örnekleminizdeki olguların baba eğitim düzeyi, MKB grubunda, %3.3 (n=1) okur-yazar değil, %33.3 (n=10) ilkokul mezunu, %40 (n=12) ortaokul mezunu, %20.0 (n=6) lise mezunu, %3.3 (n=1) üniversite mezunu, MKB+DEHB grubunda, %3.2 (n=1) okur-yazar değil, %61.3 (n=19) ilkokul mezunu, %16.1 (n=5) ortaokul mezunu, %6.5 (n=2) lise mezunu, %12.9 (n=4) üniversite mezunu, DEHB grubunda, %46.7 (n=14) ilkokul mezunu, %6.7 (n=2) ortaokul mezunu, %10.0 (n=3) lise mezunu, %36.7 (n=11) üniversite mezunu, kontrol grubunda ise %6.1 (n=2) okur-yazar değil, %51.5 (n=17) ilkokul mezunu, %30.3 (n=10) ortaokul mezunu, %6.1

(n=2) lise mezunu ve %6.1 (n=2) üniversite mezunu olarak dağılım göstermiştir. MKB ve MKB+DEHB grupları kıyaslandığında baba eğitim düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0.051).

Tablo 5. Olguların Baba Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

Baba Eğitim Düzeyi	MKB		MKB+DEHB		DEHB		Kontrol		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
Okur-yazar değil	1	3.3	1	3.3	0	0.0	2	6.1	4	3.2
İlkokul	10	33.3	19	61.3	14	46.7	17	51.5	60	48.4
Ortaokul	12	40.0	5	16.1	2	6.7	10	30.3	29	23.4
Lise	6	20.0	2	6.5	3	10.0	2	6.1	13	10.5
Üniversite	1	3.3	4	12.9	11	36.7	2	6.1	18	14.5

8.1.6. Aile Yapısı

Örnekleminizdeki olguların, aile yapıları; MKB grubunda %66.7 (n=20) çekirdek aile, %33.3 (n=10) parçalanmış aile, MKB+DEHB grubunda %80.6 (n=25) çekirdek aile, %19.4 (n=6) parçalanmış aile, DEHB grubunda %90.3 (n=27) çekirdek aile, %10.0 (n=3) parçalanmış aile kontrol grubunda ise %81.8(n=27) çekirdek aile, %18.2 (n=6) parçalanmış aile olarak dağılım göstermiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (**p=0.158**).

Tablo 6. Olguların Aile Yapısına Göre Dağılımı

Aile Yapısı	MKB		MKB+DEHB		DEHB		Kontrol		Toplam		X ²	P
	n	%	n	%	n	%	N	%	N	%		
Çekirdek Aile	20	66.7	25	80.6	27	90.0	27	81.8	99	79.8	5.25	0.158
Parçalanmış Aile	10	33.3	6	19.4	3	10.0	6	18.2	25	20.2		

Ki-kare Testi, $p < 0.05$

8.1.7. Sosyoekonomik Durum (SED)

Örneklem grubunun sosyoekonomik durumunu değerlendirmek amacıyla olgulara aylık gelir düzeyleri sorulmuştur. 2000 TL'nin altında aylık geliri olanlar, 2000TL ve üzerinde aylık geliri olanlar olarak 2 gruba sınıflandırılmıştır. Sosyoekonomik düzey dağılımı açısından örneklem grubu değerlendirildiğinde, %50.8'sinin (n=63) 2000TL altı, %49.2'sinin (n=61) 2000TL ve üzeri olduğu görülmüştür. Sosyoekonomik düzey dağılımı açısından MKB grubuna bakıldığında, %80.0'i (n=24) 2000TL altı, %20.0'si (n=6) 2000TL ve üzeri, MKB+DEHB grubuna bakıldığında, %66.7'si (n=20) 2000TL altı, %33.3'i (n=10) 2000TL ve üzeri, DEHB grubuna bakıldığında, %45.2'si (n=14) 2000TL altı, %54.8'i (n=17) 2000TL ve üzeri kontrol grubuna bakıldığında %15.2'i (n=5) 2000TL altı, %84.8'u (n=28) 2000TL ve üzeri olduğu görülmüştür. Sosyoekonomik düzeyler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0.000).

Tablo 7. Olguların Sosyoekonomik Düzey Açısından Karşılaştırılması

Aile Geliri	MKB		MKB+DEHB		DEHB		Kontrol		Toplam		X ²	p
	n	%	N	%	n	%	N	%	N	%		
2000TL altı	24	80.0	21	67.7	13	43.3	5	15.2	63	50.8	31.243	0.000
2000TL ve üzeri	6	20.0	10	32.3	17	56.7	28	84.8	61	49.2		

Ki-kare Testi, $p < 0.05$

8.1.8. Okul durumu

Örnekleminizdeki olguların, okul durumuna bakıldığında; MKB grubunda %90(n=27) standart okula gitmeyen, %10 (n=3) standart okula giden, MKB+DEHB grubunda %87.1 (n=27) standart okula gitmeyen, %12.9 (n=4) standart okula giden, DEHB grubunda %26.7 (n=8) okula gitmeyen, %73.3(n=22) standart okula giden, kontrol grubunda ise %90.9 (n=30) standart okula gitmeyen, %9.1 (n=3) standart okula giden olarak dağılım göstermiştir. Standart okul haftanın 5 günü eğitim öğretime devam eden okul olarak tanımlanmıştır. Açık öğretim lisesi ve haftanın 1 günü öğretim yapan çıraklık okulu standart okul olarak tanımlanmamıştır.

Tablo 8. Olguların Okul Durumuna Göre Dağılımı

Okul Durumu	MKB		MKB+DEHB		DEHB		Kontrol		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Standart Okula Giden	3	10.0	4	12.9	22	73.3	3	9.1	32	25.8
Standart Okula Gitmeyen	27	90.0	27	87.1	8	26.7	30	90.9	92	74.2

8.1.9. Sınıf Tekrarı

Örnekleminizdeki olgular, yaptıkları sınıf tekrarına göre değerlendirilmiştir. MKB grubunda %33.3 (n=10) sınıf tekrarı, MKB+DEHB grubunda %25.8 (n=8) sınıf tekrarı, DEHB grubunda %16.7 (n=5) sınıf tekrarı, kontrol grubunda ise %36.4 (n=12) sınıf tekrarı olduğu görülmüştür. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır(p=0.297).

Tablo 9. Olguların Sınıf Tekrarı Yapmalarına Göre Dağılımı

Sınıf Tekrarı	MKB		MKB+DEHB		DEHB		Kontrol		Toplam		X ²	P
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%		
Oldu	10	33.3	8	25.8	5	16.7	12	36.4	35	28.2	3.75	0.297
Olmadı	20	66.7	23	74.2	25	83.3	21	63.6	89	71.8		

Ki-kare, Testi, p<0.05

8.1.10. Sınıf Tekrarı Nedeni

Örnekleminizdeki olgular, yaptıkları sınıf tekrarının nedenine göre değerlendirilmiştir. MKB grubunda %70 (n=7) devamsızlıktan, %30.0 (n=3) notlardan, MKB+DEHB grubunda %62.5 (n=5) devamsızlıktan, %37.5 (n=3) notlardan sınıf tekrarı, DEHB grubunda %60 (n=3) devamsızlıktan, %40.0 (n=2) notlardan sınıf tekrarı, kontrol grubunda ise %66.7 (n=8) devamsızlıktan, %33.3 (n=4) notlardan sınıf tekrarı olduğu görülmüştür. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır(**p=0.978**).

Tablo 10. Olguların Sınıf Tekrarı Yapma Nedenlerine Göre Dağılımı

Sınıf Tekrarı Nedeni	MKB		MKB+DEHB		DEHB		Kontrol		Toplam		X ²	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Devamsızlıktan	7	70.0	5	62.5	3	60.0	8	66.7	23	65.7	0.197	0.978
Notlardan	3	30.0	3	37.5	2	40.0	4	33.3	12	34.3		

Ki-kare, Testi, p<0.05

8.1.11. Olguların Çalışma Durumları

Örnekleminizdeki olgular, çalışma durumuna göre değerlendirilmiştir. MKB grubunda %40.0 (n=12), MKB+DEHB grubunda %35.5 (n=11), DEHB grubunda %23.3 (n=7), kontrol grubunda ise %87.9 (n=29) çalıştığı görülmüştür. Gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı idi(**p=0.000**).MKB, MKB+DEHB, DEHB grupları arasında çalışma durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır(**p=0.364**).

Tablo 11. Olguların Çalışma Durumuna Göre Dağılımı

Çalışma Durumu	MKB grubu		MKB+DEHB		DEHB		Kontrol		Toplam		X ²	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Çalışıyor	12	40.0	11	35.5	7	23.3	29	87.9	59	47.6	31.06	0.000
Çalışmıyor	18	60.0	20	64.5	23	76.7	4	12.1	65	52.4		

Ki-kare Testi, p<0.05

8.1.12. Olguların İlaç Kullanım Durumları

Örneklemimizdeki olgular ilaç kullanım durumlarına göre de değerlendirilmiştir. MKB grubunda %73.3'ünün (n=22) düzenli ilaç kullandığı, % 20.0'sinin(n=6) ilaç kullanmadığı, % 6.7' sinin (n=2) düzensiz ilaç kullandığı ;MKB+DEHB grubunda %74.2' sinin (n=23) düzenli ilaç kullandığı, %16,1'inin (n=5) ilaç kullanmadığı, %9.7'sinin(n=3) ise düzensiz ilaç kullanımını olduğu; DEHB grubunda %63.3'ünün (n=19) düzenli ilaç kullandığı, % 36.7 (n=11) ilaç kullanmadığı; kontrol grubunda ise %100.0'ünün (n=33) düzenli ilaç kullanmadığı görülmüştür.DEHB grubu poliklinikte takipli hastalar olduğundan hastaların %63.3 'ü MTF tedavisini düzenli alan gruptu.Hasta grupları (MKB, MKB+DEHB, DEHB) ilaç kullanım durumları açısından kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0.199).

Tablo 12. Olguların İlaç Kullanımı Durumlarına Göre Karşılaştırılması

İlaç Kullanma Durumu	MKB		MKB+DEHB		DEHB		Kontrol		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Düzenli Kullanıyor	22	73.3	23	74.2	19	63.3	0	0.0	64	51.6
Kullanmıyor	6	20.0	5	16.1	11	36.7	33	100.0	55	44.4
Arada Kullanıyor	2	6.7	3	9.7	0	0.0	0	0.0	5	4.0

8.1.13. Ailede Psikiyatrik Bozukluk Öyküsü

Örnekleminizdeki olgular, anne, baba ve kardeş gibi birinci derece akrabalarında psikiyatrik bozukluk öyküsü varlığına göre değerlendirilmiştir.

Olguların annelerinde, MKB grubunda %3.4 (n=1) , MKB+DEHB grubunda %38.7 (n=12), DEHB grubunda %30.0 (n=9), kontrol grubunda ise %12.1 (n=4) oranında psikiyatrik bozukluk görülmüştür. Bu kriterler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (**p=0.001**).

Olguların babalarında, MKB grubunda %10.0 (n=3) , MKB+DEHB grubunda %12.9 (n=4), DEHB grubunda %13.3 (n=4), kontrol grubunda ise %0.0 (n=0) oranında psikiyatrik hastalık olduğu görülmüştür. Bu kriter açısından gruplar benzer bir nitelik göstermektedir(**p=0.202**). Olguların ailesindeki psikiyatrik bozukluk varlığının kardeş alt grubuna bakılırsa toplam 124 vakadan 104 vakada 1 ya da daha fazla kardeş bulunmaktadır. 20 vakanın ise tek çocuk olması nedeniyle psikiyatrik bozukluk varlığının kardeş alt grubu toplam 104 vaka olarak değerlendirilmiştir. Olguların kardeşlerinde, MKB grubunda %11.1 (n=3) , MKB+DEHB grubunda %29.6 (n=8), DEHB grubunda %25.0 (n=5), kontrol grubunda ise %3.3 (n=1) oranında psikiyatrik bozukluk olduğu görülmüştür. Gruplar kardeşlerdeki psikiyatrik hastalık varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmıştır (**p=0.021**).

Örneklemimizdeki olgular, anne, baba ve kardeş gibi birinci derece akrabaları dışında kalan akrabalarındaki psikiyatrik bozukluk öyküsü varlığına göre değerlendirilmiştir. Olguların birinci derece dışındaki akrabalarında, MKB grubunda %30.0 (n=9) , MKB+DEHB grubunda %38.7 (n=12), DEHB grubunda %26.7 (n=8), kontrol grubunda ise %36.4 (n=12) oranında psikiyatrik bozukluk görülmüştür. Bu kriter açısından gruplar benzer bir nitelik göstermektedir (**p=0.612**).

Tablo 13. Ailede Psikiyatrik Hastalık Dağılımı

Birinci Derece Akrabalarda Psikiyatrik Hastalık	MKB		MKB+DE HB		DEHB		Kontrol		Toplam		X ²	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Anne	1	3.4	12	38.7	9	30.0	4	12.1	26	21.1	14.29	0.001
Baba	3	10.0	4	12.9	4	13.3	0	0.0	11	8.9	4.62	0.202
Kardeş	3	11.1	8	29.6	5	25.0	1	3.3	17	16.3	8.83	0.021
Birinci Derece Akraba Dışı	9	30.0	12	38.7	8	26.7	12	36.4	41	33.1	16.50	0.612

Ki-kare Testi, p<0.05

8.1.14. Gruplardaki Anne Babaların Sigara ve Alkol Kullanım Durumlarının Karşılaştırılması

Örnekleminizdeki olgular, anne ve babalarında düzenli sigara ve alkol kullanımına göre değerlendirilmiştir. Olguların annelerinde düzenli sigara ve alkol kullanımını bakımından anlamlı fark saptanmamıştır. MKB ve MKB+DEHB grubundaki babaların daha yüksek oranda düzenli sigara ve alkol kullanımları olduğu saptanmıştır.

Olguların babalarında, MKB grubunda %13.3 (n=4) , MKB+DEHB grubunda %19.4 (n=6), DEHB grubunda %6.7 (n=2), kontrol grubunda ise %3.0 (n=1) oranında düzenli alkol kullanımı olduğu görülmüştür. Bu kriter açısından istatistik olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (**p=0.191**).Olguların babalarında, MKB grubunda %80 (n=24) , MKB+DEHB grubunda %80.6 (n=25), DEHB grubunda %50 (n=15), kontrol grubunda ise %69.7 (n=23) oranında düzenli sigara kullanımı olduğu görülmüştür. Bu kriter açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (**p=0.031**).

Tablo 14. Babaların Düzenli Sigara ve Alkol Kullanım Durumlarının Karşılaştırılması

	MKB grubu		MKB+DEHB		DEHB		Kontrol		Toplam		X ²	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Sigara	22	73.3	25	80.6	10	33.3	21	63.6	78	62.9	8.843	0.031
Alkol	4	13.3	6	19.4	2	6.7	1	3.0	13	10.5	8.704	0.191

Ki-kare Testi, p<0.05

8.2. Grupların Madde Kullanım Özellikleri Açısından Karşılaştırılması

8.2.1. Sigara

8.2.1.1. Sigara Kullanımı

Örnekleminizdeki olgular sigara kullanım durumları açısından incelendiğinde MKB grubunda %93.3 (n=29) düzenli sigara kullanıyor, %6.7 (n=1) sigara kullanmıyor; MKB+DEHB grubunda %90.3 (n=28) düzenli sigara kullanıyor, %9.7 (n=3) arasına sigara kullanıyor; DEHB grubunda %43.3 (n=13) düzenli sigara kullanıyor, %10.0 (n=3) arasına sigara kullanıyor, %46.7 (n=14) sigara kullanmıyor; kontrol grubunda %63.6 (n=21) düzenli sigara kullanıyor, %9.1 (n=3) arasına sigara kullanıyor, %27.3 (n=9) sigara kullanmıyor şeklindeydi.

Tablo 15. Olguların Sigara Kullanım Durumlarına Göre Dağılımı

Sigara Kullanımı	MKB		MKB+DEHB		DEHB		Kontrol		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Düzenli Kullanıyor	29	93.3	28	90.3	13	43.3	21	63.6	91	72.6
Arasına Kullanıyor	0	0.0	3	9.7	3	10.0	3	9.1	9	7.3
Kullanmıyor	1	6.7	0	0.0	14	46.7	9	27.3	24	20.2

8.2.1.2. Sigara Kullanan Olgularda Sigara Bağımlılığı

Örnekleminizdeki sigara kullanan olgular, MKB grubunda %100 (n=28) sigara bağımlılığı olan, MKB+DEHB grubunda sigara kullanan 31 olgudan %90.3 (n=28) sigara bağımlılığı olan ve %9.7 (n=3) sigara bağımlılığı olmayan, DEHB grubunda sigara kullanan 16 olgudan %81.3 (n=13) sigara bağımlılığı olan ve %18.8 (n=3)

sigara bağımlılığı olmayan, kontrol grubunda sigara kullanan 24 olgudan %79.2 (n=19) sigara bağımlılığı olan ve %20.8(n=5) sigara bağımlılığı olmayan olarak dağılım göstermiştir. Gruplar arasında sigara bağımlılığı açısından MKB ve MKB+DEHB gruplarında daha fazla sigara bağımlılığı olmakla beraber bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.072$). Tablo 16’da olguların sigara bağımlılık durumlarına göre dağılım özellikleri verilmiştir.

Tablo 16. Sigara Kullanan Olguların Sigara Bağımlılıklarına Göre Dağılımı

Sigara Bağımlılığı	MKB grubu		MKB+DEHB		DEHB		Kontrol		Toplam		P 0.072
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Var	29	100	28	90.3	13	81.3	19	79.2	89	89	X ² 6.992
Yok	0	0.0	3	9.7	3	18.8	5	20.8	11	11	

Ki-kare Testi, $p<0.05$

8.2.1.3. Sigaraya Başlama Yaşı

Örneklemede sigara kullanan olguların (n=100) sigaraya başlama yaşı ortalaması 13.32 ± 2.24 bulunmuştur. Sigaraya başlama yaşı açısından gruplara bakıldığında, MKB grubunun (n=29) yaş ortalaması 12.67 ± 2.41 , MKB+DEHB grubunun (n=31) yaş ortalaması 12.48 ± 2.35 , DEHB grubunun (n=16) yaş ortalaması 14.12 ± 1.92 , kontrol grubunun (n=24) yaş ortalaması 14.64 ± 1.10 olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.001$). MKB ve MKB+DEHB gruplarının kontrol grubu ve DEHB grubundan daha küçük yaşta sigaraya başladıkları gözlenmektedir.

Tablo 17. Olguların Sigara Başlama Yaşına Göre Dağılımı

	MKB grubu	MKB+DEHB	DEHB	Kontrol	p	F
Sigara Başlama Yaşı	12.67±2.41	12.48±2.35	14.12±1.92	14.64±1.10	0.000	6.657

Tek Yönlü Varyans Analizi,ANOVA

8.2.1.4. Sigara Kullanım Miktarı

Örneklem grubunun sigara kullanım miktarına bakıldığında %29'unun (n=29) günde 20 adet ve üzeri sigara içtiği, %46'sının(n=46) günde 10-19 adet sigara içtiği, %25'inin (n=25) günde 10 adetten daha az sigara içtiği görülmüştür. Sigara kullanım miktarları açısından gruplara bakıldığında, MKB grubunun % 41.1'inin (n=12) günde 20 adet ve daha fazla sigara içtiği, % 44.8'inin (n=13) günde 10-19 adet sigara içtiği, %13.8'inin (n=4) günde 10 adetten daha az sigara içtiği görülmüştür. MKB+DEHB grubunun % 38.7'sinin(n=12) günde 20 adet ve daha fazla sigara içtiği, %41.9'unun (n=13) günde 10-19 adet sigara içtiği, %19.4'ünün (n=6) günde 10 adetten daha az sigara içtiği görülmüştür. DEHB grubunun % 12.5'inin (n=2) günde 20 adet ve daha fazla sigara içtiği, % 56.3'ünün (n=9) günde 10-19 adet sigara içtiği, %31.3'ünün (n=5) günde 10 adetten daha az sigara içtiği görülmüştür.Kontrol grubuna bakıldığında %12.5'inin (n=3) günde 20 adet ve daha fazla sigara içtiği, %45.8'inin (n=11) günde 10-19 adet sigara içtiği, %41.7'inin (n=10) günde 10 adetten daha az sigara içtiği görülmüştür. Sigara kullanım miktarları arasında gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p=0.122).

Tablo 18. Grupların sigara kullanım miktarları açısından dağılımı

Sigara Kullanım Miktarı	MKB grubu		MKB+DE HB		DEHB		Kontrol		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
≥20 adet/gün	12	41.3	12	38.7	2	12.5	3	12.5	29	29.0
10-19 adet/gün	13	44.8	13	41.9	9	56.3	11	45.8	46	46.0
<10 adet/gün	4	13.8	6	19.4	5	31.3	10	41.7	25	25.0

8.2.2. Alkol

8.2.2.1. Alkol Kullanım Durumları Açısından Grupların Değerlendirilmesi

Örneklem grubuna alkol kullanım durumu açısından bakıldığında, %59.7 (n=74) alkol kullandığı, %40.3'ünün (n=50) hiç alkol kullanmadığı görülmüştür. Alkol kullanım durumu açısından gruplara bakıldığında, MKB grubunda %83.3'ünün (n=25) alkol kullanımı olduğu, %16.7'sinin (n=5) alkol kullanmadığı ve MKB grubunda alkol kullanan olgularda alkol bağımlılığı olmadığı saptanmıştır. MKB+DEHB grubunun %83.8'inin (n=26) alkol kullanımı olduğu, %16.1'inin (n=5) alkol kullanımı olmadığı ve MKB+DEHB grubunda alkol kullanan olgulardan %11.5'inde (n=3) alkol bağımlılığı olduğu saptanmıştır. DEHB grubunun %20'sinin (n=6) alkol kullandığı, %80.0'inin (n=24) ise hiç alkol kullanmadığı ve alkol kullanan olgularda alkol bağımlılığı olmadığı saptanmıştır. Kontrol grubuna bakıldığında, bu grubun %51.5'inin (n=17) alkol kullanımı olduğu, %48.5'inin (n=16) ise hiç alkol kullanmadığı ve alkol kullanan olgularda alkol bağımlılığı olmadığı saptanmıştır. Grupların alkol kullanım durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu saptanmıştır (p=0.000).

Tablo 19. Olguların Alkol Kullanım Durumlarına Göre Dağılımı

Alkol Kullanımı	MKB grubu		MKB+DEHB		DEHB		Kontrol		Toplam		X ²	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Var	23	83.3	26	83.8	6	20.0	17	51.5	74	59.7	37.31	0.000
Yok	5	16.7	5	16.1	24	80.0	16	48.5	50	40.3		

Ki-kare Testi, $p < 0.05$

8.2.2.2. Alkole başlama yaşı açısından Grupların Karşılaştırılması

Örneklemede alkol kullanan olguların (n=74) alkole başlama yaşı ortalaması 14.21 ± 1.84 bulunmuştur. Alkole başlama yaşı açısından gruplara bakıldığında, MKB grubunun (n=23) yaş ortalaması 14.20 ± 1.41 , MKB+DEHB grubunun yaş ortalaması (n=26) 14.00 ± 1.81 , DEHB grubunun yaş ortalaması (n=6) 13.50 ± 1.41 , kontrol grubunun (n=17) yaş ortalaması 14.82 ± 1.31 olarak bulunmuştur. Gruplararasıdaki alkole başlama yaşı açısından farkistatistiksel olarak benzerdi ($p=0.382$).

Tablo 20. Olguların Alkole Başlama Yaşına Göre Dağılımı

	MKB	MKB+DEHB	DEHB	Kontrol	F	P
Alkol Başlama Yaşı	14.20 ± 1.41	14.00 ± 1.81	13.50 ± 1.41	14.82 ± 1.31	0.382	1.036

Tek Yönlü Varyans Analizi ANOVA

8.2.3. Esrar

8.2.3.1 Esrar Kullanım Durumları Açısından Grupların Değerlendirilmesi

Örneklem grubuna esrar kullanım durumu açısından bakıldığında, MKB grubunun %100.0'inin (n=30) esrar kullandığı, MKB+DEHB grubunun %100.0'ünün (n=31) esrar kullandığı, DEHB grubunun %0.0'ının (n=0) esrar kullandığı, Kontrol grubuna bakıldığında, bu grubun %0.0'ının (n=0) esrar kullandığı görülmüştür.

8.2.3.2. Esrara başlama yaşı

Esrara başlama yaşı açısından gruplara bakıldığında, MKB grubunun (n=30) yaş ortalaması 14.03 ± 1.77 , MKB+DEHB grubunun (n=31) yaş ortalaması 13.96 ± 1.83 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (**0.888**).

Tablo 21. Olguların Esrara Başlama Yaşına Göre Dağılımı

	MKB grubu	MKB+DEHB	t	p
Esrar Başlama Yaşı	13.72±1.38	13.36±1.96	.142	0.888

Bağımsız Örneklem T-Testi, $p < 0.05$

8.2.3.3. Esrar kullanım sıklığı

Esrar kullanım sıklığı açısından örnekleme bakıldığında, %24.6'sinin (n=15) her gün, %50.8'inin (n=31) haftada 2-5 defa, %9.8'inin (n=6) haftada 1 defa, %9.8'inin (n=6) 15 günde 1 defa, %4.9'unun (n=3) ayda 1 esrar kullandığı görülmüştür. Esrar kullanım sıklığının gruplar arası dağılımına bakıldığında, MKB grubunun %26.7'sinin (n=8) her gün, %50'sinin (n=15) haftada 2-5 defa, %10.0'unun (n=3) haftada 1 defa, %13.3'ünün (n=4) 15 günde 1 defa esrar kullandığı görülmüştür. MKB+DEHB grubunun %22.6'sinin (n=7) her gün, %51.6'sinin (n=16) haftada 2-

5 defa, %9.7'sinin (n=3) haftada 1 defa, %6.5'inin 2 haftada 1 defa, %9.7'sinin ayda 1 defa esrar kullandığı görülmüştür. Esrar kullanım sıklıkları açısından gruplar birbirine benzerdir (p=0.441).

Tablo 22. Olguların Esrar Kullanım Sıklığına Göre Dağılımı

Esrar Kullanım Sıklığı	MKB		MKB+DEHB		Toplam		X ²	p
	n	%	n	%	n	%		
Her gün	8	26.7	7	22.6	15	24.6	3.750	0.441
Haftada 2-5 defa	15	50.0	16	51.6	31	50.8		
Haftada 1 defa	3	10.0	3	9.7	6	9.8		
15 günde 1 defa	4	13.3	2	6.5	6	9.8		
Ayda 1 defa	0	0.0	3	9.7	3	4.9		

Ki-kare Testi, p<0.05

8.2.3.4. Esrar Bağımlılığı

Esrar bağımlılığı açısından örnekleme bakıldığında, MKB grubunun %93.3'ünün (n=28) , MKB+DEHB grubunun %87.1'inin (n=27) esrar bağımlısı olduğu görülmüştür. Tablo 23'de olguların esrar bağımlılığına göre dağılım özellikleri verilmiştir. Esrar bağımlılığı açısından MKB, MKB+DEHB grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur(p=0.414).

Tablo 23. Olguların Esrar Bağımlılığına Göre Dağılımı

Esrar Bağımlılığı	MKB		MKB+DEHB		Toplam		X ²	p
	n	%	n	%	n	%		
Var	28	93.3	27	87.1	55	90.2	.669	0.414
Yok	2	6.7	4	12.9	6	9.8		

Ki-kare Testi, p< 0.05

8.2.4. Sentetik Kannabinoidler

8.2.4.1. Sentetik Kannabinoid Kullanım Durumları Açısından Grupların Karşılaştırılması

Örneklem grubuna sentetik kannabinoid kullanım durumu açısından bakıldığında, MKB grubunun %73.3'ünün (n=22) sentetik kannabinoid kullandığı, MKB+DEHB grubunun %74.2'sinin (n=23) sentetik kannabinoid kullandığı, DEHB grubunun %0.0'ının (n=0) sentetik kannabinoid kullandığı, Kontrol grubuna bakıldığında, bu grubun %0.0'ının (n=0) sentetik kannabinoid kullandığı görülmüştür. Madde kullanan gruplar sentetik kannabinoid kullanımı açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=1.000).

Tablo 24. Olguların Sentetik Kannabinoid Kullanım Durumlarına Göre Dağılımı

Sentetik Kannabinoid Kullanımı	MKB		MKB+DEHB		Toplam		X ²	p
	n	%	n	%	n	%		
Var	22	73.3	23	74.2	45	73.8	0,006	1,000
Yok	8	26.7	8	25.8	16	26.2		

Ki-kare Testi

8.2.4.2. Sentetik Kannabinoid Başlama Yaşı

Sentetik Kannabinoid başlama yaşı açısından gruplara bakıldığında MKB grubunun median değeri 15, maximum değeri 17, minimum değeri ise 13'dür. MKB+DEHB grubunun median değeri 16, maximum değeri 17, minimum değeri ise 13'tür. Gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0.073$).

Tablo 25. Olguların Sentetik Kannabinoid Başlama Yaşına Göre Dağılımı

	MKB grubu			MKB+DEHB			Z	p
	Median	Min	Max	Median	Min	Max		
SKBaşlama Yaşı	15.00	13.00	17.00	15.50	13.00	17.00	-1.839	0.073

Mann Whitney U testi

8.2.4.3. Sentetik Kannabinoid Kullanım Sıklığı

Sentetik kannabinoid kullanım sıklığı açısından örnekleme bakıldığında, % 11.1'sinin (n=5) her gün, %11.1'inin (n=5) haftada 2-5 defa, % 22.2'sinin (n=10) haftada 1 defa, %55.5'inin ise 2 haftada 1 ve daha az sentetik kannabinoid kullandığı görülmüştür. Olguların %28.9'unun (n=13) sentetik kannabinoidi sadece denediği saptanmıştır. Sentetik kannabinoid kullanım sıklıkları açısından gruplar birbirine benzerdir ($p=0.827$).

Tablo 26. Olguların Sentetik Kannabinoid Kullanım Sıklığına Göre Dağılımı

Sentetik Kannabinoid Kullanım Sıklığı	MKB grubu		MKB+DEHB grubu		Toplam		X ²	p
	n	%	n	%	n	%		
Her gün	3	13.6	2	8.7	20	52.6	2.856	0.827
Haftada 2-5 kez	2	9.1	3	13.0	3	7.9		
Haftada 1 kez	5	22.7	5	21.7	1	2.6		
2 haftada 1 ve daha az	12	54.5	13	56.5	25	55.5		

Ki-kare Testi, $p < 0.05$

8.2.4.4. Sentetik Kannabinoid Bağımlılığı

Sentetik kannabinoid bağımlılığı açısından örnekleme bakıldığında, MKB grubunun %54.5'inin (n=12) , MKB+DEHB grubunun %47.8' inin (n=11) sentetik kannabinoid bağımlısı olduğu görülmüştür. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.203$).

Tablo 27. Olguların Sentetik Kannabinoid Bağımlılığına Göre Dağılımı

Sentetik Kannabinoid Bağımlılığı	MKB		MKB+DEHB		Toplam		X ²	p
	n	%	n	%	n	%		
Var	12	54.5	11	47.8	23	51.1	0.652	0.203
Yok	10	45.5	12	52.2	22	48.9		

Ki-kare Testi, $p < 0.05$

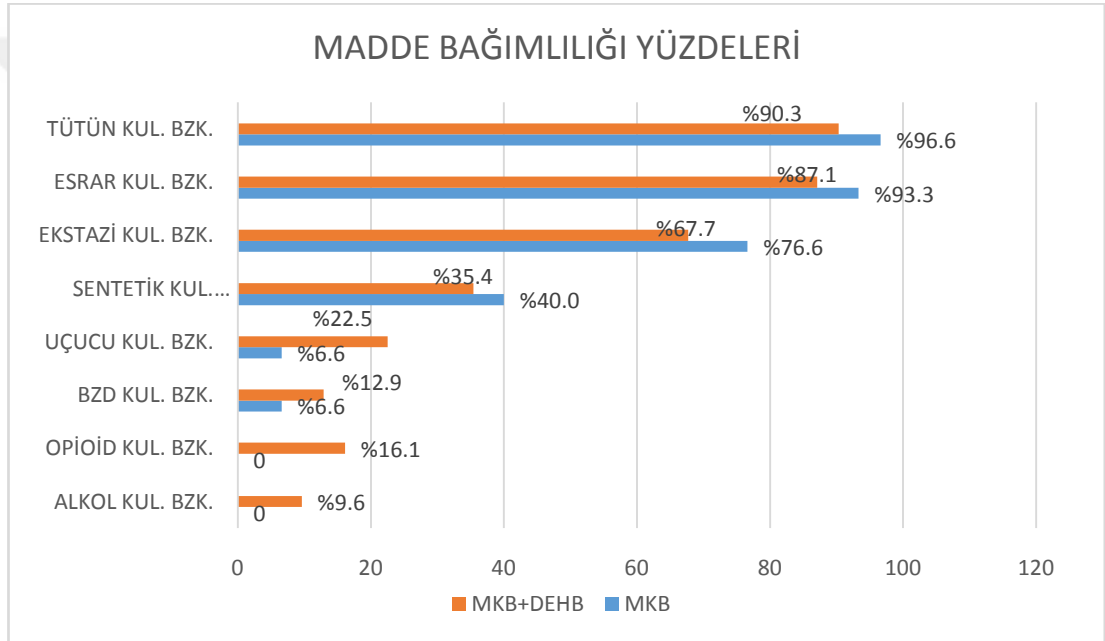
8.2.5 Olguların Diğer(Esrar ve Sent. Kannabinoid Dışı) Madde Kullanımı Açısından Değerlendirilmesi

Diğer(Esrar ve Sent. Kannabinoid Dışı) maddelerin kullanımı açısından örnekleme bakıldığında MKB grubunun %86.7'sinin (n=26) ekstazi kullandığı ve bunlardan %88.5'inin (n=23) ekstazi bağımlısı olduğu; %20.0'ının(n=6) uçucu madde kullandığı ve bunlardan %33.2'sinin (n=2) uçucu madde bağımlısı olduğu; %16.7'sinin (n=5) benzodiazepin kullandığı ve bunlardan %40.0'ının (n=2) benzodiazepin bağımlısı olduğu görülmüştür. MKB+ DEHB grubunun %90.3'ünün (n=28) ekstazi kullandığı ve bunlardan %75.0'inin (n=21) ekstazi bağımlısı olduğu; %41.9'unun (n=13) uçucu madde kullandığı ve bunlardan %53.8'inin (n=7) uçucu madde bağımlısı olduğu; %38.7'sinin (n=12) benzodiazepin kullandığı ve bunlardan %33.3'ünün (n=4) benzodiazepin bağımlısı olduğu; %29'unun (n=9) opioid kullandığı ve bu olgulardan %55.5'inin (n=5) opioid bağımlısı olduğu görülmüştür.

Tablo 28. Olguların Diğer(Esrar ve Sent. Kannabinoid Dışı) Madde Kullanımı Açısından Değerlendirilmesi

Diğer Madde Kullanım Durumu	MKB				MKB+DEHB				Toplam	
	Var		Yok		Var		Yok			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ekstazi	26	86.7	4	13.3	28	90.3	3	9.7	54	43.5
Uçucu	6	20.0	24	80.0	13	41.9	18	58.1	19	15.3
BZD	5	16.7	25	83.3	12	38.7	19	61.3	17	13.7
Opioid	0	0.0	30	100.0	9	29.0	22	71.0	9	7.3

Aşğıdaki grafikte MKB ve MKB+DEHB gruplarındaki olguların madde bağımlılığı yüzdeleri verilmiştir. MKB grubundaki olguların (n=30) %96.6'sının (n=29) tütün, %93.3'ünün (n=28) esrar, %76.6'sının (n=23) ekstazi, %40'ının (n=12) sentetik, %6.6'sının (n=2) uçucu, %6.6'sının (n=2) benzodiazepin kullanım bozukluğu tanısı vardı. MKB+DEHB grubundaki olguların (n=30) %90.3'ünün (n=28) tütün, %87.1'inin (n=27) esrar, %67.7'sinin (n=21) ekstazi, %35.4'ünün (n=11) sentetik, %22.5'inin (n=7) uçucu, %12.9'unun (n=4) benzodiazepin, %16.1'inin (n=5) opioid, %9.6'sının (n=3) alkol kullanım bozukluğu tanısı vardı.



8.3. Yürütücü İşlevler ve Dürtüsellik Açısından Grupların Karşılaştırılması

Çalışmamızda Yürütücü işlevlerin değerlendirilmesi için, Yönetici İşlev Davranışlarını Derecelendirme Ölçeği (YİDDÖ) ve Wisconsin Kart Eşleme Testi kullanılmıştır. Dürtüsellik değerlendirilmesi için Single-Key Dürtüsellik Paradigması (Single-Key Impulsivity Paradigm; SKIP) kullanılmıştır.

8.3.1. Yönetici İşlev Davranışlarını Derecelendirme Ölçeği (YİDDÖ)

Yönetici İşlev Davranışlarını Derecelendirme Ölçeği (YİDDÖ)'nün anne-baba formu (YİDDÖ-ABF) örneklemdeki tüm olgulara uygulanmıştır. Yönetici İşlev Davranışlarını Derecelendirme Ölçeği (YİDDÖ)'nün öğretmen formu (YİDDÖ-ÖF) örneklemdeki okula devam eden olguların öğretmenlerine doldurtulmuştur. Örneklemimizde yeterli sayıda okula devam eden olgu olmadığı için istatistiksel analizlerde YİDDÖ-ÖF kullanılmamıştır. YİDDÖ-ABF' nin 8 alt ölçeği vardır. Bunlar duygusal kontrol, kaydırma, ketleme, planlama/örgütlenme, çalışma belleği, başlatma, malzeme örgütlenme, izleme şeklindedir. Bu alt ölçeklerden duygusal kontrol, kaydırma, ketleme toplamı davranım düzenleme göstergesi puanını, planlama/örgütlenme, çalışma belleği, başlatma, malzeme örgütlenme, izleme puanları toplamı üst-biliş göstergesini verir. Davranım düzenleme göstergesi ve üst-biliş göstergesi puanları toplanarak ise ölçek toplam puanı olan yönetici işlev göstergesi hesaplanır. Ölçekten alınan yüksek puanlar yüksek düzeyde yönetici işlev bozukluğuna işaret eder. Yapılan analizler sonucunda tüm alt ölçek puanları ve yönetici işlev göstergesi toplam puanlarına bakıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0.000$).

Tablo 29. YİDDÖ-ABF'nin Alt Ölçek ve Ölçek Toplam Puanları Açısından Grupların Karşılaştırılması

Alt Ölçek ve Toplam Puanlar	MKB		MKB+DHB		DEHB		Kontrol		p
	Mdn	Min-Max	Mdn	Min-Max	Mdn	Min-Max	Mdn	Min-Max	
YÖNETİCİ İŞLEV GÖSTERGESİ	135	80/170	170	121/207	159	99/189	98	72/128	0.000
Kaydırma	14	8/20	17	11/24	17	8/21	11	8/18	0.000
Ketleme	15.5	10/25	23	13/29	17	10/25	13	10/20	0.000
Malzeme Örgütlenme	11.5	6/18	15	9/18	13	8/18	9	6/17	0.000
DDG	48.5	29/70	65	43/79	57.5	29/68	36	28/44	
Duygusal Kontrol	19	11/30	23	13/29	21.5	11/28	13	10/19	0.000
Kruskal Wallis Testi. Mdn: Median. DDG: Davranım Düzenleme Göstergesi									
	MKB		MKB+DeHB		DEHB		Kontrol		p
	M± SS	M± SS	M± SS	M± SS	M± SS	M± SS	M± SS		
Planlama/ Örgütlenme	21.8± 5.0		28.3± 4.84		26.4± 4.66		16.6± 2.97		0.000
Çalışma Belleği	17.4± 3.81		23.1± 4.23		20.73± 4.04		14.1± 2.53		
Başlatma	13.7± 3.24		17.58± 3.27		16.1± 3.39		10.7± 1.88		
İzleme	14.2± 3.13		18.6± 3.03		17.1± 3.28		11.2± 2.15		
ÜBG	78.8± 15.7		101± 16.2		93.5± 16		61.6± 10.4		
Tek Yönlü Varyans Analizi, ANOVA M: Mean, S: Standart Sapma ÜBG: Üst Biliş Göstergesi									

Tablo 29.'da görüldüğü gibi alt ölçek ve ölçek toplam puanlarına bakıldığında yürütücü işlevler açısından MKB+DEHB grubundaki puanların daha yüksek olduğu yani bozulmanın daha fazla olduğu görülmektedir. Davranım düzenleme göstergesi puanı duygusal kontrol, kaydırma, ketleme alt ölçekleri toplamı ile elde edilmiştir. Grupların ortalama ve standart sapma değerleri MKB=49.6±11.1, MKB+DEHB=61.8±9.5, DEHB=52.5±12.2, Kontrol=37.2±6.4 şeklindedir. Davranım Düzenleme Göstergesi puanında yapılan ileri analizlerde; Kontrol/ MKB (p=0.001), Kontrol/ DEHB (p=0.000), Kontrol/ MKB+DEHB (p=0.000), MKB/ MKB+DEHB(p=0.004), DEHB/ MKB+DEHB (p=0,037) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup, MKB/ DEHB (p=1.000) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Üst Biliş Göstergesi Puanı planlama/örgütlenme, çalışma belleği, başlatma, malzeme örgütlenme, izleme alt ölçek puanları toplamı ile elde edilmiştir. Üst Biliş Göstergesi Puanında yapılan ileri analizlerde; Kontrol/ MKB (p=0.000), Kontrol/ DEHB (p=0.000), Kontrol/ MKB+DEHB (p=0.000), MKB/ MKB+DEHB(p=0.000), MKB/ DEHB (p=0.004) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup, DEHB/ MKB+DEHB (p=0.268) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Davranım düzenleme göstergesi ve üst-biliş göstergesi puanları toplanarak ölçek toplam puanı olan Yönetici İşlev Göstergesi hesaplanmıştır. Grupların ortalama ve standart sapma değerleri MKB=128.5±25.9, MKB+DEHB=163.5±23.8, DEHB=146±26.1, Kontrol=99±15.2 şeklindedir. Yönetici işlev göstergesi puanında yapılan ileri analizlerde; Kontrol/ MKB (p=0.004), Kontrol/ DEHB (p=0.000), Kontrol/ MKB+DEHB (p=0.000), MKB/ MKB+DEHB(p=0.000) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup, DEHB/ MKB+DEHB (p=0.284), MKB/ DEHB (p=0.150) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 30. Yönetici İşlev Göstergesi Puanları ve Post-hoc Analizler

Gruplar	Ortalama± SS	Post-hoc analizlerde gruplararası fark / p
MKB	128.5± 25.9	MKB/ Kontrol → 0.004
MKB+DEHB	163.5± 23.8	MKB+DEHB/ Kontrol → 0.000
DEHB	146.0±26.1	DEHB/ Kontrol → 0.000
Kontrol	99.0± 15.2	MKB/ MKB+DEHB → 0.000

8.3.2. Wisconsin Kart Eşleme Testi(WKET)

Çalışmamızda gruplar, toplam yanlış sayısı(WKET 2), toplam doğru sayısı(WKET 3), yineleyici tepki sayısı (WKET 5), yineleyici hata sayısı (WKET 6), yineleyici olmayan hata sayısı (WKET 7), yineleyici hata yüzdesi(WKET 8), ilk kategoriye tamamlamada kullanılan tepki sayısı (WKET 9), Kavramsal düzey tepki yüzdesi(WKET 11) açısından karşılaştırılmıştır.

Tablo 31. Grupların WKET Sonuçlarına Göre Karşılaştırmaları

WKET Sonuçları	MKB		MKB+DEHB		DEHB		Kontrol		p
	Mdn	Min/Max	Mdn	Min/Max	Mdn	Min/Max	Mdn	Min/Max	
Yineleyici Tepki N	28	15/114	32	9/59	25.5	11/41	23	11/45	0.017
Yineleyici Hata N	25	15/86	30	9/49	22	11/39	21	11/36	0.006
Tekrarlanmayan Hata N	22	2/55	29	12/58	17	3/47	18	7/47	0.000
Yineleyici Hata %	20.3	12.5/67.0	23.8	7.0/38.2	17.1	8.5/30.4	16.4	9.0/85.9	0.034
İlk kategoriye Tamamlamada Kullanılan Tepki Sayısı	18	10/115	25	10/98	12	10/91	17	10/91	0.234
Kruskal Wallis Test, Mdn: Median									
WKET Sonuçları	MKB		MKB+DEHB		DEHB		Kontrol		P
	M ± SS	M ± SS	M ± SS	M ± SS	M ± SS	M ± SS	M ± SS	M ± SS	
Doğru N	62.5±21.5		68.6±22.4		83.4±15.0		88.18±11.3		0.000
Yanlış N	65±21.54		58.9±21.4		43.8±15.4		39.8±11.3		
Kavramsal Düzey Tepki %	33.7±21.7		38.2±21.1		54.8±17.0		60.2±13.0		
Tek Yönlü Varyans Analizi, ANOVA M: Mean, SS: Standart Sapma									

Toplam doğru sayısı(WKET 3) açısından gruplara bakıldığında MKB, MKB+DEHB gruplarında DEHB ve kontrol gruplarına kıyasla daha düşük skorlar elde edildiği görülmektedir. (Sırasıyla Ortalama± Standart Sapma değerleri; MKB=62.5±21.5; MKB+DEHB=68.6±22.4; DEHB=83.4±15.0; Kontrol=88.18±11.3). Toplam doğru sayısı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır(p=0.000). Post hoc ikili karşılaştırmalarda MKB ve MKB+DEHB grupları arasında (p=0.856), DEHB ve kontrol grupları arasında (p=0.651) istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamış olup, MKB ve DEHB grupları arasında (p=0.000), DEHB ve MKB+DEHB grupları arasında (p=0.022), MKB ve kontrol grupları arasında (p=0.000), MKB+DEHB ve kontrol grupları arasında (p=0.000) istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.Toplam yanlış sayısı(WKET 2) açısından gruplara bakıldığında MKB, MKB+DEHB gruplarında DEHB ve kontrol gruplarına kıyasla daha yüksek skorlar elde edildiği görülmektedir. (Sırasıyla Ortalama± Standart Sapma değerleri; MKB=65±21.54; MKB+DEHB=58.9±21.4; DEHB=43.8±15.4; Kontrol=39.8±11.3). Toplam yanlış sayısı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır(p=0.000). Post hoc ikili karşılaştırmalarda MKB ve MKB+DEHB grupları arasında (p=0.791), DEHB ve kontrol grupları arasında (p=0.811) istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamış olup, MKB ve DEHB grupları arasında (p=0.000), DEHB ve MKB+DEHB grupları arasında (p=0.015), MKB ve kontrol grupları arasında (p=0.000), MKB+DEHB ve kontrol grupları arasında (p=0.000) istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.Kavramsal düzey tepki yüzdeleri(WKET 11) açısından gruplar karşılaştırıldığında MKB, MKB+DEHB gruplarının DEHB ve kontrol gruplarına kıyasla daha düşük yüzdeleri olduğu görülmektedir(Sırasıyla Ortalama± Standart Sapma değerleri; MKB=33.7±21.7; MKB+DEHB=38.2±21.1; DEHB=54.8±17.0; Kontrol=60.2±13.0). Kavramsal düzey tepki yüzdeleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır(p=0.000). Post hoc ikili karşılaştırmalarda MKB ve MKB+DEHB grupları arasında (p=0.959), DEHB ve kontrol grupları arasında (p=0.660) istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamış olup, MKB ve DEHB grupları arasında (p=0.001), DEHB ve MKB+DEHB grupları arasında (p=0.010), MKB ve kontrol grupları arasında (p=0.000), MKB+DEHB ve kontrol grupları arasında (p=0.000) istatistiksel olarak anlamlı fark

saptanmıştır.Yineleyici tepki sayısı (WKET 5) açısından gruplar karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır($p=0.017$) (Sırasıyla Median, minimum/maximum değerleri MKB=28,15/114; MKB+DEHB=32,9/59; DEHB=25,5,11/41; Kontrol=23,11/45)). Post hoc ikili analizlerde istatistiksel olarak anlamlı farkın MKB+DEHB ve kontrol grupları arasında olduğu ($p=0.039$) görülmüştür. DEHB ve kontrol grubu arasında ($p=1.000$), MKB ve kontrol grubu arasında ($p=0.189$), DEHB ve MKB grubu arasında ($p=0.590$), DEHB ve MKB+DEHB grubu arasında ($p=0.163$), MKB ve MKB+ DEHB grubu arasında ($p=1.000$) istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.Yineleyici hata sayısı (WKET 6) açısından gruplar karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır($p=0.006$) (Sırasıyla Median, minimum/maximum değerleri MKB=25,15/86; MKB+DEHB=30,9/49; DEHB=22,11/39; Kontrol=21,11/36)). Post hoc ikili analizlerde istatistiksel olarak anlamlı farkın MKB+DEHB ve kontrol grupları arasında olduğu ($p=0.015$) görülmüştür. DEHB ve kontrol grubu arasında ($p=1.000$), MKB ve kontrol grubu arasında ($p=0.083$), DEHB ve MKB grubu arasında ($p=0.458$), DEHB ve MKB+DEHB grubu arasında ($p=0.124$), MKB ve MKB+ DEHB grubu arasında ($p=1.000$) istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.Yineleyici olmayan hata sayısı (WKET 7) açısından gruplar karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır($p=0.000$) (Sırasıyla Median, minimum/maximum değerleri MKB=22,2/55; MKB+DEHB=29,12/58; DEHB=17,3/47; Kontrol=18,7/47)). Post hoc ikili analizlerde MKB+DEHB ve Kontrol grupları arasında ($p=0.007$), MKB ve kontrol grupları arasında ($p=0.001$), MKB ve DEHB grupları arasında ($p=0.012$) istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. DEHB ve kontrol grupları arasında ($p=1.000$), DEHB ve MKB+DEHB grupları arasında ($p=0.062$), MKB+DEHB ve MKB grupları arasında ($p=1.000$) istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.Yineleyici hata yüzdesi(WKET 8) açısından gruplar karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır($p=0.034$). Fakat Post hoc ikili analizlerde kontrol ve DEHB ($p=1.000$), DEHB ve MKB ($p=0.516$), DEHB ve MKB+DEHB (0.121), Kontrol ve MKB ($p=0.485$), Kontrol ve MKB+DEHB (0.107), MKB ve MKB+DEHB ($p=1.000$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.İlk kategoriye tamamlamada kullanılan tepki sayısı

(WKET 9) açısından gruplar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır($p=0.234$).

Tablo 32. WKET Post hoc Analizler

WKET	Post-hoc analizlerde gruplararası fark / p1-p2
Toplam Doğru Sayısı(p1) Kavramsal Düzey Tepki Yüzdeleri(p2)	MKB/ DEHB → 0.000- 0.001
	DEHB/ MKB+DEHB → 0.022- 0.010
	MKB/ Kontrol → 0.000- 0.000
	MKB+DEHB/ Kontrol → 0.000- 0.000
Yineleyici Tepki Sayısı (p)	MKB+DEHB/ Kontrol → 0.039
Yineleyici Hata Sayısı (p)	MKB+DEHB/ Kontrol → 0.015

8.3.3. Dürtüseliğin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda dürtüsellik değerlendirilmek için Single-Key Dürtüsellik Paradigması (Single-Key Impulsivity Paradigm; SKIP) kullanılmıştır. Dürtüsellik açısından gruplara baktığımızda gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Gruplar SKIP en uzun bekleme süresi açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında fark saptanmamıştır (**p=0.304**). Gruplar SKIP toplam yanıt sayısı açısından değerlendirildiğinde gruplar arasında fark saptanmamıştır (**p=0.454**).

Tablo 33. Grupların SKIP En Uzun Bekleme Süresine Göre Karşılaştırılması

SKIP Bekleme Süresi	Median	Minimum	Maximum	p
MKB	121.15	0.00	713.28	0.304
MKB+DEHB	129.632	0.00	1164.96	
DEHB	228.99	0.00	1111.28	
Kontrol	277.63	22.321	1164.00	

Kruskal-Wallis Test

Tablo 34. Grupların SKIP Toplam Yanıt Sayısına Göre Karşılaştırılması

SKIP Toplam Yanıt Sayısı	Median	Minimum	Maximum	p
MKB	29.00	0.00	867.00	0.454
MKB+DEHB	56.00	0.00	1802.00	
DEHB	17.00	0.00	2083.00	
Kontrol	35.00	1.00	1507.00	

Kruskal-Wallis Test

8.3.4. Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış bozuklukları için DSM-IV'e dayalı tarama ve değerlendirme ölçeği açısından grupların karşılaştırılması

Örneklemdaki tüm olgulara Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış bozuklukları için DSM-IV'e dayalı tarama ve değerlendirme ölçeği uygulanmıştır. Bu ölçek DSM-IV ölçütlerine göre geliştirilen, dikkat eksikliğini sorgulayan dokuz, aşırı hareketliliği sorgulayan altı, impulsiviteyi sorgulayan üç, KOKGB'nu sorgulayan sekiz ve DB'nu sorgulayan on beş maddeden oluşmaktadır. Her üç bölümde de semptomların şiddeti ve sıklığı, 'hemen hemen hiç' , 'biraz ya da bazen', 'sıklıkla' ve 'çok fazla' olarak gruplandırılmış ve sırası ile '0', '1', '2', '3' olarak puanlandırılmıştır. Çalışmamızda ölçek değerlendirilirken '0 ve 1' puanlar negatif (yok), '2 ve 3' puanlar ise pozitif (var) olarak kabul edilmiştir. DSM-IV tanı ölçütlerine göre I. bölümde 'var' olduğu kabul edilen ölçüt sayısı 6 ve üzerinde ise 'dikkat eksikliğinin ön planda olduğu' II. Bölümde ise 'var' olan semptom sayısı 6 ve üzerinde ise 'aşırı hareketlilik ve dürtüsellik ön planda olduğu', I. ve II. bölümdeki toplam semptom sayısı 12 ve üzerinde ise 'bileşik tip DEHB' için anlamlı olduğu, KOKGB için 8 maddeden 4'ünün varlığı, DB için 15 maddeden 3'ünün varlığının hastalık için anlamlı olduğu bilinmektedir.

Tablo 35. Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış bozuklukları için DSM-IV'e dayalı tarama ve değerlendirme ölçeği semptom sayıları

	MKB	MKB+DEHB	DEHB	Kontrol	p
	M±SS	M±SS	M±SS	M±SS	
Dikkatsizlik	1.26±1.6	6.51±2.5	4.50±2.6	0.45±0.7	0.000
Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik	0.76±1.3	4.2±2.6	2.63±2.8	0.30±0.7	0.000
KOKG	1.16±2.0	3.7±2.45	2.26±2.1	0.33±0.7	0.000
DB	0.56±1.0	1.32±1.01	0.33±0.7	0.18±0.3	0.000

Kruskal Wallis Test, M= Mean (Ortalama), SS= Standart Sapma

8.4. Çocukluk Çağı Örselenmeleri Açısından Grupların Karşılaştırılması

Çalışmamızda çocukluk çağı örselenmeleri değerlendirmesi için ‘Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği(ÇÇTÖ)(Childhood Trauma Questionnaire)-CTQ’ tüm olgulara uygulanmıştır. Ölçek “duygusal istismar, fiziksel taciz, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel taciz” şeklinde 5 alt ölçek içermektedir. Ölçek toplam puanı bu 5 alt puanın toplanmasıyla elde edilir. Alt ölçek panları 5-25, ölçek toplam puanı 25-125 arasındadır.

Tablo 36. ÇÇTÖ’nün alt ölçek ve ölçek toplam puanları açısından grupların karşılaştırılması

	MKB		MKB+DEHB		DEHB		Kontrol		p
	mdn	min/ max	mdn	min/ max	mdn	min/ max	mdn	Min/ max	
Duygusal İstismar	7	5/23	7	5/22	7	5/14	5	5/12	0.001
Fiziksel Taciz	5	5/22	5	5/18	5	5/9	5	5/6	0.002
Fiziksel İhmal	7.5	5/14	7	5/14	7	5/12	6	5/9	0.011
Duygusal İhmal	12.5	5/23	10	5/25	10.5	5/21	8	5/19	0.011
Cinsel Taciz	5	5/18	5	5/10	5	5/9	5	5/11	0.216
ÖlçekToplam^a	42 ± 11.99		40 ± 11.18		37± 8.93		32 ± 5.94		0.000

Kruskal Wallis Test, Mdn: Median

a: Tek Yönlü Varyans Analizi ANOVA (Ortalama±Standart Sapma)

Duygusal İstismar açısından gruplar karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır(p=0.001). Yapılan post hoc ikili karşılaştırmalarda

MKB ve Kontrol grupları arasında ($p=0.002$), MKB+DEHB ve Kontrol grupları arasında ($p=0.003$) istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. DEHB ve kontrol ($p=0.055$), DEHB ve MKB+DEHB (1.000), DEHB ve MKB (1.000), MKB ve MKB+DEHB ($p=1.000$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Fiziksel Taciz açısından gruplar karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0.002$). Yapılan post hoc ikili karşılaştırmalarda MKB ve Kontrol grupları arasında ($p=0.004$), MKB+DEHB ve Kontrol grupları arasında ($p=0.012$) istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. DEHB ve kontrol ($p=0.062$), DEHB ve MKB+DEHB (1.000), DEHB ve MKB (1.000), MKB ve MKB+DEHB ($p=1.000$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Fiziksel İhmal açısından gruplar karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0.011$). Yapılan post hoc ikili karşılaştırmalarda, MKB+DEHB ve Kontrol grupları arasında ($p=0.008$) istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. MKB ve Kontrol ($p=0.111$), DEHB ve kontrol ($p=0.387$), DEHB ve MKB+DEHB (1.000), DEHB ve MKB (1.000), MKB ve MKB+DEHB ($p=1.000$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Duygusal İhmal açısından gruplar karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0.011$). Yapılan post hoc ikili karşılaştırmalarda, MKB ve Kontrol grupları arasında ($p=0.005$) istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. MKB+DEHB ve Kontrol ($p=0.347$), DEHB ve kontrol ($p=0.676$), DEHB ve MKB+DEHB (1.000), DEHB ve MKB (0.538), MKB ve MKB+DEHB ($p=0.932$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Cinsel Taciz açısından gruplar karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.216$). Ölçek Toplam Puanı açısından gruplar karşılaştırıldığında madde kullanan gruplarda ölçek toplam puanı daha yüksek olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0.000$) (Ortalama ve standart sapma değerleri sırasıyla; MKB=42 ± 11.99, MKB+DEHB=40 ± 11.18, DEHB=37± 8.93, Kontrol=32 ± 5.94). Yapılan post hoc ikili karşılaştırmalarda MKB ve kontrol ($p=0.001$), MKB+DEHB ve kontrol ($p=0.004$), DEHB ve kontrol ($p=0.043$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup, hasta grupları kendi aralarında farklılaşmamıştır (MKB ve

MKB+ DEHB → p=0.991, MKB ve DEHB → p=0.426, DEHB ve MKB+ DEHB → p=0.832).

Tablo 37. ÇÇTÖ Post-hoc Analizler

CTQ	Post-hoc analizlerde gruplararası fark / p
Duygusal İstismar	MKB/ Kontrol → 0.002 MKB+DEHB/ Kontrol → 0.003
Fiziksel Taciz	MKB/ Kontrol → 0.004 MKB+DEHB/ Kontrol → 0.012
Fiziksel İhmal	MKB+DEHB/ Kontrol → 0.008
Duygusal İhmal	MKB/ Kontrol → 0.005
ÖlçekToplam	MKB/ Kontrol → 0.001 MKB+DEHB/ Kontrol → 0.004 DEHB/ Kontrol → 0.043

8.5. Akran Zorbalığı Açısından Grupların Karşılaştırılması

8.5.1. Akran Zorbalığı Kurbanlarını Belirleme Ölçeği(AZKBÖ)

Çalışmamızda Akran Zorbalığı Kurbanlarını Belirleme Ölçeği(AZKBÖ) kullanılmış olup tüm olgulara doldurulmuştur. Ölçekte korkutma/sindirme, alay, açık saldırı, ilişkisel saldırı, kişisel eşyalara saldırı şeklinde 5 alt ölçek vardır. Ölçekten alınan yüksek puan, kişinin akran saldırısına sıklıkla hedef olduğunu, düşük puan ise nadiren hedef olduğunu ya da hiç hedef olmadığını göstermektedir.

Tablo 38. Akran Zorbalığı Kurbanlarını Belirleme Ölçeği(AZKBÖ) Alt Ölçek ve Ölçek Toplam Puanları Açısından Grupların Karşılaştırılması

	MKB		MKB+DEHB		DEHB		Kontrol		P
	mdn	Min/max	mdn	Min/max	mdn	Min/max	mdn	Min/max	
Korkutma/Sindirme	2	0/14	3	0/12	2	0/11	0	0/8	0,002
Alay	4	0/10	4	0/10	5	0/10	1	0/7	0.001
Açık Saldırı	2	0/12	5	0/12	3.5	0/10	0	0/6	0.000
İlişkisel Saldırı	3	0/8	4	0/8	5	0/8	1	0/8	0.001
Kişisel Saldırı Eşyalara	1	0/9	1	0/7	1	0/8	0	0/11	0.038
AZKBÖ Toplam^a	16.1±11.9		19.0±10.7		17.1±12.1		6.5±7.7		0.000

Kruskal Wallis Test, Mdn: Median

a: Tek Yönlü Varyans Analizi ANOVA (Ortalama±Standart Sapma)

Korkutma/Sindirmefaktörü açısından gruplar karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır($p=0.002$). Yapılan post hoc ikili karşılaştırmalarda DEHB ve Kontrol ($p=0.038$), MKB+DEHB ve Kontrol ($p=0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. MKB ve Kontrol ($p=0.124$), MKB ve DEHB ($p=1.000$), MKB ve MKB+DEHB ($p=1.000$), DEHB ve MKB+DEHB ($p=1.000$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Alay faktörü açısından gruplar karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır($p=0.001$). Yapılan post hoc ikili karşılaştırmalarda 3 hasta grubu kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmakla beraber (MKB+DEHB ve Kontrol $\rightarrow p=0.014$, MKB ve Kontrol $\rightarrow p=0.005$, DEHB ve Kontrol $\rightarrow p=0.002$) hasta grupları kendi aralarında farklılaşmamıştır(MKB+DEHB ve MKB $\rightarrow p=1.000$, MKB+DEHB ve DEHB $\rightarrow p=1.000$, MKB ve DEHB $\rightarrow p=1.000$).Açık Saldırı faktörü açısından gruplar karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır($p=0.000$). Yapılan post hoc ikili karşılaştırmalarda 3 hasta grubu kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmakla beraber (MKB+DEHB ve Kontrol $\rightarrow p=0.000$, MKB ve Kontrol $\rightarrow p=0.014$, DEHB ve Kontrol $\rightarrow p=0.023$) hasta grupları kendi aralarında farklılaşmamıştır(MKB+DEHB ve MKB $\rightarrow p=0.217$, MKB+DEHB ve DEHB $\rightarrow p=0.150$, MKB ve DEHB $\rightarrow p=1.000$).İlişkisel Saldırı faktörü açısından gruplar karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır($p=0.001$). Yapılan post hoc ikili karşılaştırmalarda DEHB ve Kontrol ($p=0.006$), MKB+DEHB ve Kontrol ($p=0.003$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. MKB ve Kontrol ($p=0.058$), hasta gruplarının kendi aralarındaki karşılaştırmalarda ($p=1.000$) istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Kişisel Eşyalara Saldırı faktörü açısından post hoc ikili karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır. Akran zorbalığı kurbanı olma durumları açısından ölçek toplam puanına bakıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır($p=0.000$) (Sırasıyla ortalama ve standart sapma değerleri: MKB= 16.1 ± 11.9 , MKB+DEHB= 19.0 ± 10.7 , DEHB= 17.1 ± 12.1 , Kontrol= 6.5 ± 7.7). Yapılan post hoc ikili karşılaştırmalarda 3 hasta grubu kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmakla beraber (MKB+DEHB ve Kontrol $\rightarrow p=0.000$, MKB ve Kontrol $\rightarrow p=0.001$, DEHB

ve Kontrol → $p= 0.001$) hasta grupları kendi aralarında farklılaşmamıştır (MKB+DEHB ve MKB → $p=0.838$, MKB+DEHB ve DEHB → $p=0.984$, MKB ve DEHB → $p= 1.000$).

Tablo 39. AZKBÖ Post-hoc analizler

AZKBÖ	Post-hoc analizlerde gruplararası fark / p
Korkutma/ Sindirme	DEHB/ Kontrol → 0.038 MKB+DEHB/ Kontrol → 0.001
Alay	MKB+DEHB/ Kontrol → 0.014 MKB/ Kontrol → 0.005 DEHB/ Kontrol → 0.002
Açık Saldırı	MKB+DEHB/ Kontrol → 0.000 MKB/ Kontrol → 0.014 DEHB/ Kontrol → 0.023
İlişkisel Saldırı	MKB+DEHB/ Kontrol → 0.003 DEHB/ Kontrol → 0.006
Ölçek Toplam Puanı	MKB+DEHB/ Kontrol → 0.000 MKB/ Kontrol → 0.001 DEHB/ Kontrol → 0.001

8.5.2. Akran Zorbalığını Belirleme Ölçeği (AZBÖ)

Çalışmamızda Akran Zorbalığını Belirleme Ölçeği (AZBÖ) kullanılmış olup tüm olgulara doldurtulmuştur. Ölçekte korkutma/sindirme, alay, açık saldırı, ilişkisel saldırı, kişisel eşyalara saldırı şeklinde 5 alt ölçek vardır.

Tablo 40. Akran Zorbalığını Belirleme Ölçeği(AZBÖ) Alt Ölçek ve Ölçek Toplam Puanları Açısından Grupların Karşılaştırılması

	MKB		MKB+DEHB		DEHB		Kontrol		p
	mdn	Min/max	mdn	Min/max	mdn	Min/max	Mdn	Min/max	
Korkutma/Sindirme	2	0/9	4	0/12	1	0/9	1	0/5	0,005
Alay	2.5	0/11	3	0/10	2	0/9	0	0/8	0.003
Açık Saldırı	2	0/10	6	0/11	2	0/7	0	0/7	0.000
İlişkisel Saldırı	0	0/8	1	0/6	0	0/7	0	0/5	0.081
Kişisel Saldırı Eşyalara	0	0/8	0	0/6	0	0/3	0	0/4	0.008
AZBÖ Toplam^a	12.0±8.3		15.9±7.8		7.8±6.7		4.4±5.2		0.000

Kruskal Wallis Test, Mdn: Median

a: Tek Yönlü Varyans Analizi ANOVA (Ortalama±Standart Sapma)

Korkutma/Sindirme faktörü açısından gruplar karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır($p=0.005$). Yapılan post hoc ikili karşılaştırmalarda MKB+DEHB ve DEHB ($p=0.048$), MKB+DEHB ve Kontrol ($p=0.005$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. MKB ve Kontrol ($p=0.422$), MKB ve DEHB ($p=1.000$), MKB ve MKB+DEHB ($p=0.837$), DEHB ve kontrol ($p=1.000$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Alay faktörü açısından gruplar karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır($p=0.003$). Yapılan post hoc ikili karşılaştırmalarda MKB ve kontrol ($p=0.015$), MKB+DEHB ve Kontrol ($p=0.005$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. DEHB ve kontrol ($p=0.322$), DEHB ve MKB ($p=1.000$), MKB+DEHB ve DEHB ($p=1.000$), MKB ve MKB+DEHB ($p=1.000$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Açık Saldırı faktörü açısından gruplar karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır($p=0.000$). Yapılan post hoc ikili karşılaştırmalarda MKB ve kontrol ($p=0.002$), MKB+DEHB ve Kontrol ($p=0.000$), DEHB ve MKB+DEHB ($p=0.000$), MKB ve MKB+DEHB ($p=0.045$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. DEHB ve kontrol ($p=0.243$), MKB ve DEHB ($p=0.804$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. İlişkisel Saldırı faktörü açısından gruplar karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır($p=0.081$). Kişisel Eşyalara Saldırı faktörü açısından gruplar karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0.008$). Yapılan post hoc ikili karşılaştırmalarda farkın MKB+DEHB ve Kontrol ($p=0.007$) grupları arasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır. Akran zorbalığı yapma durumları açısından ölçek toplam puanına bakıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır($p=0.000$) (Sırasıyla ortalama ve standart sapma değerleri: MKB=12.0±8.3, MKB+DEHB=15.9±7.8, DEHB=7.8±6.7, Kontrol=4.4±5.2). Yapılan post hoc ikili karşılaştırmalarda MKB ve kontrol ($p=0.000$), MKB+DEHB ve Kontrol ($p=0.000$), MKB+DEHB ve DEHB ($p=0.000$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. MKB ve MKB+DEHB ($p=0.224$), MKB ve DEHB ($p=0.138$), DEHB ve Kontrol ($p=0.387$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 41. AZBÖ Post-hoc Analizler

AZBÖ	Post-hoc analizlerde gruplararası fark / p
Korkutma/ Sindirme	MKB+DEHB/ DEHB → 0.048 MKB+DEHB/ Kontrol → 0.005
Alay	MKB+DEHB/ Kontrol → 0.005 MKB/ Kontrol → 0.015
Açık Saldırı	MKB+DEHB/ Kontrol → 0.000 MKB+DEHB/ MKB → 0.045 MKB+DEHB/ DEHB → 0.000 MKB/ Kontrol → 0.002
Kişisel Eşyalara Saldırı	MKB+DEHB/ Kontrol → 0.007
AZBÖ Toplam	MKB+DEHB/ Kontrol → 0.000 MKB/ Kontrol → 0.000 MKB+DEHB / DEHB → 0.000

9. TARTIŞMA

Madde kullanım bozuklukları (MKB), çok sayıda kişiyi etkileyen, pahalı sonuçları olan ve tekrarlayan bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. MKB son yıllarda toplumun daha geniş kesimini etkilemeye başlamıştır. Her ne kadar ülkemizdeki madde kullanım oranları gelişmiş batı ülkeleri düzeyinde olmasa da madde kullanım sıklığında belirgin artış olduğu bilinmekte ve dünya genelinde giderek büyüyen bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Ergenler de madde kullanımı açısından önemli bir risk grubunu oluşturmaktadır.

Çalışmamızda Madde Kullanım Bozukluğu(MKB) olan ergenler, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) eşanlı MKB olan ergenler, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) olan ergenler ve sağlıklı kontrol grubu ergenler Yürütücü işlevler, Çocukluk Çağı Örselenmeleri ve Akran Zorbalığı açısından karşılaştırılmıştır. Literatür incelendiğinde bu konuda ergenlerle yapılan az sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Çalışmamız çocuk ve ergen bağımlılığında bu özellikleri bir arada değerlendiren ilk çalışma niteliğini taşıyor olması açısından önemlidir.

9.1. Sosyodemografik Özelliklerin Değerlendirilmesi

Çalışmamıza dahil edilme kriterlerinden birisi 14-19 yaş aralığında olmak olarak belirlenmiştir. Olguların yaş ortalaması, MKB grubunda 16.95 ± 1.03 , MKB+DEHB grubunda 16.80 ± 1.10 , DEHB grubunda 16.44 ± 1.33 , kontrol grubunda 16.83 ± 1.06 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Çalışmamızın yapıldığı EGEBAM'ın 2003-2005 yıllarına ait kayıtlarının incelendiği bir çalışmada da, olguların yaşlarının aritmetik ortalaması 16.2 olarak bulunmuştur (24).

Çalışmamızda gruplar cinsiyet dağılımları açısından değerlendirildiğinde Madde Kullanım Bozukluğu grubunda %83.3 (n=25) erkek, %16.7 (n=5) kız; MKB+DEHB grubunda %90.3 (n=28) erkek, %9.7 (n=3) kız; DEHB grubunda %86.7 (n=26) erkek, %13.3 (n=4) kız ve kontrol grubunda %84.8 (n=28) erkek, %15.2 (n=5) kız

cinsiyet olarak dağılım göstermiştir. Gruplar arasında cinsiyet açısından anlamlı fark saptanmamıştır .MKB ve MKB+DEHB grubuna alınan olgular yaş ve cinsiyet özelliklerine bakılmaksızın çalışmaya alınmıştır. Kontrol grubuna ve DEHB grubuna alınan olgular ise MKB ve MKB+DEHB gurubu ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmeye çalışılmıştır. 2003-2005 arasında EGEBAM (Ege Üniv. Çocuk, Ergen, Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezi) polikliniğine başvuran olguların %88,5' i erkek, %11,5 kız hastalardan oluşmaktadır (24).Bizim çalışmamızda da madde kullanan olguların tamamına bakıldığında (n=53) olguların %85'i erkek, %15'i kız olgulardan oluşmaktadır.

2001 yılında 9 ayı ilde 11.989 ilköğretim ve 12.270 ortaöğretim öğrencisi (10-12 ve 15-17 yaş grubu) ile yapılan araştırmada, ilköğretimde yaşam boyunca en az bir kez tütün kullanım riskinin erkeklerde kızlara oranla iki kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Ortaöğretimde cinsiyetlere göre tütün kullanımı tahmini risk oranının azaldığı gözlenmektedir. Alkol, uçucu ve yasal olmayan madde kullanım riski yine erkeklerde daha yüksek olarak bulunmuştur (139).

Örnekleminizdeki olguların anne eğitim düzeyine göre de karşılaştırılmıştır. Anne eğitim düzeyi açısından madde kullanan gruplar arasında fark saptanmamıştır. Örnekleminizdeki olgular baba eğitim düzeyi açısından da değerlendirilmiştir. Madde kullanan gruplar arasında babalarının eğitim düzeyi açısından fark bulunmamıştır. Genel olarak gruplardaki anne-baba eğitim düzeyine bakıldığında yaklaşık % 50 anne-babanın ilkokul mezunu olduğu görülmektedir. Çalışmamızdaki bulgularla paralel olarak Atar ve arkadaşlarının Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde 2016 yılında 100 ergen olgu ile yaptıkları çalışmada da anne baba eğitim düzeylerine bakıldığında yaklaşık %60-70 olgunun anne-babasının ilkokul mezunu olduğu görülmektedir (140).

Örnekleminizdeki olgular aile yapıları açısından da değerlendirilmiştir. MKB grubunda 20 çekirdek aile, 10 parçalanmış aile, MKB+DEHB grubunda 25 çekirdek aile, 6 parçalanmış aile, DEHB grubunda 27 çekirdek aile, 3 parçalanmış aile kontrol grubunda ise 27 çekirdek aile, 6 parçalanmış aile olduğu saptanmıştır. Gruplar

arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Ergenlerin madde kullanımında aile etkisi bir koruyucu faktör ya da risk faktörü olabilmektedir. Şimdiye kadar yapılan birçok araştırmada; evi terk etme, ölüm, boşanma gibi çeşitli nedenlerle parçalanmış aileye sahip olan ergenlerin madde kullanım bozukluğuna yakalanma risklerinin arttığı bildirilmiştir (141). Çalışmamızda bu açıdan anlamlı fark saptanmamıştır.

Örneklem grubunun sosyoekonomik durumunu değerlendirmek amacıyla olgulara aylık gelir düzeyleri sorulmuştur. 2000 TL'nin altında aylık geliri olanlar, 2000TL ve üzerinde aylık geliri olanlar olarak 2 gruba sınıflandırılmıştır. Sosyoekonomik düzey dağılımı açısından örneklem grubu değerlendirildiğinde madde kullanımı olan grupların literatür ile uyumlu olacak şekilde daha düşük sosyoekonomik düzeydeki ailelerden geldikleri saptanmıştır, 2014 yılında yayınlanan bir meta-analizde düşük sosyoekonomik düzeydeki ailelerde yaşayan ergenlerin yüksek sosyoekonomik seviyedeki ailelerde yaşayan ergenlere göre% 22daha fazla esrar ve alkol kullanma ihtimalinin olduğu tespit etmiştir (142). Ülkemizde yapılan MKB tanıli ergenlerin ebeveynlerinde psikopatoloji ve mizaç özelliklerinin araştırıldığı bir çalışmada, MKB olan ergenlerin ailelerinin aylıkgelirlerinin ortalamasının, sağlıklı kontrollerin ortalamasından daha düşük olduğu belirtilmiştir(143).

Örneklemimizdeki olguların, okul durumuna bakıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Standart okul haftanın 5 günü eğitim öğretime devam eden okul olarak tanımlanmıştır. Açık öğretim lisesi ve haftanın 1 günü öğretim yapan çıraklık okulu standart okul olarak tanımlanmamıştır. Örneklem grubu seçilirken MKB ve MKB+DEHB grupları ile kontrol grubunun okul durumu açısından eşleştirilmesine özen gösterilmiştir. Ancak DEHB grubu düzenli poliklinik kontrollerine devam eden olgulardanoluştugu ve DEHB olguları akademik hayat devam etmiyorsa genelde poliklinik takiplerini bıraktığı için DEHB grubunda bu eşleştirme yapılamamıştır.

Örneklemimizdeki olgular, çalışma durumuna göre değerlendirilmiştir. Gruplar arasında fark anlamlı bulunmuştur. MKB, MKB+DEHB ve DEHB grupları bu açıdan benzer iken kontrol grubunda çalışan olgu sayısının diğer gruplardan yüksek

olduğu grlmŖtir. MKB ve MKB+DEHB grubundaki olgular çoğunlukla okula devam etmeyen gençler olduğu için kontrol grubu olgular da alıŖmamızın metodolojisi gereğince örgün eğitime devam etmeyen olgulardan alınmıŖtır. Bu sebeble kontrol grubunda alıŖma oranları yüksek ıkmıŖ olabilir. Ancak rnekleme baktığımızda MKB ve MKB+DEHB grubunda okulu bırakma oranının yksekve alıŖma oranın görece olarak daha dŖk olduğu görülmektedir.

Bu bulgular madde kullanım bozukluğu olan ergenlerde okulu bırakma oranlarının yüksek olduğu ve okula devam eden ve akademik olarak baŖarılı olan ergenlerde madde kullanım bozukluğunun daha az görüldüğü Ŗeklindeki araŖtırma sonuçlarıyla uyumludur (144). Fransa’da yapılan ve 17 yaŖındaki 29393 ergenin dahil edildiği geniŖ örneklemli bir alıŖmada 16 yaŖ öncesi esrar kullanımı olan olguların %5,3’ünün okula devam etmedikleri belirtilmiŖtir (145). Lynskey ve arkadaŖlarının adolesanlarda madde kullanımının eğitim durumuna etkisini inceledikleri bir gözden geçirme alıŖmasında, MKB olan olguların sağlıklı kontrollere göre daha dŖk akademik baŖarı gösterdikleri ve okula devam durumlarının daha az olduğu belirtilmiŖtir (146).

alıŖmamızda akademik baŖarı yaptıkları sınıf tekrarına göre deđerlendirilmiŖtir. Gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıŖtır. Kontrol grubuna bu açıdan bakıldığında olguların büyük çoğunluğu ıracılık okuluna devam eden gençlerden oluŖmaktadır. ıracılık okuluna çoğunlukla herhangi bir sebeple eğitim sisteminin dıŖında kalan gençler devam etmektedir. Bu sebeple sınıf tekrarı açısından gruplar benzerdir. Sınıf tekrarı nedeni açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıŖtır.

rneklemimizdeki olguların ilaç kullanım durumlarına bakıldığında hasta grupları arasında anlamlı fark bulunmamıŖtır.

rneklemimizdeki olgular, anne, baba ve kardeŖ gibi birinci derece akrabalarında psikiyatrik bozukluk öyküsü varlığına göre deđerlendirilmiŖtir. Olguların annelerinde, MKB grubunda %3.4 (n=1) , MKB+DEHB grubunda %38.7 (n=12),

DEHB grubunda %30.0 (n=9), kontrol grubunda ise %12.1 (n=4) oranında psikiyatrik bozukluk görülmüştür. Olguların babalarında, MKB grubunda %10.0 (n=3), MKB+DEHB grubunda %12.9 (n=4), DEHB grubunda %13.3 (n=4), kontrol grubunda ise %0.0 (n=0) oranında psikiyatrik hastalık olduğu görülmüştür. Olguların kardeşlerinde, MKB grubunda %11.1 (n=3), MKB+DEHB grubunda %29.6 (n=8), DEHB grubunda %25.0 (n=5), kontrol grubunda ise %3.3 (n=1) oranında psikiyatrik bozukluk olduğu görülmüştür. Yüncü ve arkadaşlarının madde kullanan ergenlerin ebeveynlerinde psikopatoloji ve mizaç özelliklerini incelediği bir çalışmada, MKB olan ergenlerin ebeveynlerinin %51,1'inde, kontrol grubu ebeveynlerinin ise %12,5'inde şu anda da geçmişte en az bir psikiyatrik hastalık yaşadıkları belirtilmiştir(143).

Örneğimizdeki olgular, anne, baba ve kardeş gibi birinci derece akrabaları dışında kalan akrabalarındaki psikiyatrik bozukluk öyküsü varlığına göre değerlendirilmiştir. Bu kriter açısından gruplar benzer bir nitelik göstermektedir.

Örneğimizdeki olgular, anne ve babalarında düzenli sigara ve alkol kullanımına göre değerlendirilmiştir. Olguların annelerinde düzenli sigara ve alkol kullanımı bakımından anlamlı fark saptanmamıştır. MKB ve MKB+DEHB grubundaki babaların daha yüksek oranda düzenli sigara ve alkol kullanımları olduğu saptanmıştır. Ebeveynlerin sigara kullanımının çocukların sigara kullanımına olan etkisinin incelendiği 11 yıllık bir kohort çalışmasında, sigara kullanmayan ebeveynlerin çocuklarında sigara kullanımının %8, sigara kullanan ebeveynlerin çocuklarında ise ebeveynin sigara kullanım şiddetine göre %23 -%29 oranında sigara kullanım oranının olduğu bildirilmiştir (147). Bizim örneğimizde de madde kullanan olgu gruplarının babalarında daha fazla sigara ve alkol kullanımı olduğu saptanmıştır.

9.2. Olguların Sigara Alkol ve Madde Kullanım Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Gruplar sigara kullanımları açısından herhangi bir eşleştirme yapılmadan seçilmiştir. Örnekleme bakıldığında sigara kullanım oranının madde kullanımı olan grupta oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Madde kullanıcılarında sigara ve alkol kullanım sıklığının yüksek olduğu birçok çalışmada bildirilmiştir. Yaşam boyunca en az bir defa yasadışı madde kullananların %71'inin aynı zamanda sigara kullandığı bildirilmiştir (148). Erken yaşta sigara kullanımı, sonraki dönemde madde kullanımı için bir risk faktörüdür(149). Yüncü ve arkadaşlarının 2006 yılında yayınladıkları çalışmada olguların %94.4'ünün sigara kullandığı, sigara başlama yaşının ise 12.3 ±2.72 olduğu bildirilmiştir(24). Ülkemizde yapılan ve bir çocuk ve ergen alkol madde araştırma ve tedavi merkezine başvuran olguların incelendiği bir çalışmada olguların %94,6'sının sigara kullandığı bildirilmiştir(150). ABD'de yapılan ortaokul ve lise öğrencilerinin sigara kullanım durumunun bildirildiği raporda, 4,6 milyon öğrenciden 2,2 milyonun en az bir tütün ürünü kullandığı bildirilmiştir(151). Bizim çalışmamızda da madde kullanan gruplarda sigara kullanım oranları daha yüksek çıkmıştır. Sigara genç nüfusta ilk olarak denenen bağımlılık yapıcı maddedir. Sigaraya başlama yaşı açısından bakıldığında madde kullanan gruplarda sigaraya başlama yaşının 2 yıl daha erken olduğu görülmektedir. Bu açıdan çalışmamızın sonuçları literatürle uyumludur.

Örneklem grubunun sigara kullanım miktarı açısından da karşılaştırılmıştır. Sigara kullanım miktarları açısından gruplara bakıldığında MKB, MKB+DEHB sigara kullanım miktarı açısından birbirlerine benzerdir ve diğer iki gruptan daha fazla miktarda sigara kullandıkları görülmektedir.

Örneklem grubuna alkol kullanım durumu açısından bakıldığında, %59.7 (n=74) alkol kullandığı, %40.3'ünün (n=50) hiç alkol kullanmadığı görülmüştür. Alkol kullanım durumu açısından gruplara bakıldığında, MKB grubunda %83.3'ünün (n=25) alkol kullanımı olduğu, %16.7'sinin (n=5) alkol kullanmadığı ve MKB grubunda alkol kullanan olgularda alkol bağımlılığı olmadığı saptanmıştır.

MKB+DEHB grubunun %83.8'inin (n=26) alkol kullanımı olduğu, %16.1'inin (n=5) alkol kullanımı olmadığı ve MKB+DEHB grubunda alkol kullanan olgulardan %11.5'inde (n=3) alkol bağımlılığı olduğu saptanmıştır. DEHB grubunun %20'sinin (n=6) alkol kullandığı, %80.0'inin (n=24) ise hiç alkol kullanmadığı ve alkol kullanan olgularda alkol bağımlılığı olmadığı saptanmıştır. Kontrol grubuna bakıldığında, bu grubun %51.5'inin (n=17) alkol kullanımı olduğu, %48.5'inin (n=16) ise hiç alkol kullanmadığı ve alkol kullanan olgularda alkol bağımlılığı olmadığı saptanmıştır. Grupların alkol kullanım durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu saptanmıştır. Örneklemin tamamına bakıldığında alkol kullanım bozukluğu olan olgu sayısı 3'tür. MKB ve MKB+DEHB gruplarında alkol kullanan olgu sayısı daha fazladır. Alkole başlama yaşı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Türkiyede çok merkezli bir çalışma ile madde kullanıcılarının özelliklerini araştıran Ögel ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada madde kullanıcısı erişkinlerde alkole başlama yaşı 16.6 olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızda daha düşük yaş ortalamasının saptanması (MKB=14.20±1.41, MKB+DEHB=14.00±1.81, DEHB=13.50±1.41, Kontrol=14.82±1.31) ergen yaş grubu ile çalışıyor olmamızdan kaynaklanıyor olabilir (152).

Örneklemindeki olgular madde kullanımı açısından bakıldığında DEHB ve kontrol grubunda metodoloji gereğince madde kullanımı yoktu. Kullanılan maddeler açısından karşılaştırmalar MKB ve MKB+DEHB grupları arasında yapıldı.

Esrar kullanımı açısından bakıldığında MKB ve MKB+DEHB gruplarının hepsinde esrar kullanımı vardı. Esrar bağımlılığı açısından örnekleme bakıldığında, MKB grubunun %93.3'ünün (n=28), MKB+DEHB grubunun %87.1'inin (n=27) esrar bağımlısı olduğu görülmüştür. Esrara başlama yaşı açısından iki grup arasında fark yoktu. Esrar kullanım sıklığına bakıldığında grupların yaklaşık %50'sinin haftada 2-5 defa esrar kullandığı görülmüştür. Örnekleme grubuna sentetik esrar kullanım durumu açısından bakıldığında, MKB grubunun %73.3'ünün (n=22) sentetik kannabinoid kullandığı, MKB+DEHB grubunun %74.2'sinin (n=23) sentetik kannabinoid kullandığı ve bu olgulardan MKB grubunun %54.5'inin (n=12),

MKB+DEHB grubunun %47.8' inin (n=11) sentetik kannabinoid bağımlısı olduğu görülmüştür. Son yirmi yılda esrar, gelişmekte olan ülkelerdeki gençlerde kullanımı en hızlı artan maddedir ve kullanımı son dönemde küresel olarak artmaktadır. Esrar kullanımı tıpkı sigara kullanımı gibi diğer maddelerin kullanımından önce başlar ve diğer maddelerin kullanımı için bir risk faktörüdür (146). Çalışmamızın yapıldığı EGEBAAM'ın 2003-2005 yılları verileri incelendiğinde, en sık kullanılan maddenin sigaradan sonra %75.2 ile esrar olduğu bildirilmiştir aynı çalışmada maddeye başlama yaşı $13,7 \pm 2,16$ olarak bulunmuştur (24). Ülkemizde yapılan bir çocuk ve ergen madde bağımlılığı araştırma ve tedavi merkezine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri ve kullandıkları madde türlerinin incelediği bir çalışmada olguların %94.6'sının sigara %43'ünün ise alkol kullandığı bildirilmiştir. Bu çalışmada da sigaradan sonra en sık kullanılan maddenin %85.3 ile esrar olduğu saptanmıştır (150). İlk ve ortaöğretim öğrencilerinde tütün, alkol ve madde kullanım yaygınlığını araştıran bir çalışmada esrar deneme yaşı ortalaması; ilköğretimde $12,8 \pm 1$ yaş ve orta öğretim öğrencileri arasında $13,8 \pm 1,9$ yaş olarak saptanmıştır (139). Esrar ABD'de de lise öğrencileri arasında en yaygın kullanılan yasa dışı ilaçtır. Esrar kullanımı deneyenlerin %10'unun günlük kullanıcı, % 20-30'unun haftalık kullanıcı olduğu tahmin edilmektedir (153). Çalışmamızda dikkati çekilmesi gereken bir başka konu sentetik esrar kullanım sıklığıdır. Türkiye'de özellikle son yıllarda popüler olan ve "yeni nesil" sentetik kannabinoid olarak adlandırılan "bonzai" ve "jameika" kullanımının artması toplum sağlığına karşı bir tehdit yaratmaktadır. Bizim çalışmamızda da MKB grubunun %73.3'ünün (n=22) sentetik kannabinoid kullandığı, MKB+DEHB grubunun %74.2'sinin (n=23) sentetik kannabinoid kullandığı ve bu olgulardan MKB grubunun %54.5'inin (n=12) , MKB+DEHB grubunun %47.8' inin (n=11) sentetik kannabinoid bağımlısı olduğu saptanmıştır. Amerika Birleşik Devletleri'nde acil servis ve adli kliniklere sentetik esrar kullanımının olumsuz sonuçları nedeniyle başvuruların arttığı, Almanya'da ise 15-18 yaş grubundakilerin yüzde 6'sının bu maddeyi denemiş olduğu bildirilmiştir (154,155). Ülkemizde ergenlerde sentetik esrar kullanım sıklığının araştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Diğer(Esrar ve Sent. Kannabinoid Dışı) maddelerin kullanımı açısından örnekleme bakıldığında MKB grubunun %86.7'sinin (n=26) ekstazi kullandığı ve bunlardan %88.5'inin (n=23) ekstazi bağımlısı olduğu; %20.0'mın(n=6) uçucu madde kullandığı ve bunlardan %33.2'sinin (n=2) uçucu madde bağımlısı olduğu; %16.7'sinin (n=5) benzodiazepin kullandığı ve bunlardan %40.0'nın (n=2) benzodiazepin bağımlısı olduğu görülmüştür. MKB+ DEHB grubunun %90.3'ünün (n=28) ekstazi kullandığı ve bunlardan %75.0'inin (n=21) ekstazi bağımlısı olduğu; %41.9'unun (n=13) uçucu madde kullandığı ve bunlardan %53.8'inin (n=7) uçucu madde bağımlısı olduğu; %38.7'sinin (n=12) benzodiazepin kullandığı ve bunlardan %33.3'ünün (n=4) benzodiazepin bağımlısı olduğu; %29'unun (n=9) opioid kullandığı ve bu olgulardan %55.5'inin (n=5) opioid bağımlısı olduğu görülmüştür.Çalışmamızın yapıldığı EGEBAAM'ın 2003-2005 yılları verileri incelendiğinde, sigara ve esrardan sonra kullanılan madde sıklıkları sırasıyla inhalan (%53.8), ekstazi (%43.6), alkol (%43.2), benzodiazepin (%31.4), kokain (%2.6), diğer (%1.7), opioid kullanımın (%0.3) olduğu saptanmıştır (24).Ülkemizde yapılan bir çocuk ve ergen madde bağımlılığı araştırma ve tedavi merkezine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri ve kullandıkları madde türlerinin incelediği bir çalışmada olguların madde kullanım oranlarına bakıldığında, %85.3 esrar, %43 uçucu madde, %22 ekstazi, %8.5 benzodiazepin olduğu vurgulanmıştır(150). MKB+DEHB (N=90) ve MKB (N=96) olan ergenler ile yapılan bir çalışmada, MKB+DEHB olan hastaların en çok kullandığı maddeler sırası ile alkol, tütün ve esrar olarak bulunmuştur (156). Biederman ve arkadaşlarının 1995'te erişkinlerle yaptıkları çalışmada ise sırasıyla esrar, kokain ve psikostimülanların DEHB olan hastalar tarafından en sık kullanılan maddeler olduğu ve opiatın, DEHB olguları tarafından az tercih edildiği belirtilmiştir(157). Bizim çalışmamızda MKB ve MKB+DEHB grupları arasında madde bağımlılık oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamış olsada opioid, uçucu, benzodiazepin ve alkol bağımlılığının MKB+DEHB grubunda daha fazla olduğu saptanmıştır.

9.3. Grupların Yürütücü İşlevler ve Dürtüsellik Açısından Değerlendirilmesi

Çalışmamızda olgularda yürütücü işlevleri değerlendirebilmek için Wisconsin Kart Eşleme Testi (WKET) kullanılmıştır. Olguların ebeveynlerine de Yönetici İşlev Davranışlarını Derecelendirme Ölçeği (YİDDÖ) uygulanmıştır. Dürtüsellik açısından değerlendirme için Single-Key Dürtüsellik Paradigması (Single-Key Impulsivity Paradigm; SKIP) kullanılmıştır.

Çalışmamızın sonucunda madde kullanımının yürütücü işlevlerin bozulması açısından önemli bir role sahip olduğu gözlenmiştir. DEHB'nin de yürütücü işlevlerdeki bozulmayla kuvvetli bir ilişkisi olduğu bilinmektedir. Ancak çalışmamızda DEHB grubuna alınan olgular polikliniğe düzenli devam eden olgulardan alındığından yürütücü işlev testlerindeki bozulma çok belirgin olmamıştır.

9.3.1. Yönetici İşlev Davranışlarını Derecelendirme Ölçeği (YİDDÖ)'nin Değerlendirilmesi

YİDDÖ-ABF' nin 8 alt ölçeği vardır. Bunlar duygusal kontrol, kaydırma, ketleme, planlama/örgütlenme, çalışma belleği, başlatma, malzeme örgütlenme, izleme şeklindedir. Bu alt ölçeklerden duygusal kontrol, kaydırma, ketleme toplamı davranım düzenleme göstergesi puanını, planlama/örgütlenme, çalışma belleği, başlatma, malzeme örgütlenme, izleme puanları toplamı üst-biliş göstergesini verir. Davranım düzenleme göstergesi ve üst-biliş göstergesi puanları toplanarak ise ölçek toplam puanı olan yönetici işlev göstergesi hesaplanır. Ölçekten alınan yüksek puanlar yüksek düzeyde yönetici işlev bozukluğuna işaret eder. Bizim çalışmamızda ölçek puanlarına bakıldığında en fazla bozulma MKB+DEHB grubunda saptanmıştır. Davranım düzenleme göstergesine(DDG) bakıldığında hasta gruplarındaki bozulma kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazladır. Hasta grupları kendi aralarında değerlendirildiğindeyse MKB+DEHB grubundaki bozulma MKB ve DEHB gruplarına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla saptanmış olup, MKB ve DEHB grupları kendi aralarında farklılaşmamıştır. Üst Biliş Göstergesi (ÜBG) puanında da hasta gruplarındaki bozulma kontrol grubuna kıyasla

istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazladır. Hasta grupları kendi aralarında değerlendirildiğindeyse MKB grubundaki bozulma MKB+DEHB ve DEHB gruplarına kıyasla daha az saptanmış olup MKB+DEHB ve DEHB grupları kendi aralarında farklılaşmamıştır. Ölçek toplam puanı olan Yönetici işlev göstergesinde hasta gruplarındaki bozulma kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazladır. Hasta grupları kendi aralarında değerlendirildiğindeyse MKB+DEHB grubundaki bozulma MKB grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla saptanmıştır. DEHB ile madde kullanımını olan gruplar benzerdir.

YİDDÖ-ABF ebeveynlerin çocuklarıyla ilgili davranış değerlendirmesi yaptıkları bir ölçektir. Bu sonuçlara göre yürütücü işlevler açısından en fazla bozulma DEHB eşanlı MKB grubunda saptanmıştır. DEHB ve MKB gruplarında kontrol grubuna kıyasla bozulma olmakla beraber bu gruplar kendi aralarında benzerdir. Bu sonuçlar madde kullanan hasta gruplarında DEHB eşanısının yürütücü işlevlerdeki bozulmayı artırdığını destekler niteliktedir.

9.3.2. Wisconsin Kart Eşleme Testi(WKET) Sonuçlarının Değerlendirilmesi

WKET, soyutlama ve kavramsallaştırma becerisini değerlendirdiği gibi kişinin oluşturduğu kurulumu sürdürebilme, gerektiğinde bu kurulumu değiştirebilme gibi frontal karmaşık dikkat sisteminin değerlendirilmesinde kullanılan bir testtir. WKET'nin temelde perseverasyonu yani davranış kurulumunu değiştirebilmeyi ölçtüğü kabul edilmektedir (127).

Madde kullanan gruplarda kontrol ve DEHB grubuna göre test performansı daha düşük bulunmuştur. Toplam doğru sayısı ve kavramsal düzey tepki yüzdelerine bakıldığında MKB ve MKB+DEHB gruplarının test performansları DEHB ve Kontrol gruplarına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük fakat kendi aralarında benzerdir. DEHB ve kontrol gruplarının test performansları daha yüksek ve yine kendi aralarında benzerdir. Yineleyici tepki sayısı ve yineleyici hata sayısı açısından gruplar istatistiksel olarak farklılaşmış olup bu farkın MKB+DEHB ve

kontrol grupları arasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır. Bu iki değişken açısından diğer ikili grup karşılaştırmalarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmasada MKB grubunda da test performansının daha düşük olduğu görülmüştür.

Alanyazına bakıldığında Hermann ve arkadaşlarının 2007 yılında 13 esrar kullanan yetişkin erkek ile 13 kullanmayan yetişkini WKET ile yürütücü işlevler açısından değerlendirdiği çalışmada, esrar kullanan olgu grubunun hata sayısının kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (158). Yine yetişkin madde kullanıcıları ile 2011 yılında yapılan başka bir çalışmada Rafael Coullaut-Valera ve arkadaşları da esrar kullanıcılarının daha düşük test performansı gösterdiğini saptamıştır (159). Bu konuda bağımlı ergenlerle yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Madde kullanımı ve DEHB'nin yürütücü işlevler açısından olası olumsuz etkileri birçok araştırmada incelenmiştir. Alanyazına bakıldığında yapılan bir çalışmada yürütücü işlev kognitif disfonksiyonu ile ilişkili olarak yüksek görev kaydırma yetersizliği(task shift disability) opiyat bağımlılığının ciddiyeti ile anlamlı bir şekilde öngörülmüştür (61). Çoğul madde bağımlılığı yürütücü işlev defisitlerinden disinhibisyon, görev değiştirme yetersizliği, karar verme ile ilgili sorunlar ve yeni bilgilerin işlenmesi ile ilişkilendirilmiştir (8). Yapılan bir araştırmada çoklu madde bağımlıların yürütücü işlevlerden planlama becerisini değerlendirmek için çeşitli planlama testlerinden aldıkları performans puanları sağlıklı kontrollerle mukayese edilmiştir, çoklu madde bağımlıları uygulanan testlerde sağlıklı kontrollere göre daha kötü performans sergilemişlerdir (62). Esrarın akut olarak öğrenme ve bellek üzerinde bozulmaya yol açtığı saptanmıştır. Hart ve arkadaşları placebo, hafif(1.8%), ve ağır (3.9%) THC esrar kullanımının dikkat üzerindeki kronik ve akut etkilerini incelemiş; kayda değer bir değişiklik saptayamamışlardır (63). Benzer olarak Haney ve arkadaşları akut entoksikasyon sonrası, günlük cannabis kullanıcılarının parçalanmış dikkatle ilgili bölümlerde daha iyi oldukları saptamışlardır (64).Akut esrar kullanımı genellikle planlama, karar vermeyi bozar (66). Bir çalışmada esrar, kokain kullanımı olan bireylerle kontrol grubu karşılaştırılmış esrar kullanımı

olanlarda karar verme ve risk alma alanlarında ciddi bozulma saptanırken, kokain kullanımını olanlarla aralarında belirgin bir fark saptanamamıştır (67).

DEHB tanısı olan çocuklarda yapılan nöropsikolojik testlerde yürütücü işlevler olarak bilinen uyanıklık, motor yanıtın durdurulması, planlama, organizasyon, öğrenme ve sözel bilginin hatırlanması gibi işlevlerde bozulma bildirilmektedir (9). Bazı çalışmalar yürütücü işlevlerdeki bozulmayı dikkat eksikliği ile ilişkilendirirken, bazıları da altta yatan zayıf inhibitör kontrolle ilişkilendirmektedir (55).DEHB’de yürütücü işlev disfonksiyonu temel belirtilerden biridir. Ancak düzenli tedavi ile bu yürütücü işlev fonksiyonlarının düzeldiğine dair pek çok çalışmaya rastlanmıştır. 2015 yılında yapılan bir çalışmada 128 çocuk ve ergen 12 haftalık OROS-MPH tedavisinden sonra WKET in 13 puanından 10’unda belirgin iyileşme saptanmıştır (160). 2015 yılında ülkemizde yapılan bir çalışmada daha önce hiç tedavi almamış 47 DEHB olgusuna 7 hafta OROS-MPH, 13 hafta ATX tedavisinden tedaviden önce ve sonra WKET uygulamışlardır. Tedavi sonrasında olgularda WKET puanlarında iyileşme saptamışlardır(161). Çalışmamızda DEHB olguları polikliniğe düzenli devam eden olgulardan oluşmaktadır. DEHB olgularının WKET puanları açısından kontrol grubuyla farklılaşmıyor olması bu açıdan literatürle uyumludur. Fakat ebeveyn bildirimine dayanan YİDDÖ-ABF’de ise fazla bozulma MKB+DEHB grubunda olmakla beraber, DEHB grubunda da kontrol grubuna kıyasla bozulmanın daha fazla olduğu saptanmıştır. Toplak ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada 46 DEHB tanılı ergen ve 44 sağlıklı ergenle yaptıkları bir çalışmada ebeveyn bildirimine dayanan yürütücü işlev değerlendirme sonuçları ile nöropsikolojik test batarya sonuçlarının öngördürücü olmadığı saptanmıştır (162). Bizim çalışmamızda da, MKB, MKB+DEHB ve DEHB olan hastalarda yürütücü işlevlerin davranışsal derecelendirmesinin yararını vurgulamaktadır; bununla birlikte, davranışsal değerlendirmelerin, klinik uygulamada yürütücü işlev ölçümleri üzerinde performans için bir öngördürücü olduğu varsayılmamalıdır.

Çalışmamızda dürtüselliği değerlendirmek için Single-Key Dürtüsellik Paradigması (Single-Key Impulsivity Paradigm; SKIP) kullanılmıştır. Dürtüsellik açısından

gruplara baktığımızda SKIP en uzun bekleme süresi ve toplam yanıt sayısı açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

9.4.Çocukluk Çağı Örselenmeleri Açısından Sonuçların Değerlendirilmesi

Duygusal İstismar ve fiziksel istismar açısından bakıldığında MKB ve MKB+DEHB kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar almış olup, DEHB ve kontrol ile hasta grupları kendi aralarında benzerdir. Fiziksel ihmal açısından bakıldığında MKB+DEHB kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar almış olup diğer ikili karşılaştırmalar benzerdir. Duygusal ihmal açısından bakıldığında MKB grubu kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek puanlar almış olup diğer ikili karşılaştırmalar benzerdir. Cinsel taciz açısından gruplar karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Ölçek toplam puanına bakıldığında hasta grupları kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar almış olup hasta grupları kendi aralarında farklılaşmamış olmakla birlikte MKB, MKB+DEHB gruplarının daha yüksek puanlar aldığı saptanmıştır.

Madde kötüye kullanımı olan farklı hasta gruplarında geriye dönük yapılan çalışmalarda, bulgularımıza benzer şekilde çocukluk çağı travmaları daha sık bulunmuştur (86). Ülkemizde 2004 yılında yayınlanan bir çalışmaya göre, madde kullanımı olan hastaların, çocukluk çağında travmatik yaşantılara, kontrollere nazaran daha yüksek oranda maruz kaldıkları saptanmıştır (82). 2007'de Almanya'da yapılan bir araştırma, ÇÇÖ'nü erken yaşta alkole başlama ile (84), 2009'da Kanada'da yapılan bir araştırma ise enjeksiyon yolu ile madde kullanmayı çocuklukta fiziksel istismar ile ilişkili bulmuştur (85). Brezilyada 2010'da yapılan bir çalışmada ise alkol ve madde kullanan hastalarda duygusal, fiziksel ve cinsel istismar kontrollere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (86). M.J. Alvarez-Alonso ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada çoklu madde kullanımı açısından risk faktörlerine bakıldığında bunlarla yüksek ilişkili değişkenlerin, özellikle cinsel istismar ve duygusal ihmali içeren her türlü kötü muamele olduğu ayrıca, depresyon

tanısı ve alkolizmi olan bir aile öyküsü varlığı olduğu saptanmıştır (10). Yine yapılan çalışmalarda çocukluk çağında istismara maruziyetin ileride alkol madde kullanım riskini 1.4 kat arttırdığı saptanmıştır (11,12). Erişkin bağımlı hasta grubunda yapılan başka bir çalışmada yaşam boyu istismara uğrama oranları %45.9 olarak saptanmıştır (87).

Epidemiyolojik açıdan bakıldığında, örselenmeye maruz kalma ve DEHB, çocukluk çağında sıktır. Toplum örneğinde çocukların yarısından çoğunun, psikiyatrik örnekleme ise çocukların üçte ikisinin travmaya ya tanık olduğu veya maruz kaldığı bildirilmiştir . Her iki fenomen de yaygın olduğundan, çoğunlukla çakışmaları şaşırtıcı değildir (88). Bizim çalışmamızda alt ölçeklere bakıldığında DEHB grubu kontrol grubu ile istatistiksel açıdan benzer olsada ölçek toplam puanına bakıldığında kontrol grubundan daha yüksek puanlar almıştır. Diğer taraftan MKB+ DEHB grubu ile tek başına MKB ya da tek başına DEHB tanısı alan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Örselenmeye maruz kalma, DEHB ve MKB arasındaki ilişki gözönünde bulundurulduğunda DEHB eştanılı MKB olgularının geçmişlerinde daha yüksek ÇÇÖ olması beklenebilir fakat bizim çalışmamızın sonuçlarını bunu destekler nitelikte değildir.

Duygusal İstismar ve fiziksel istismar açısından bakıldığında MKB ve MKB+DEHB kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar almış olup DEHB grubunun kontrol grubuyla benzer olması yöntembilimsel açıdan çalışmamıza alınan DEHB grubu olguların polikliniğe düzenli gelen grup olması ve bu olguların psikososyal destek açısından daha iyi durumda olmalarından kaynaklanmış olabilir.

9.5. Akran Zorbalığı Açısından Grupların Değerlendirilmesi

Çalışmamızda Akran Zorbalığı Kurbanlarını Belirleme Ölçeği(AZKBÖ) kullanılmış olup tüm olgulara doldurulmuştur. Ölçekte korkutma/sindirme, alay, açık saldırı, ilişkiyel saldırı, kişisel eşyalara saldırı şeklinde 5 alt ölçek vardır. Ölçekten alınan yüksek puan, kişinin akran saldırısına sıklıkla hedef olduğunu, düşük puan ise

nadiren hedef olduğunu ya da hiç hedef olmadığını göstermektedir. Akran zorbalığı kurbanlarını belirleme alt ölçeklerine bakıldığında kişisel eşyalara saldırı alt ölçek puanında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Diğer alt ölçek puanlarında hasta grupları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek puanlar almış olup kendi aralarında (MKB, MKB+DEHB ve DEHB) farklılaşmamıştır. Ölçek toplam puanlarına bakıldığında MKB, MKB+DEHB ve DEHB gruplarındaki olguların kontrol grubuna kıyasla daha fazla zorbalık kurbanı oldukları saptanmıştır.

Grupların zorbalık yapma durumları açısından karşılaştırmalarına bakıldığında korkutma/sindirme alt ölçeğinde gruplar arasındaki farkın MKB+DEHB ile DEHB ve Kontrol grupları arasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır. MKB+DEHB grubu en yüksek puanları almıştır. Alay alt ölçeğinde gruplar arasındaki farkın MKB ve MKB+DEHB ile kontrol grupları arasındaki farktan kaynaklandığı görülmüştür. Yani alay alt ölçeğinde madde kullanan gruplarda alt ölçek puanları kontrol grubundan daha yüksek çıkmış olup DEHB ve kontrol grupları benzerdir. Açık saldırı alt ölçeğinde yine MKB +DEHB grubu en yüksek puanları almıştır. İlişkisel saldırı açısından gruplar arasında fark saptanmamıştır. Kişisel eşyaları saldırı alt ölçeğinde ise gruplar arasındaki fark MKB+DEHB ve kontrol arasındaki farktan kaynaklanmıştır. Ölçek toplam puanında MKB ve MKB+DEHB grupları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek puan almıştır. DEHB ve kontrol grubu benzerdir. MKB+DEHB grubu MKB grubundan daha yüksek puan almıştır. Çalışmamızın sonuçlarına göre zorbalık davranışı açısından MKB'de DEHB eşyanının varlığı zorbalık yapma riskini artırdığı söylenebilir.

Alanyazına bakıldığında, zorbalığa uğrama ve zorbalık yapmanın kısa ve uzun dönemde birtakım etkileri vardır. Çalışmalara bakıldığında, zorbaların yaklaşık %30'unun dikkat yetersizliği sorunları, %12.5'inin depresyon, %12.5'inin karşıt olma-karşı gelme gibi davranış problemleri yaşadıkları bulunmuştur (105). Kurbanlara oranla zorbaların, alkol ve madde kullanma eğilimlerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (106). Madde kullanımı ve zorbalık arasındaki ilişki görece olarak daha nadir incelenen bir alandır. Zorbalık yapmanın, madde kullanımıyla

ilişkili olduğuna dair önemli kanıtlar alanyazında belirtilmiştir (111–113). Zorbalık mağdurları arasında genel dışsallaştırma problemleri olduğuna dair kanıtlar bulunsa da, zorbalık kurbanı olma ile madde kullanımı arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırma sonuçları net değildir (114–116) . Her gün sigara içmek ve aşırı içki içmek okul çağındaki ergenler arasında başkalarına zorbalık yapma ile ilgili bulunmuştur (14). Madde kullanımı ve zorbalık yapma arasında bir ilişki saptanmış olsa da esrar kullanımında alanyazındaki bilgiler çelişkilidir. Polonyada yapılan bir çalışmada sık esrar kullanımının zorbalık davranışını 3 kat artırdığı saptanmış (13), oysa İsrailden bildirilen başka bir çalışmada ise ilişki saptanmamıştır (14). Finlandiya’lı madde kullanan hasta grubunda yapılan başka bir çalışmada madde kullanımı ve zorba, kurban ya da hem zorba hem kurban olma durumları incelenmiş her iki cinsiyette düzenli olarak sigara kullanımıyla erkeklerdeyse düzenli alkol kullanımı zorbalıkla ilişkili bulunmuştur. Ayrıca kız ve erkek hasta grubunda düzenli olarak sigara kullanımı ve erkeklerde düzenli alkol kullanımı zorbalık davranışı ile ilişkili bulunmuştur. Kız hasta grubunda özellikle daha erken yaşta sigara kullanımı zorbalıkla ilişkili bulunmuş. Bu sonuçlara göre özellikle kızlarda erken yaşta sigaraya başlama zorbalık davranışı için yüksek risk olarak değerlendirilmiş. Yine bu çalışmanın sonuçlarına göre herhangi bir maddeyi kullanım oranları zorba grubunda zorba-kurban grubuna göre daha yüksek bulunmuştur (112). Avusturyada yapılan başka bir çalışmada, akran zorbalığı ve madde kullanımı arasındaki ilişki; başlangıçta ve başlangıçtan 24 ay sonra değerlendirilmiş. Gruplar zorba, kurban, hem zorba hem kurban (zorba-mağdur) şeklinde sınıflandırılmış. Son 6 ayda sigara,alkol, esrar kullanımı değerlendirilmiş. Bu çalışmanın sonuçlarına göre, bulgular, zorbalık ve madde kullanımı arasında ileriye dönük bir ilişki olduğunu desteklemiştir. Yine bu çalışmanın sonuçlarına göre 13 yaşında zorba-mağdur statüsünde olmak, 15 yaşındayken madde kullanımı ile ilişkilendirilmiştir. (15 yaşında zorbalığa maruz kalmaktan bağımsız olarak) (116). Bizim çalışmamızın sonuçlarına bakılırsa MKB ve MKB+DEHB gruplarında zorbalık yapma ve zorbalığa uğrama durumları açısından kontrol grubundan daha yüksek puanlar almış olması bu açıdan literatürle uyumludur.

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olan çocuk ve ergenlerin akran zorbalığı açısından yüksek risk taşıdığı düşünülmektedir. Yapılan bazı kesitsel çalışmalar, hem DEHB tanısı hem de DEHB'nin semptomlarının zorbalık yapma ve kurban olma ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu göstermiştir (118,119). Bir çalışma da DEHB olan çocuk ve ergenler değerlendirilmiş ve sağlıklı çocuklarla karşılaştırıldığında DEHB'li olguların önemli oranda akran zorbalığı kurbanı oldukları saptanmıştır (120). Prospektif bir kohort çalışmasında bazı DEHB semptomlarının , ardından gelen zorbalık ve kurban olma durumunu öngördüğünü bildirmiştir(121). Bu sonuçlar, DEHB olan çocukların ve ergenlerin daha çok akran zorbalığına karışabileceğini göstermektedir (122). Bizim çalışmamızın sonuçlarına bakıldığında zorbalık kurbanı olma açısından bakıldığında DEHB grubu kontrol grubundan daha yüksek puanlar almış olmakla beraber zorbalık yapma durumları açısından kontrol grubuyla benzer puanlar almışlardır. Bu açıdan sonuçlarımız literatürden farklılaşmaktadır.

10. SONUÇLAR

Bu çalışma 14-19 yaş grubu Madde Kullanım Bozukluğu tanılı olgular, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan olgular, Madde Kullanım Bozukluğu ve DEHB birlikteliği olan olguların yürütücü işlevler, çocukluk çağı travmaları ve akran zorbalığı açısından değerlendirip, olgu gruplarını kendi aralarında ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırmayı amaçlamıştır.

Yönetici İşlev Davranışlarını Derecelendirme Ölçeği (YİDDÖ-ABF) skorlarında yürütücü işlevlerde en fazla bozulmanın MKB+DEHB grubunda olduğu, bununla beraber tüm hasta gruplarında kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha fazla bozulma olduğu görülmektedir.

WKET sonuçlarına bakıldığında madde kullanan gruplarda (MKB, MKB+DEHB) bozulmanın daha fazla olduğu kendi aralarında benzer oldukları; DEHB ve kontrol gruplarının da kendi aralarında benzer oldukları görülmektedir.

Dürtüsellik değerlendirme için yapılan Single-Key Dürtüsellik Paradigması (Single-Key Impulsivity Paradigm; SKIP) skorları açısından grupların benzerdir.

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) skorlarında tüm hasta grupları (MKB, MKB+DEHB, DEHB) kontrol grubundan anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar almıştır. İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla beraber madde kullanan grupların daha yüksek puanlar aldığı görülmektedir.

Akran zorbalığı kurbanı olma durumlarına bakıldığında tüm hasta grupları (MKB, MKB+DEHB, DEHB) kontrol grubundan anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar almıştır. Hasta gruplarında en yüksek skorun MKB+DEHB grubunda olduğu görülmektedir.

Akran zorbalığı yapma durumlarına bakıldığında madde kullanan grupların (MKB, MKB+DEHB) daha yüksek puanlar aldığı, DEHB ve kontrol gruplarının benzer

olduğu görülmektedir. Çalışmamıza davranım bozukluğu olan olgular dahil edilmemiştir. Madde kullanımının davranım bozukluğundan bağımsız olarak akran zorbalığını artırıcı bir etken olabildiği görülmektedir.

Okullarda akran zorbalığını nleme programlarının geliştirilmesi ocuk ve gençlerin olası risklerden korunması açısından önemlidir. Akran zorbalığı nleme programları yapılırken madde kullanan gençlerin daha çok akran zorbalığı yapma riski gözönüne alınarak özellikle bu grubu hedef alan programların yapılması uygun olacaktır.

Çalışmamızda DEHB eştanılı MKB, MKB ve DEHB olgular zorbalığa uğrama açısından benzer bulunmuştur, zorbalık yapma durumları açısından ise madde kullanan gruplar daha yüksek puanlar almış olup DEHB grubu kontrol grubundan farklılaşmamıştır dolayısıyla zorbalık yapma açısından özellikle madde kullanımı olan gençlere özgü programlarında yapılması uygun olacaktır. Madde Kullanım Bozukluğu hem zorbalık yapma hemde akran zorbalığına uğrama riskini artırsada DEHB zorbalık yapma açısından farklılaşmamaktadır. Okullarda akran zorbalığı koruma programları yapılırken bu sonuçlar gözönüne alınmalıdır.

11.KISITLILIKLAR

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları mevcuttur. DEHB olgularının düzenli poliklinik kontrollerine devam eden olgulardan alınmış olması psikometrik testler açısından ve ebeveyn geri bildirimleri açısından sonuçları etkilemiş olabilir. Madde kullanan olguların çoğu okula devam etmediği için YİDD sonuçları sadece ebeveyn bildirimleri üzerinden değerlendirilmiştir ve DEHB grubunda okula devam durumu açısından gruplararası eşleme sağlanamamıştır. Çalışmamız bir tez çalışması olması nedeni ile zaman sınırlıdır. Örneklem sayısındaki kısıtlılık ve kesitsel bir çalışma olması da diğer kısıtlılıklardır. Bulguların daha geniş örneklem üzerinde, uzun dönemde izlem çalışmaları ile izlenmesi gerekmektedir.

12. ÖZET

Amaç: Madde kullanım bozuklukları (MKB), çok sayıda kişiyi etkileyen, pahalı sonuçları olan ve tekrarlayan bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ile psikoaktif madde kullanım bozukluğu eştanısı sıklığının yüksek olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda 14-19 yaş grubu Madde Kullanım Bozukluğu tanılı olgular, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan olgular, Madde Kullanım Bozukluğu ve DEHB birlikteliği olan olguların yürütücü işlevler, çocukluk çağı travmaları ve akran zorbalığı açısından değerlendirilip, her üç grubun kendi aralarında ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya Ege Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi polikliniğine başvuran MKB (n=30), MKB ve DEHB birlikteliği (n=31), sadece DEHB tanısı (n=30) alan 14-19 yaş arası ergenler ve aynı yaş grubundaki kontrol grubu (n=33) alındı. Olgulara; sosyodemografik veri formu, eşlik eden belirtiler için K-SADS uygulanmış, ek psikiyatrik tanısı olmayan olgular çalışmaya alınmıştır. Tüm olgulardan çalışmaya gönüllü olduklarını belirten bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Tüm olgulara WKET, SKİP, YİDDÖ-ABF, ÇÇTÖ, AZKBÖ ve AZBÖ uygulanmıştır.

Bulgular: YİDDÖ-ABF’de Yönetici İşlev Göstergesi puanlarında ortalama ve standart sapma değerleri MKB=128.5±25.9, MKB+DEHB=163.5±23.8, DEHB=146±26.1, Kontrol=99±15.2 şeklindedir. Yönetici işlev göstergesi puanında yapılan ileri analizlerde; Kontrol/ MKB (p=0.004), Kontrol/ DEHB (p=0.000), Kontrol/ MKB+DEHB (p=0.000), MKB/ MKB+DEHB (p=0.000) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Dürtüselliği değerlendiren SKİP’te gruplar benzerdir. WKET sonuçlarına bakıldığında madde kullanan gruplarda (MKB, MKB+DEHB) bozulmanın daha fazla olduğu kendi aralarında benzer oldukları; DEHB ve kontrol gruplarının da kendi aralarında benzer oldukları görülmektedir. ÇÇTÖ açısından gruplar karşılaştırıldığında madde kullanan gruplarda ölçek toplam puanı daha yüksek olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0.000). Akran zorbalığı kurbanı olma durumlarına bakıldığında

tüm hasta grupları (MKB, MKB+DEHB, DEHB) kontrol grubundan anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar almıştır. Hasta gruplarında en yüksek skorun MKB+DEHB grubunda olduğu görülmüştür. Akran zorbalığı yapma durumlarına bakıldığında madde kullanan grupların (MKB, MKB+DEHB) daha yüksek puanlar aldığı, DEHB ve kontrol gruplarının benzer olduğu görülmüştür. Çalışmamıza davranım bozukluğu olan olgular dahil edilmemiştir. Madde kullanımının davranım bozukluğundan bağımsız olarak akran zorbalığını artırıcı bir etken olabildiği görülmüştür.

Sonuç:MKB olan olgularda yürütücü işlevlerde bozulma olduğu saptanmıştır. MKB'ye komorbid DEHB olgularında bozulmanın daha fazla olduğu belirlenmiştir. Çocukluk çağı travmalarının madde kullanımı olan olgularda daha fazla olduğu görülmüş olup madde kullanımında DEHB eştanısı fark oluşturmamıştır. Akran zorbalığına uğrama ve zorbalık yapma davranışları açısından MKB+DEHB grubunun MKB grubuna göre ölçek skorları yüksek olmakla beraber MKB+DEHB olgularında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Madde Kullanım Bozukluğu hem zorbalık yapma hemde akran zorbalığına uğrama riskini artırsada DEHB zorbalık yapma açısından farklılaşmamaktadır. Madde kullanımı davranım bozukluğundan bağımsız olarak akran zorbalığına yatkınlığı artırmaktadır. Madde kullanımı ve akran zorbalığı ergenlerin yaşamlarını güçleştiren etkenlerdir. Koruma programları yapılırken bu sonuç gözönüne alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: yürütücü işlevler, çocukluk çağı örselenmeleri, akran zorbalığı, kurban, dürtüsellik, madde kullanım bozukluğu

13. ABSTRACT

Objective: Substance use disorders (USDs) are defined as recurrent diseases that affect a large number of people, with costly consequences. Comorbidity of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and psychoactive substance use disorder is known to be high. In our study, the 14-19 age group patients with the diagnosis of substance use disorder, Attention Deficit and Hyperactivity Disorder and the patients with comorbid substance use disorder and ADHD were evaluated in terms of executive functions, childhood trauma and peer bullying, and all three groups were compared with each other and with healthy controls.

Methods: Adolescents, aged 14-19 years, who were admitted to the Ege University Children's Psychiatry outpatient clinic and diagnosed with ADHD (n = 30), ADHD and ADHD comorbid SUD (n = 31) and SUD (n=30) and control adolescents of the same age group (n = 33) were included to the study. Sociodemographic data form was given, K-SADS was applied for accompanying symptoms, and cases without additional psychiatric diagnosis were included in the study. Informed consent was obtained from all the subjects indicating that they volunteered to enroll into the study. To all cases, WCST, SKIP, BRIEF-PF, CTQ, PVS, PBS were applied.

Results: The mean and standard deviation values of the Executive Function Indicator scores in the YİDÖÖ-ABF are as follows: SUD = 128.5 ± 25.9 , SUD + ADHD = 163.5 ± 23.8 , ADHD = 146 ± 26.1 , Control = 99 ± 15.2 . In the further analysis made on the score of executive function indicator; there was a statistically significant difference between Control / SUD ($p = 0.004$), Control / ADHD ($p = 0.000$), Control / SUD + ADHD ($p = 0.000$), and SUD / SUD + ADHD ($p = 0.000$) groups. The results of the groups in SKIP that evaluate impulsivity were similar. When WCST results were examined, it was found that substance abuse groups (SUD, SUD+ ADHD) had more distraction and were similar among themselves; ADHD and control groups were also similar. Compared to the groups in terms of the CTQ, the scale score was higher in the substance use groups and statistically significant difference was found between the groups ($p = 0.000$). Considering the cases of

victims of peer bullying, all patient groups (SUD, SUD + ADHD, ADHD) were significantly higher than the control group. It was seen that the highest score in the patient groups was in the SUD + ADHD group. In terms of peer bullying, substance use groups (SUD, SUD + ADHD) were found to have higher scores, on the other hand ADHD and control groups were similar. Subjects with conduct disorder were not included into the study. It has been found that substance abuse can be a factor to increase peer bullying irrespective of conduct disorder.

Conclusion: Deterioration of executive functions was found in cases with SUD. It has been determined that ADHD has more impairment in SUD comorbid ADHD cases. Childhood trauma was found to be more frequent in substance use cases, and ADHD comorbidity did not make a difference. In terms of behaviors of peer bullying and being a victim of bullying, there was no statistically significant difference between ADHD and ADHD+SUD groups, although higher scores were determined in the SUD + ADHD cases. ADHD did not effect bullying but substance use increased both the risk of bullying and being bullied. Substance use increases the likelihood of peer bullying regardless of behavioral disorder. Substance use and peer bullying are factors that make adolescents' life difficult. This conclusion should be taken into account when implementing conservation programs.

EKLER

Ek-1 Etik Kurul Onayı



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR
Tel:0 232 390 4219 - 373 78 81 Fax: 0232 390 21 34
e-mail: aetikk@mail.ege.edu.tr www.aek.med.ege.edu.tr



ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Madde Kullanım Bozukluğu Olan Ergenlerin Yürütücü İşlevler, Çocukluk Çağı Örselenmeleri Ve Akran Zorbalığı Açısından Değerlendirilmesi.			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Zeki YÜNCÜ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UZMANLIK ALANI	-			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Alkol, Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü (EGEBAM)			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. kaynaklardan destek alanlar için)	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1 <input type="checkbox"/>	FAZ 2 <input type="checkbox"/>	FAZ 3 <input type="checkbox"/>	FAZ 4 <input type="checkbox"/>
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>		ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	
	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>				
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	23.09.2016	-	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	EBEVEYNLER İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF) (MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU)	17.07.2016	-	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	EBEVEYNLER İÇİN BGOF (DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU)	17.07.2016	-	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	EBEVEYNLER İÇİN BGOF (DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU)	17.07.2016	-	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	EBEVEYNLER İÇİN BGOF (SAĞLIKLI KONTROL GRUBU)	17.07.2016	-	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	GENÇLER İÇİN BGOF	17.07.2016	-	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU	-	-	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/> İmza tarihi: 28.07.2016			
DİĞER	<input type="checkbox"/>				
KARAR BİLGİLERİ	Karar Nu: 16-9/8	Tarih: 03.10.2016			
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak Kurulumuzca incelenmiş, araştırma giderlerinin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda araştırmaya başlanmasının etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.				
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU					
ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği				
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Ayşenur OKTAY				
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*) Katılım (**)	
İmza					

Etik Kurul Başkanının Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ayşenur OKTAY	İMZA 	Araştırma Başvurusu Onay Belgesi	Belge Kodu 22	Rev. Tarihi / No.su: 28.09.2011/05	Sayfa 1/2
---	----------	----------------------------------	------------------	---------------------------------------	--------------



ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

KARAR BİLGİLERİ		Karar Nu : 16- 9/8				
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ayşenur OKTAY Başkan	Radyodiagnostik	EÜ. Tıp Fakültesi Radyoloji AD	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Aytül ÖNAL Başkan Yardımcısı	Tıbbi Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Suna TOKSAVUL Üye	Protetik Diş Tedavisi	E.Ü. Diş Hek. Fakültesi Protetik Diş Tedavisi AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Sarenur GÖKBEN Üye	Çocuk Nörolojisi	EÜ. Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Abdullah SAYINER Üye	Göğüs Hastalıkları	EÜ. Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	TOPLANTIYA KATILMADI
Prof. Dr. Bülent SEMERCİ Üye	Üroloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Üroloji AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	TOPLANTIYA KATILMADI
Prof. Dr. Süheyla ALTUĞ ÖZSOY Üye	Halk Sağlığı Hemşireliği	EÜ. Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Murat PEHLİVAN Üye	Biyofizik	E.Ü. Tıp Fakültesi Biyofizik AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Çağatay ÜSTÜN Üye	Tıp Tarihi ve Etik	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	TOPLANTIYA KATILMADI
Prof. Dr. Şafak TANER Üye	Halk Sağlığı	E. Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Ayşe EROL Üye	Tıbbi Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yard. Doç. Dr. Gülsün AYGÖRMEZ UĞURLUBAY Üye	Ceza Hukuku	Serbest	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Uzm. Ecz. Ebru BEDİR Üye	Eczacı	E.U. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Uzm. Dr. Özlem EKER Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Serbest	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Fatma BÜYÜKAKKUŞ Üye	Ziraat Mühendisi	Emekli	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	

* Araştırma ile İlişki
** Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ayşenur OKTAY	İMZA 	Araştırma Başvurusu Onay Belgesi	Belge Kodu 22	Rev. Tarihi / No.su: 28.09.2011/05	Sayfa 2/2
--	----------	----------------------------------	------------------	---------------------------------------	--------------

Ek-2 Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış bozuklukları için DSM-IV'e dayalı tarama ve değerlendirme ölçeği

LBÖLÖM				
A- DİKKATSİZLİK				
SORUN	Sorunun Derecesi			
	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
1- Dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde işinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.	0	1	2	3
2- Üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı oyunlarda dikkatini sürdürmede zorluk çeker.	0	1	2	3
3- Kendisine doğrudan hitap edildiğinde dinleniyormuş gibi görünür.	0	1	2	3
4- Yönergeleri gerektiği gibi izlemez ve okul Ödevlerini, ufak tefek işleri ya da işyerindeki Görevlerini tamamlamaz.	0	1	2	3
5- Görev ve etkinliklerini düzenlemekte güçlük çeker.	0	1	2	3
6- Uzun süreli dikkat gerektiren işlerden (okul Ödevi - ev ödevi gibi) kaçınır.	0	1	2	3
7-Üzerine aldığı görev ya da etkinlikler için Gerekli olan eşyasını (kalem, kitap, oyuncak Araç-gereç gibi) kaybeder.	0	1	2	3
8- Dikkati kolayca dağılır.	0	1	2	3
9- Günlük etkinliklerde unutkanır.	0	1	2	3
IA bölümünde kullanılan ölçüt sayısı			/9
IA bölümünde alınan toplam puan			/27

B-AŞIRI HAREKETLİLİK – DÜRTÜSELLİK
AŞIRI HAREKETLİLİK

SORUN	Sorunu Derecesi			
	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
10- Elleri ayakları kıpır kıpır ya da oturduğu yerde kıpırdanır.	0	1	2	3
11- Sınıfta ya da oturması gereken diğer durumlarda yerinde oturmaz.	0	1	2	3
12- Uygun olmayan durumlarda sağa sola koşuş turur ya da tırmanır. (Gençlerde ya da erişkinlerde huzursuzluk il sınırlı olabilir)	0	1	2	3
13- Sakince oyu oynamakta ya da boş zaman etkinliklerine katılmakta güçlük çeker.	0	1	2	3
13- Hep hareket halindedir ya da sanki motor takmış Gibi davranır.	0	1	2	3
14- Çok konuşur.	0	1	2	3

DÜRTÜSELLİK

SORUN

16- Soruların soru tamamlanmadan yanıt verir.	0	1	2	3
17- Sırasını beklemekte güçlük çeker.	0	1	2	3
18- Başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarını arasına girer. (başkalarının konuşmaları ya da oyunlarına burnunu sokar)	0	1	2	3

IB bölümünde karşılanan ölçüt sayısı/9
IB bölümünde alınan toplam puan/27

IA ve IB bölümlerinde karşılanan toplam ölçüt sayısı/18
Bölüm IA ve IB'nin toplam puanı/54

II.BÖLÜM

SORUN	Sorunu Derecesi			
	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
19-Kontrollünü kaybeder.	0	1	2	3
20- Erişkinlerde tartışır.	0	1	2	3
21- Kurallara ve isteklere karşı çıkar, ya da reddeder.	0	1	2	3
22- Başkalarını isteyerek rahatsız eder.	0	1	2	3
23- Hataları ya da yanlış davranışları için başkalarını suçlar.	0	1	2	3
24-Alıngandır ve başkaları tarafından kolayca kızdırılır.	0	1	2	3
25- Kızgın ve güceniktir.	0	1	2	3
26- Çoğu zaman kincidir ve intikam almak ister	0	1	2	3

II. Bölümde karşılaşılan Ölçüt sayısı/8
II.Bölümden alınan toplam puan/24

III.BÖLÜM

SORUN	Sorunun Derecesi			
	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
A-İnsanlara ve Hayvanlara Karşı Saldırganlık	0	1	2	3
27- Kabadayılık eder, tehdit eder ya da gözdağı verir.	0	1	2	3
28- Kavga dövüş başlatır.	0	1	2	3
29- Başkalarına ciddi biçimde fiziksel zarar vererek Silah (sopa,taş,kırık şişe,bıçak,tabanca vb.) kullanır.	0	1	2	3
30- İnsanlara fiziksel olarak acımasız davranır.	0	1	2	3
31 Hayvanlara fiziksel olarak acımasız davranır.	0	1	2	3

32- Başkalarının gözü önünde hırsızlık (saldırganlık
Soygun, çanta kapıp kaçmak tehdit ile soyma silahla
Soygun) yapar. 0 1 2 3

33- Başka birisine cinsel etkinlikte bulunmak için zorlar. 0 1 2 3

B- Mala Zarar Verme

34- Ciddi hasar vermek amacıyla yangın çıkarır. 0 1 2 3

35- Başkalarının malına mülküne isteyerek zarar
Verir. (yangın çıkarma dışında) 0 1 2 3

C- Dolandırıcılık yada Hırsızlık

36- Başkalarının evin, binasına ya da aracına zorla
Girer. 0 1 2 3

37- Bir şey elde etmek, bir çıkar sağlamak ya da sorun
luluklardan kaçmak için yalan söyler (başkalarını atlatır) 0 1 2 3

38- Hiç kimse görmeden değerli şeyler çalar. (Mağazalardan 0
Mal çalma, sahtekarlık) 1 2 3

Sorunu Derecesi
Yok Biraz Fazla Çok Fazla

D- Kuralları Ciddi Biçimde Bozma

39- 13 yaşından öncesinden başlayarak ailenin
yasaklarına karşın geceyi dışarıda geçirir. 0 1 2 3

40- Anne babasının ya da onların yerini tutan
Kişilerin evinde yaşarken en az iki kez geceyi
Evden kaçtı (ya da uzun süreli dönmemişse bir kez)

41- 13 yaş öncesinden başlayarak okuldan kaçır. 0 1 2 3

Ek-3 Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Doğum Tarihi(gün/ay/yıl):

Doğum Yeri:

Cinsiyeti: Kız () Erkek ()

Aile Özelliği: Çekirdek Aile () Geniş Aile () Parçalanmış Aile ()

Okuyor mu: Evet () Hayır ()

Okul-Sınıf:

Özel eğitim aldı mı? Evet () Hayır ()

Sınıf Tekrarı oldu mu? Evet () Hayır ()

Çalışıyor mu? Evet () Hayır ()

Son 6 ay içinde psikolojik ya da psikiyatrik destek aldı mı? Evet () Hayır ()

Herhangi bir ameliyat geçirdi mi? Evet () Hayır ()

Herhangi bir travmaya maruz kaldı mı? (Göç, deprem, aile içi şiddet, fiziksel şiddet, istismar...)

Evet () Hayır () Evet ise lütfen belirtiniz

Anne:

Yaşı: 18- 29 () 30-40 () 41-51 () 52 ve üstü ()

Eğitim düzeyi: Okur- yazar değil () İlkokul () Ortaokul () Lise ()
Üniversite ()

Mesleği: Ev Hanımı () Memur () İşçi () Serbest meslek () Diğer ()

Tedavi görmekte olduğu psikiyatrik hastalık: Var () Yok ()

Eğer tedavi görmekte olduğu psikiyatrik hastalık varsa tanısı:

1: Bipolar bozukluk 2. Major depresyon 3. Şizofreni 4. Panik bozukluk 5. Alkol
6. Uyuşturucu madde kullanımı 7. İntihar 8. Diğer....

Bedensel Hastalık: Var () Yok ()

Sigara: İçmiyor () Arasına içiyor () Düzenli olarak içiyor ()

Alkol: İçmiyor () Arasına içiyor () Düzenli olarak içiyor ()

18 yaş altı () Özel Sağlık Sigortası () Diğer () Sigortam yok ()

Ailenizin aylık toplam geliri: 500 TL altı () 500-1000TL () 1001-
1500 TL () 1501-2000 TL () 2001-5000 TL ()
5001TL ve üstü ()



Ek-4 Klinik Global İzlenim Ölçeği

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendiril:

KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ (CGI)

HASTALIK ŞİDDETİ

Bu hasta grubu ile olan klinik deneyimlerinize dayanarak, sizce bu kişi ne kadar hasta?

1. Normal, hasta değil
2. Hastalık sınırında
3. Hafif düzeyde hasta
4. Orta düzeyde hasta
5. Belirgin düzeyde hasta
6. Ağır hasta
7. Çok ağır hasta

DÜZELME

Hastanın ilk değerlendirildiğiindeki durumunu düşünürseniz, sizce bu hasta ne kadar değişti?

1. Çok düzeldi
2. Oldukça düzeldi
3. Biraz düzeldi
4. Hiç değişiklik yok
5. Biraz kötüleşti
6. Oldukça kötüleşti
7. Çok kötüleşti

YAN ETKİ ŞİDDETİ

Bu maddeyi sadece ilaç etkisini gözönüne alarak değerlendiriniz. Yan etkiyi en iyi ifade eden seçeneği işaretleyiniz.

1. Hiç yok
2. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkilemiyor
3. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkiliyor
4. Terapötik etkinin yararlarını gözardı ettirecek düzeyde etkiliyor

Ek-5 Global Değerlendirme Ölçeği (GAS)

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirilme Tarihi:

GLOBAL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (GAS)

Mental sağlık-hastalık'ın varsayımsal sürekliliği üzerinde psikolojik, toplumsal ve mesleki işlevselliği göz önünde bulundurunuz. Fiziksel (ya da çevresel) kısıtlamalara bağlı işlevsellik bozulmalarını bu kapsam içinde değerlendirmeyiniz.

Kod	(Not: Uygun düştüğünde ara kodları da kullanınız, örn. 45, 68, 72.)
91-100	Çok çeşitli etkinlik alanlarında üst düzeyde işlevsellik, yaşam sorunları hiçbir zaman denetim dışı kalmıyor gibi görünmektedir, birçok olumlu niteliği olduğu için başkalarınca aranan biridir. Herhangi bir semptomu yoktur.
81-90	Hiç belirti olmaması ya da çok az belirti olması (örn. sınavdan önce hafif bir anksiyete duyma), tüm alanlarda işlevselliğin iyi olması, çok çeşitli etkinliklerle ilgilenme ve bunlara katılma, toplumsal yönden etkindir, genellikle yaşamı doyumludur, günlük sorunlar ya da kaygılardan öte sorun ya da kaygıların olmaması (örn. aile bireyleriyle ara sıra olan tartışmalar).
71-80	Semptomlar varsa bile bunlar gelip geçicidir ve psikososyal stres kaynaklarına verilen beklenen tepkilerdir (örn. aile tartışmasından sonra düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme); toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte hafif bir bozulma olmasından daha ileri bir durum yoktur (örn. geçici olarak okulda geri kalma).
61-70	Birtakım hafif semptomlar (örn. depresif duygudurum ve hafif insomnia) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte birtakım zorlukların olması (örn. ara sıra okuldan kaçmalar ya da ev içinde hırsızlık yapma), ancak genelde oldukça iyi bir biçimde işlevselliğini sürdürür, anlamlı kişiler arası ilişkileri vardır.
51-60	Orta derecede semptomlar (örn. donuk duygulanım ve çevresel konuşma, ara sıra gelen panik atakları) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte orta derecede bir zorluğu vardır (örn. az sayıda arkadaşı vardır, çalışma arkadaşları ile tartışmalar vardır).
41-50	Ağır semptomlar (örn. intihar düşünceleri, ağır obsesyonel törenselle davranışlar, sık sık mağazalardan mal çalma) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte ciddi bir bozukluk vardır (örn. hiç arkadaşı yoktur, işini koruyamaz).
31-40	Gerçeği değerlendirmede ya da iletişimde bazı bozukluklar vardır (örn. konuşması kimi zaman mantıksız, çapraşık ya da konuşulan konuyla ilgisizdir) YA DA iş/okul, aile ilişkileri, yargılama, düşünme ya da duygudurum gibi birçok alanda temel birtakım bozukluklar vardır (örn. depresif bir kişi arkadaşlarından kaçır, ailesini ihmal eder ve çalışmaz; çocuk yaşta olan bir kişi kendinden daha küçükleri döver, evde hep karşı gelir ve okulda başarısızdır).
21-30	Davranışları hezeyanlar ve varsanıllardan oldukça etkilenir YA DA iletişim ya da yargıda ciddi bir bozukluk vardır (örn. bazen enkoherandır, ileri derecede uygunsuz bir biçimde davranır, intihar düşünceleriyle uğraşır durur) YA DA hemen tüm alanlarda işlevselliği kötüdür (örn. bütün gün yataktan çıkmaz; işi, evi ya da arkadaşları yoktur).
20-11	Kendisini ya da başkalarını yaralayacak olma tehlikesi zaman zaman vardır (örn. açıkça ölüm beklentisi olmadan intihar girişimleri; sıklıkla şiddete başvurur; manik eksitasyon) YA DA ara sıra kişisel bakımın en temel gereksinimleri bile yerine getiremez (örn. dışkı sürer) YA DA iletişimde ileri derecede bir bozukluk vardır (örn. ileri derecede enkoherandır ya da mutizm içindedir).
1-10	Kendisini ya da başkalarını ağır bir biçimde yaralayacak olma tehlikesi sürekli vardır (örn. yineleyen şiddet gösterileri) YA DA kişisel bakımın en temel gereksinimleri sürekli olarak yerine getiremez YA DA açıkça ölüm beklentisi içinde ciddi intihar eylemi.
0	Bilgi yetersiz

PUAN

Ek-6 Onam Formları

Araştırmanın Adı: MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN ERGENLERİN YÜRÜTÜCÜ İŞLEVLER, ÇOCUKLUK ÇAĞI ÖRSELENMELERİ VE AKRAN ZORBALIĞI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 17) (*Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu*)(*Ebeveyn*)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi bünyesinde gerçekleştirilecek olan bu çalışma, EÜTF Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.'nin yürüteceği bir çalışma olarak tasarlanmıştır. Bu çalışmada; DSM 5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı) tanı ölçütlerine göre, 14-18 yaş grubu Madde Kullanım Bozukluğu tanılı olgular, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanılı olgular, Madde Kullanım Bozukluğu ve Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu birlikteliği olan olguların yürütücü işlevler, çocukluk çağı travmaları ve akran zorbalığı açısından değerlendirilip, her üç grubun kendi aralarında ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için; çocuğunuzun 14-18 yaş grubunda olması, DSM 5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı) tanı ölçütlerine göre Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı alması, klinik olarak normal zeka düzeyinde olması, çalışmaya katılmakta gönüllü olmanız ve onam formunu okuyarak imzalamanız gerekir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Çalışmaya alınmanız durumunda, çalışma ile ilgili ayrıntılı bilgi verilecek, gönüllülerden onay alınacaktır. Onam formunu okuyup imzalamanız istenecektir. Çocuğunuz ile ilgili genel bilgiler için, yaş, cinsiyet, okul, aile, bakım bilgilerini sorgulayan sosyodemografik veri formu uygulanacaktır. Çocuğunuza, hastalığın şiddetini değerlendirmeye yönelik Genel Klinik İzlenim Ölçeği-Şiddet (CGI-Severity) kullanılacaktır. Sizinle ve çocuğunuzla psikiyatrik görüşme yapılacaktır. Çocuğunuzun dikkat dağınıklığı, hiperaktivite ve dürtüsellikle ilgili

belirtileri Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-5(The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)' e dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği ile değerlendirilecektir. Çocuğunuzayürütücü işlevleri değerlendirmek amacı ile Bilgisayar destekli Wisconsin kart eşleme testi uygulanacaktır. Çocuğunuza İmpulsivitenin değerlendirilmesi amacıyla bilgisayar yardımıyla Single Key Impulsivity Paradigm (SKIP) testleri uygulanacaktır. Çocuğunuza akran zorbalığı durumunu belirlemek için Akran Zorbalığını Belirleme Ölçeği ve çocukluk çağı örselenmelerini belirlemek için Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği uygulanacaktır.

Uygulanacak olan testler tamamen görsel ya da sözel olup, herhangi bir invazif girişimi ya da ilaç uygulamasını gerektirmez.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak, uygulama süresi boyunca araştırmacının önerilerine uymak sizin sorumluluklarınızdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı alan gönüllülerin sayısı 30(otuz)' dur.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre yaklaşık 2 (iki) saattir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Katıldığınız çalışma, yalnızca araştırma amaçlıdır ve doğrudan yarar görmek ya da tedavinin seyrinin değiştirilmesi beklenmemelidir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Size bu araştırmada yapılacak herhangi bir uygulama ile ilgili gözlenebilecek istenmeyen bir etki söz konusu değildir.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİLEN İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu bilinen ilaç veya besin yoktur.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Uygulama koşullarının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız vb. nedenlerle araştırmacı sizin izniniz olmadan sizi çalışmadan çıkarabilir.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Hastalığın mevcut tedavisi dışında, araştırmaya yönelik olarak yeni herhangi bir tedavi ya da girişim uygulanmayacaktır.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca, Sorumlu Araştırmacıyı önceden bilgilendirmek, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0 505 847 1048 numaralı telefondan Dr. Ayşe Nur AYDIN 'a başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Çalışmanın olguları Ege Üniversitesi Çocuk Ergen Bağımlılığı Kliniğinden edinilmektedir. Çalışmayı maddi açıdan destekleyen bir kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MIDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce ebeveynine verilmesi gereken bilgileri gösteren 3(üç) sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI - SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN

ADI - SOYADI	
ADRESİ	
TEL. & FAKS	
TARİH	

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI - SOYADI		
TARİH		

GEREKTEĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI - SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

Araştırmanın Adı: MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN ERGENLERİN
YÜRÜTÜCÜ İŞLEVLER, ÇOCUKLUK ÇAĞI ÖRSELENMELERİ VE AKRAN
ZORBALIĞI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

**BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 17) (Dikkat Eksikliği Hiperaktivite
Bozukluğu ve Madde Kullanım Bozukluğu)(Ebeveyn)**

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi bünyesinde gerçekleştirilecek olan bu çalışma, EÜTF Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.'nin yürüteceği bir çalışma olarak tasarlanmıştır. Bu çalışmada; DSM 5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı) tanı ölçütlerine göre, 14-18 yaş grubu Madde Kullanım Bozukluğu tanılı olgular, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanılı olgular, Madde Kullanım Bozukluğu ve Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu birlikteliği olan olguların yürütücü işlevler, çocukluk çağı travmaları ve akran zorbalığı açısından değerlendirilip, her üç grubun kendi aralarında ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için; çocuğunuzun 14-18 yaş grubunda olması, DSM 5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı) tanı ölçütlerine göre Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı ve Madde Kullanım Bozukluğu tanısı alması, klinik olarak normal zeka düzeyinde olması, çalışmaya katılmakta gönüllü olmanız ve onam formunu okuyarak imzalamanız gerekir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Çalışmaya alınmanız durumunda, çalışma ile ilgili ayrıntılı bilgi verilecek, gönüllülerden onay alınacaktır. Onam formunu okuyup imzalamanız istenecektir. Çocuğunuz ile ilgili genel bilgiler için, yaş, cinsiyet, okul, aile, bakım bilgilerini sorgulayan sosyodemografik veri formu uygulanacaktır. Çocuğunuza, hastalığın şiddetini değerlendirmeye yönelik Genel Klinik İzlenim Ölçeği-Şiddet (CGI-Severity) kullanılacaktır. Sizinle ve çocuğunuzla psikiyatrik görüşme yapılacaktır. Çocuğunuzun dikkat dağınıklığı, hiperaktivite ve dürtüsellikle ilgili belirtileri Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-5(The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)' e dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği ile değerlendirilecektir. Çocuğunuzun yürütücü işlevleri değerlendirmek amacı ile Bilgisayar destekli Wisconsin kart eşleme testi uygulanacaktır. Çocuğunuza İmpulsivitenin değerlendirilmesi amacıyla bilgisayar yardımıyla Single Key Impulsivity Paradigm (SKIP) testleri uygulanacaktır. Çocuğunuza akran zorbalığı durumunu belirlemek için Akran Zorbalığını Belirleme

Ölçeği ve çocukluk çağı örselenmelerini belirlemek için Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği uygulanacaktır.

Uygulanacak olan testler tamamen görsel ya da sözel olup, herhangi bir invazif girişimi ya da ilaç uygulamasını gerektirmez.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak, uygulama süresi boyunca araştırmacının önerilerine uymak sizin sorumluluklarınızdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı ve Madde Kullanım Bozukluğu tanısı alan gönüllülerin sayısı 30(otuz)' dur.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre yaklaşık 1,5 (birbuçuk) saattir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Katıldığınız çalışma, yalnızca araştırma amaçlıdır ve doğrudan yarar görmek ya da tedavinin seyrinin değiştirilmesi beklenmemelidir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Size bu araştırmada yapılacak herhangi bir uygulama ile ilgili gözlenebilecek istenmeyen bir etki söz konusu değildir.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİLEN İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu bilinen ilaç veya besin yoktur.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Uygulama koşullarının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız vb. nedenlerle araştırmacı sizin izniniz olmadan sizi çalışmadan çıkarabilir.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Hastalığınız mevcut tedavisi dışında, araştırmaya yönelik olarak yeni herhangi bir tedavi ya da girişim uygulanmayacaktır.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca, Sorumlu Araştırmacıyı önceden bilgilendirmek, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0 505 847 1048 numaralı telefondan Dr. Ayşe Nur AYDIN 'a başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Çalışmanın olguları Ege Üniversitesi Çocuk Ergen Bağımlılığı Kliniğinden edinilmektedir. Çalışmayı maddi açıdan destekleyen bir kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlanırsa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce ebeveyne verilmesi gereken bilgileri gösteren 3(üç) sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI - SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN	
ADI - SOYADI	
ADRESİ	
TEL. & FAKS	
TARİH	

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ	İMZASI

ADI - SOYADI		
TARİH		

GEREKTIĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI - SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		



Araştırmanın Adı: MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN ERGENLERİN YÜRÜTÜCÜ İŞLEVLER, ÇOCUKLUK ÇAĞI ÖRSELENMELERİ VE AKRAN ZORBALIĞI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 17) (Madde Kullanım Bozukluğu)(Ebeveyn)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi bünyesinde gerçekleştirilecek olan bu çalışma, EÜTF Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.'nin yürüteceği bir çalışma olarak tasarlanmıştır. Bu çalışmada; DSM 5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı) tanı ölçütlerine göre, 14-18 yaş grubu Madde Kullanım Bozukluğu tanılı olgular, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanılı olgular, Madde Kullanım Bozukluğu ve Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu birlikteliği olan olguların yürütücü işlevler, çocukluk çağı travmaları ve akran zorbalığı açısından değerlendirilip, her üç grubun kendi aralarında ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için; çocuğunuzun 14-18 yaş grubunda olması, DSM 5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı) tanı ölçütlerine göre Madde Kullanım Bozukluğu tanısı alması, klinik olarak normal zeka düzeyinde olması, çalışmaya katılmakta gönüllü olmanız ve onam formunu okuyarak imzalamanız gerekir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Çalışmaya alınmanız durumunda, çalışma ile ilgili ayrıntılı bilgi verilecek, gönüllülerden onay alınacaktır. Onam formunu okuyup imzalamanız istenecektir. Çocuğunuz ile ilgili genel bilgiler için, yaş, cinsiyet, okul, aile, bakım bilgilerini sorgulayan sosyodemografik veri formu uygulanacaktır. Çocuğunuza, hastalığın şiddetini değerlendirmeye yönelik Genel Klinik İzlenim Ölçeği-Şiddet (CGI-Severity) kullanılacaktır. Sizinle ve çocuğunuzla psikiyatrik görüşme yapılacaktır. Çocuğunuzun dikkat dağınıklığı, hiperaktivite ve dürtüselliğe ilgili belirtileri Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-5(The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)' e dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği ile değerlendirilecektir. Çocuğunuzun yürütücü işlevleri değerlendirmek amacı ile Bilgisayar destekli Wisconsin kart eşleme testi uygulanacaktır. Çocuğunuza İmpulsivitenin değerlendirilmesi amacıyla bilgisayar yardımıyla Single Key Impulsivity Paradigm (SKIP) testleri uygulanacaktır. Çocuğunuza akran zorbalığı durumunu belirlemek için Akran Zorbaliğını Belirleme

Ölçeği ve çocukluk çağı örselenmelerini belirlemek için Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği uygulanacaktır.

Uygulanacak olan testler tamamen görsel ya da sözel olup, herhangi bir invazif girişimi ya da ilaç uygulamasını gerektirmez.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak, uygulama süresi boyunca araştırmacının önerilerine uymak sizin sorumluluklarınızdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada Madde Kullanım Bozukluğu tanısı alan gönüllülerin sayısı 30(otuz)' dur.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre yaklaşık 1,5 (bir buçuk) saattir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Katıldığınız çalışma, yalnızca araştırma amaçlıdır ve doğrudan yarar görmek ya da tedavinin seyrinin değiştirilmesi beklenmemelidir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Size bu araştırmada yapılacak herhangi bir uygulama ile ilgili gözlenebilecek istenmeyen bir etki söz konusu değildir.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİLEN İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu bilinen ilaç veya besin yoktur.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Uygulama koşullarının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız vb. nedenlerle araştırmacı sizin izniniz olmadan sizi çalışmadan çıkarabilir.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Hastalığın mevcut tedavisi dışında, araştırmaya yönelik olarak yeni herhangi bir tedavi ya da girişim uygulanmayacaktır.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca, Sorumlu Araştırmacıyı önceden bilgilendirmek, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0 505 847 1048 numaralı telefondan Dr. Ayşe Nur AYDIN 'a başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Çalışmanın olguları Ege Üniversitesi Çocuk Ergen Bağımlılığı Kliniğinden edinilmektedir. Çalışmayı maddi açıdan destekleyen bir kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlsa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce ebeveyne verilmesi gereken bilgileri gösteren 3(üç) sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI - SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN	
ADI - SOYADI	
ADRESİ	
TEL. & FAKS	
TARİH	

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ	İMZASI

ADI - SOYADI		
TARİH		

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI - SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		



Araştırmanın Adı: MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN ERGENLERİN YÜRÜTÜCÜ İŞLEVLER, ÇOCUKLUK ÇAĞI ÖRSELENMELERİ VE AKRAN ZORBALIĞI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 17) (Sağlıklı Kontrol Grubu)(Ebeveyn)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi bünyesinde gerçekleştirilecek olan bu çalışma, EÜTF Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.'nin yürüteceği bir çalışma olarak tasarlanmıştır. Bu çalışmada; DSM 5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı) tanı ölçütlerine göre, 14-18 yaş grubu Madde Kullanım Bozukluğu tanılı olgular, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanılı olgular, Madde Kullanım Bozukluğu ve Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu birlikteliği olan olguların yürütücü işlevler, çocukluk çağı travmaları ve akran zorbalığı açısından değerlendirilip, her üç grubun kendi aralarında ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için; çocuğunuzun 14-18 yaş grubunda olması, klinik olarak normal zeka düzeyinde olması, ruhsal ve fiziksel herhangi bir hastalığının olmaması, çalışmaya katılmakta gönüllü olmanız ve onam formunu okuyarak imzalamanız gerekir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Çalışmaya alınmanız durumunda, çalışma ile ilgili ayrıntılı bilgi verilecek, gönüllülerden onay alınacaktır. Onam formunu okuyup imzalamanız istenecektir. Çocuğunuz ile ilgili genel bilgiler için, yaş, cinsiyet, okul, aile, bakım bilgilerini sorgulayan sosyodemografik veri formu uygulanacaktır. Çocuğunuza, hastalığın şiddetini değerlendirmeye yönelik Genel Klinik İzlenim Ölçeği-Şiddet (CGI-Severity) kullanılacaktır. Sizinle ve çocuğunuzla psikiyatrik görüşme yapılacaktır. Çocuğunuzun dikkat dağınıklığı, hiperaktivite ve dürtüsellikle ilgili belirtileri Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-5(The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)' e dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği ile değerlendirilecektir. Çocuğunuzun yürütücü işlevleri değerlendirmek amacı ile Bilgisayar destekli Wisconsin kart eşleme testi uygulanacaktır. Çocuğunuza İmpulsivitenin değerlendirilmesi amacıyla bilgisayar yardımıyla Single Key Impulsivity Paradigm (SKIP) testleri uygulanacaktır. Çocuğunuza akran zorbalığı durumunu belirlemek için Akran Zorbalığını Belirleme Ölçeği ve çocukluk çağı örselenmelerini belirlemek için Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği uygulanacaktır.

Uygulanacak olan testler tamamen görsel ya da sözel olup, herhangi bir invazif girişimi ya da ilaç uygulamasını gerektirmez.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak, uygulama süresi boyunca araştıracının önerilerine uymak sizin sorumluluklarınızdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştıracı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada sağlıklı gönüllülerin sayısı 30(otuz)' dur.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre yaklaşık 1,5 (birbuçuk) saattir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Katıldığınız çalışma, yalnızca araştırma amaçlıdır ve doğrudan yarar görmek ya da tedavinin seyrinin değiştirilmesi beklenmemelidir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Size bu araştırmada yapılacak herhangi bir uygulama ile ilgili gözlenebilecek istenmeyen bir etki söz konusu değildir.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİLEN İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu bilinen ilaç veya besin yoktur.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Uygulama koşullarının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız vb. nedenlerle araştıracı sizin izniniz olmadan sizi çalışmadan çıkarabilir.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Hastalığın mevcut tedavisi dışında, araştırmaya yönelik olarak yeni herhangi bir tedavi ya da girişim uygulanmayacaktır.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca, Sorumlu Araştıracıyı önceden bilgilendirmek, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0 505 847 1048 numaralı telefondan Dr. Ayşe Nur AYDIN 'a başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Çalışmanın olguları Ege Üniversitesi Çocuk Ergen Bağımlılığı Kliniğinden edinilmektedir. Çalışmayı maddi açıdan destekleyen bir kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce ebeveyne verilmesi gereken bilgileri gösteren 3(üç) sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI - SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN	
ADI - SOYADI	
ADRESİ	
TEL. & FAKS	
TARİH	

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI - SOYADI		
TARİH		

GEREKTIĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI - SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

Araştırmanın Adı: MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN ERGENLERİN YÜRÜTÜCÜ İŞLEMLER, ÇOCUKLUK ÇAĞI ÖRSELENMELERİ VE AKRAN ZORBALIĞI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 17) (gençler için)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu

ÇALIŞMANIN AMACI ve KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi bünyesinde gerçekleştirilecek olan bu çalışma, EÜTF Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.'nin yürüteceği bir çalışma olarak tasarlanmıştır. Bu çalışmada; DSM 5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı) tanı ölçütlerine göre, 14-18 yaş grubu Madde Kullanım Bozukluğu tanılı olgular, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanılı olgular, Madde Kullanım Bozukluğu ve Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu birlikteliği olan olguların yürütücü işlevler, çocukluk çağı travmaları ve akran zorbalığı açısından değerlendirilip, her üç grubun kendi aralarında ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için; 14-18 yaş grubunda olmanız, klinik olarak normal zeka düzeyinde olmanız, çalışmaya katılmakta gönüllü olmanız ve onam formunu okuyarak imzalamanız gerekir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Çalışmaya alınmanız durumunda, çalışma ile ilgili ayrıntılı bilgi verilecek, onam formunu okuyup imzalamanız istenecektir. Genel bilgiler ve genel durum değerlendirmesi için, birkaç adet klinik değerlendirme ölçeği uygulanacaktır. Bu ölçekler, kağıt üzerinde, soru-cevap ya da boşluk doldurma şeklinde olacaktır. Sizinle ilgili genel bilgiler için, yaş, cinsiyet, okul, aile, bakım bilgilerini sorgulayan sosyodemografik veri formu uygulanacaktır. Sizinle psikiyatrik görüşme yapılacaktır. Dikkat dağınıklığı, hiperaktivite ve dürtüsellikle ilgili belirtileri Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-5(The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)' e dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği ile değerlendirilecektir. Yürütücü işlevleri değerlendirmek amacı ile Bilgisayar destekli Wisconsin kart eşleme testi uygulanacaktır. İmpulsivitenin değerlendirilmesi amacıyla bilgisayar yardımıyla Single Key Impulsivity Paradigm (SKIP) testleri uygulanacaktır. Akran zorbalığı durumunu belirlemek için Akran Zorbaliğını

Belirleme Ölçeği ve çocukluk çağı örselenmelerini belirlemek için Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği uygulanacaktır.

Uygulanacak olan testler tamamen görsel ya da sözel olup, herhangi bir tıbbi girişimi ya da ilaç uygulamasını gerektirmez. Bu araştırmada uygulayacağımız testler yaklaşık 1,5 (bir buçuk) saat sürecektir.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Uygulama süresi boyunca araştırmacının önerilerine uymak dışında herhangi bir sorumluluğunuz yoktur.

Uygulama koşullarının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız vb. nedenlerle araştırmacı sizin izniniz olmadan sizi çalışmadan çıkarabilir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmaya Madde Kullanım Bozukluğu, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Madde kullanım Bozukluğu ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı alan ve Sağlıklı kontrol Grubundan Toplam 120(yüzyirmi) gönüllü alınacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR ya da RİSKLER NEDİR?

Katıldığınız çalışma, yalnızca araştırma amaçlı olduğu için, doğrudan yarar görmek beklenmemelidir. Ayrıca, size bu araştırmada yapılacak herhangi bir uygulama ile ilgili istenmeyen bir etki gözlenmesi söz konusu değildir. Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu bilinen ilaç veya besin yoktur. Hastalığın mevcut tedavisi dışında, araştırmaya yönelik olarak yeni herhangi bir tedavi ya da girişim uygulanmayacaktır.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca, Sorumlu Araştırmacıyı önceden bilgilendirmek, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0505 847 1048 numaralı telefonda Dr. Ayşe Nur AYDIN 'a başvurabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 3 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu

araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI – SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI – SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAşTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAşTIRMACININ		İMZASI
ADI - SOYADI		
TARİH		

GEREKTIĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI - SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

Ek 7 Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nin Türkçesi-2.0 (Çeviren: © Vedat Şar, 1996, 2012) Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içersine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarımız gizli tutulacaktır.

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

3. Ailemdelikler bana "salak", "beceriksiz" ya da "tipsiz" gibi sıfatlarla seslenirlerdi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

6. Yırtık, sökükle ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

7. Sevildiğimi hissediyordum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmıştı ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

11. Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

13. Ailedekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

14. Ailedekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği

15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

16. Çocukluğum mükemmeldi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farkettiği oluyordu.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

19. Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık



Ek 8 Akran Zorbalığını Belirleme Ölçeği

AKRAN ZORBALIĞINI BELİRLEME ÖLÇEĞİ

1) a. Beni çeşitli vurucu ve kırıcı aletlerle tehdit ederler.

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

b. Peki sen bu davranışı ne kadar yapıyorsun?

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

2) a. Beni o kadar korkuturlar ki onlardan uzak dururum.

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

b. Peki sen bu davranışı ne kadar yapıyorsun?

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

3) a. Bana çirkin saldırılarda bulunurlar.

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

b. Peki sen bu davranışı ne kadar yapıyorsun?

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

4) a. Okula giderken ya da okuldan dönerken beni rahatsız ederler.

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

b. Peki sen bu davranışı ne kadar yapıyorsun ?

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

5) a. Üstümü başımı kirletirler.

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

b. Peki sen bu davranışı ne kadar yapıyorsun?

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

6) a. Grup halinde üstüme gelip beni rahatsız ederler.

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

b. Peki sen bu davranışı ne kadar yapıyorsun?

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

7) a.Bana yumruk atarlar.

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

b. Peki sen bu davranışı ne kadar yapıyorsun?

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

8) a.Bana isimler takarlar.

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

b. Peki sen bu davranışı ne kadar yapıyorsun?

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

9) a.Görünüşümle alay ederler.

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

b. Peki sen bu davranışı ne kadar yapıyorsun?

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

10) a.Herhangi bir nedenden dolayı benimle alay ederler.

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

b. Peki sen bu davranışı ne kadar yapıyorsun?

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

11) a. Bana “gerzek”, “aptal” ve benzeri sözler söylerler.

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

b. Peki sen bu davranışı ne kadar yapıyorsun?

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

12) a. Konuşma biçimimle alay ederler.

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

b. Peki sen bu davranışı ne kadar yapıyorsun?

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

13) a. Beni tekmelerler.

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

b. Peki sen bu davranışı ne kadar yapıyorsun?

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

14) a. Canımı acıtırlar.

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

b. Peki sen bu davranışı ne kadar yapıyorsun?

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

15) a. Beni döverler.

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

b. Peki sen bu davranışı ne kadar yapıyorsun?

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

16) a. Bana küfür ederler.

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

b. Peki sen bu davranışı ne kadar yapıyorsun?

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

17) a. Çelme takıp beni düşürmeye çalışırlar.

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

b. Peki sen bu davranışı ne kadar yapıyorsun?

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

18) a. Bana tükürürler.

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

b. Peki sen bu davranışı ne kadar yapıyorsun?

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

19) a. Arkadaşlarımla aramı bozmaya çalışırlar.

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

b. Peki sen bu davranışı ne kadar yapıyorsun?

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

20) a. Arkadaşlarımı bana karşı kıskırtmaya çalışırlar.

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

b. Peki sen bu davranışı ne kadar yapıyorsun?

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

21) a. Başkalarının benimle konuşmasına engel olurlar.

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

b. Peki sen bu davranışı ne kadar yapıyorsun?

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

22) a. Hakkımda yalan söylerler.

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

b. Peki sen bu davranışı ne kadar yapıyorsun?

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

23) a. İzinim olmadan bana ait eşyaları alırlar.

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

b. Peki sen bu davranışı ne kadar yapıyorsun?

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

24) a. Bana ait eşyalara bilerek zarar verirler.

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

b. Peki sen bu davranışı ne kadar yapıyorsun?

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

25) a. Bana ait eşyaları çalarlar.

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

b. Peki sen bu davranışı ne kadar yapıyorsun?

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

26) a. Bana ait bir şeyi kırıp bozmaya çalışırlar.

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

b. Peki sen bu davranışı ne kadar yapıyorsun?

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

27) a. Paramı çalarlar.

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

b. Peki sen bu davranışı ne kadar yapıyorsun?

Hiç bir zaman () Bir kere () Birden fazla ()

KAYNAKLAR

1. Dukarm CP, Byrd RS, Auinger P, Weitzman M. Illicit substance use, gender, and the risk of violent behavior among adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1996;150(8):797–801.
2. Carroll KM, Rounsaville BJ. History and significance of childhood attention deficit disorder in treatment-seeking cocaine abusers. *Compr Psychiatry.* 1993;34(2):75–82.
3. Kaminer Y. Clinical Implications of the Relationship Between Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Psychoactive Substance Use Disorders. *Am J Addict.* 1992;1(3):257–64.
4. Wilens T, Prince J, Biederman J, Spencer T, Frances R. Attention-deficit hyperactivity disorder and comorbid substance use disorders in adults. *Psychiatr Serv.* 1995;46(8):761–3.
5. Wilens E, Spencer J, Frances J. Comorbidity Hyperactivity Use Disorders. 1994;45(5):421–4.
6. Levy S, Katusic SK, Colligan RC, Weaver AL, Killian JM, Voigt RG, et al. Childhood ADHD and risk for substance dependence in adulthood: A longitudinal, population-based study. *PLoS One.* 2014;9(8).
7. Tekin S, Cummings JL. Frontal-subcortical neuronal circuits and clinical neuropsychiatry: An update. Vol. 53, *Journal of Psychosomatic Research.* 2002. p. 647–54.
8. Verdejo-García A, Pérez-García M. Profile of executive deficits in cocaine and heroin polysubstance users: Common and differential effects on separate executive components. *Psychopharmacology (Berl).* 2007;190(4):517–30.
9. Seidman LJ, Biederman J, Monuteaux MC, Valera E, Doyle AE, Faraone S V. Impact of Gender and Age on Executive Functioning: Do Girls and Boys With and Without Attention Deficit Hyperactivity Disorder Differ Neuropsychologically in Preeteen and Teenage Years? *Dev Neuropsychol.* 2005;27(1):79–105.
10. Alvarez-Alonso MJ, Jurado-Barba R, Martinez-Martin N, Espin-Jaime JC, Bolaños-Porrero C, Ordoñez-Franco A, et al. Association between maltreatment and polydrug use among adolescents. *Child Abuse Negl.* 2016;51:379–89.
11. Bierer LM, Yehuda R, Schmeidler J, Mitropoulou V, New AS, Silverman JM, et al. Abuse and neglect in childhood: relationship to personality disorder diagnoses. *CNS Spectr.* 2003;8(10):737–54.
12. Pilowsky DJ, Keyes KM, Hasin DS. Adverse childhood events and lifetime alcohol dependence. *Am J Public Health.* 2009;99(2):258–63.

13. Mazur J, Malkowska A. Bullies and victims among Polish school-aged children. *Med Wieku Rozwoj.* 2003;7(1):121–34.
14. Molcho M, Harel Y, Dina LO. Substance use and youth violence. A study among 6th to 10th grade Israeli school children. *IntJAdolescMedHealth* [Internet]. 2004;16(3):239–51. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15551841>
15. Benjamin J. Sadock VA, Sadock. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry.
16. GD(2012) T. Alkol Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi El kitabı. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara;
17. UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) (2014) World Drug Report 2014 [Internet]. Available from: www.unodc.org/.../WDR2011/World_Drug_Report_2014
18. (Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları : Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları:9 s:470-516). NSDUH 2011.
19. 2007 ESPAD raporu 35 Avrupa ülkesinde öğrenciler arasında madde kullanımı. 2007.
20. Özer ÖA. İstanbul: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi. Ortaöğretimde Öğrencilerin Psikoaktif Madde Kullanımına Yaklaşımı ve Demografik Özellikler. 1991.
21. Ögel, K. TD. Uyuşturucu maddeler ve bağımlılık okul eğitim paketi, öğrenci anketi bulguları. In: Özel Okullar Derneği Yayını. İstanbul: AMATEM; 1996. p. 12–23.
22. Ögel K, Tamar D, Evren C, Çakmak D. Lise Gençleri Arasında Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı. *Türk Psikiyatr Derg.* 2001;12(1):47–52.
23. Yıldız U. 20. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi Kitapçığı Sözel Bildiri Saati: İzmir İli Madde Kullanım Yaygınlığı,2010. 2010.
24. Yüncü Z, Aydın C, Coşkun H, Altıntoprak E, Bayram AT. Çocuk ve Ergenlere Yönelik Bir Bağımlılık Merkezine İki Yıl Süresince Başvuran Olguların Sosyodemografik Değerlendirmesi. *Bağımlılık Derg* [Internet]. 2006;7(1):31–7. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyc5&AN=2006-05797-004>
25. Ögel K. MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI EPİDEMİYOLOJİSİ. *Türkiye Klin J Int Med Sci* [Internet]. 2005;1(47):61–4. Available from: <http://www.ogelk.net/Dosyadepo/alkolmaddepi.pdf>
26. çev. Köroğlu E. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı(DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'ndan. Beşinci Ba. Ankara: Hekimler Yayınları Birliği; 2013. 244-246 p.

27. Gabbard GO. Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. Washington DC:AP Press; 1990. 255-266 p.
28. Millerman RB. General principles of diagnosis and treatment. IN:Frances AJ, Hales RE(eds.) APA's Annual Review of Psychiatry. Washington DC: APA Press; 1986. 122-136 p.
29. Hyman SE. Addiction: A disease of learning and memory. Vol. 162, American Journal of Psychiatry. 2005. p. 1414–22.
30. Kalivas PW, Volkow ND. The neural basis of addiction: A pathology of motivation and choice. Vol. 162, American Journal of Psychiatry. 2005. p. 1403–13.
31. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı., Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği; 2008. 554-568 p.
32. Coşkunol H AE. Alkol Kullanımının Genetik Yönleri. Klinik Psikiyatri; 1999. 222-229 p.
33. Cadoret RJ, Cain C a, Grove WM. Development of alcoholism in adoptees raised apart from alcoholic biologic relatives. Arch Gen Psychiatry [Internet]. 1980;37(5):561–3. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7377912>
34. Tol C. Lise öğrencilerinin alkol kullanımını etkileyen bazı değişkenler. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: H.Ü.. Hacettepe Üniversitesi; 1990.
35. Spetie L AE. Attention Deficit Hyperactivity Disorder, In: Martin A, Fred RW (eds), Lewis's Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook, Philadelphia: Williams & Wilkins, ; 2007. 430-454 p.
36. GREENE RW, BIEDERMAN J, FARAONE S V., OUELLETTE CA, PENN C, GRIFFIN SM. Toward a New Psychometric Definition of Social Disability in Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 1996;35(5):571–8. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0890856709634286>
37. Rowland AS, Lesesne CA, Abramowitz AJ. The epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A public health view. Ment Retard Dev Disabil Res Rev. 2002;8(3):162–70.
38. Polanczyk G V., Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. J Child Psychol Psychiatry Allied Discip. 2015;56(3):345–65.
39. Ercan ES, Bilaç Ö, Uysal Özaslan T, Rohde LA. Is the prevalence of ADHD in Turkish elementary school children really high? Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2015;50(7):1145–52.
40. Polanczyk G, Rohde LA. Epidemiology of attention-deficit / hyperactivity disorder across the lifespan. Curr Opin Psychiatry. 2007;20:386–92.

41. Khan SA, Faraone S V. The genetics of ADHD: A literature review of 2005. Vol. 8, *Current Psychiatry Reports*. 2006. p. 393–7.
42. Prince J. Catecholamine Dysfunction in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Clin Psychopharmacol* [Internet]. 2008;28(Suppl. 2):S39–45. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00004714-200806002-00002>
43. Mukaddes N.M. Yaşam Boyu Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Eşlik Eden Durumlar. Nobel Tıp Kitabevleri; 2015. 10-57 p.
44. Castellanos FX. Anatomic magnetic resonance imaging studies of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Dialogues Clin Neurosci.*; 2002. 4(4):444-8.
45. Durston S, Tottenham NT, Thomas KM, Davidson MC, Eigsti IM, Yang Y, et al. Differential patterns of striatal activation in young children with and without ADHD. *Biol Psychiatry*. 2003;53(10):871–8.
46. Lee JS, Kim BN, Kang E, Lee DS, Kim YK, Chung JK, et al. Regional cerebral blood flow in children with attention deficit hyperactivity disorder: Comparison before and after methylphenidate treatment. *Hum Brain Mapp*. 2005;24(3):157–64.
47. Hart H, Radua J, Mataix-Cols D, Rubia K. Meta-analysis of fMRI studies of timing in attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). Vol. 36, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2012. p. 2248–56.
48. Pliszka SR. Patterns of psychiatric comorbidity with attention-deficit/hyperactivity disorder. ; *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2000;9(3):525-40.
49. Jensen CM, Steinhausen H-C. Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study. *ADHD Atten Deficit Hyperact Disord* [Internet]. 2015;7(1):27–38. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s12402-014-0142-1>
50. Arias AJ, Gelernter J, Chan G, Weiss RD, Brady KT, Farrer L, et al. Correlates of co-occurring ADHD in drug-dependent subjects: Prevalence and features of substance dependence and psychiatric disorders. *Addict Behav*. 2008;33(9):1199–207.
51. Kousha M, Shahrivar Z, Alaghband-Rad J. Substance use disorder and ADHD: is ADHD a particularly “specific” risk factor? *J Atten Disord* [Internet]. 2012;16(4):325–32. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22127397>
52. Mukaddes N.M. Yaşam Boyu Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Eşlik Eden Durumlar. Nobel Tıp Kitabevleri; 2015. 82 p.
53. Faraone S V., Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med* [Internet]. 2006;36(2):159–65. Available from:

http://journals.cambridge.org/abstract_S003329170500471X%5Cnhttp://www.journals.cambridge.org/abstract_S003329170500471X%5Cnhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16420712

54. Willcutt EG, Doyle AE, Nigg JT, Faraone S V., Pennington BF. Validity of the Executive Function Theory of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Biol Psychiatry* [Internet]. 2005;57(11):1336–46. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S000632230500171X>
55. Barkley R a. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychol Bull.* 1997;121(1):65–94.
56. Pennington BF, Ozonoff S. Executive Functions and Developmental Psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 1996;37(1):51–87. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1469-7610.1996.tb01380.x>
57. Gioia GA, Isquith PK, Guy SC, Kenworthy L. Behavior rating inventory of executive function. *Child Neuropsychol* [Internet]. 2000;6(3):235–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11419452>
58. Goudriaan AE, Oosterlaan J, De Beurs E, Van Den Brink W. Neurocognitive functions in pathological gambling: A comparison with alcohol dependence, Tourette syndrome and normal controls. *Addiction.* 2006;101(4):534–47.
59. Oscar-Berman M, Kirkley SM, Gansler DA, Couture A. Comparisons of Korsakoff and Non-Korsakoff Alcoholics on Neuropsychological Tests of Prefrontal Brain Functioning. *Alcohol Clin Exp Res* [Internet]. 2004;28(4):667–75. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1097/01.ALC.0000122761.09179.B9>
60. Goldstein RZ, Leskovjan AC, Hoff AL, Hitzemann R, Bashan F, Khalsa SS, et al. Severity of neuropsychological impairment in cocaine and alcohol addiction: Association with metabolism in the prefrontal cortex. *Neuropsychologia.* 2004;42(11):1447–58.
61. Lyvers M, Yakimoff M. Neuropsychological correlates of opioid dependence and withdrawal. *Addict Behav.* 2003;28(3):605–11.
62. Valls-Serrano C, Caracuel A, Verdejo-Garcia A. Goal Management Training and Mindfulness Meditation improve executive functions and transfer to ecological tasks of daily life in polysubstance users enrolled in therapeutic community treatment. *Drug Alcohol Depend.* 2016;165:9–14.
63. Hart CL, Van Gorp W, Haney M, Foltin RW, Fischman MW. Effects of acute smoked marijuana on complex cognitive performance. *Neuropsychopharmacology.* 2001;25(5):757–65.
64. Haney M, Ward AS, Comer SD, Foltin RW, Fischman MW. Abstinence symptoms following smoked marijuana in humans. *Psychopharmacology (Berl).* 1999;141(4):395–404.

65. Morrison PD, Zois V, McKeown DA, Lee TD, Holt DW, Powell JF, et al. The acute effects of synthetic intravenous Delta9-tetrahydrocannabinol on psychosis, mood and cognitive functioning. *Psychol Med* [Internet]. 2009;39(10):1607–16. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19335936>
66. Crean RD, Crane NA, Mason BJ. An evidence based review of acute and long-term effects of cannabis use on executive cognitive functions. *J Addict Med* [Internet]. 2011;5(1):1–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21321675> <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC3037578>
67. Verdejo-García A, Rivas-Pérez C, López-Torrecillas F, Pérez-García M. Differential impact of severity of drug use on frontal behavioral symptoms. *Addict Behav*. 2006;31(8):1373–82.
68. Pekcanlar Akay A, Ercan ES, editors. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları; 2016. 325-342 p.
69. World Health Organization. Child abuse and neglect by parents and other caregivers [Internet]. World Report on Violence and Health. 2002. 59-86 p. Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/global_campaign/en/chap3.pdf
70. Johnson CF. Abuse and Neglect of Children. In: Nelson Textbook of Pediatrics. Behrman, Kl. W.B. Saunders, editor. Philadelphia; 2000.
71. Brown GR, Anderson B. Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *Am J Psychiatry*. 1991;148(1):55–61.
72. MERRY SN, ANDREWS LK. Psychiatric Status of Sexually Abused Children 12 Months after Disclosure of Abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 1994;33(7):939–44. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0890856709639277>
73. Kaplan SJ, Pelcovitz D, Labruna V. Child and adolescent abuse and neglect research: a review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 1999;38(10):1214–22. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856709632354>
74. Bernet W. Child maltreatment. B Sadock, V Sadock (eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry* de, . 7. baskı, . Wilkins LW and, editor. Philadelphia; 2000. 2878-2889. p.
75. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abus Negl*. 1994;18(5):409–17.
76. Bifulco A, Brown GW, Adler Z. Early sexual abuse and clinical depression in adult life. *Br J Psychiatry*. 1991;159:115–22.

77. Green AH. Child sexual abuse and Incest. Lewis M (ed). Child and Adolescent Psychiatry-A Comprehensive Textbook'da. Williams and Wilkins, editor. 1996. 1041-1048. p.
78. Smith M, Bentovim A. Rutter M TE and HL (ed). Sexual abuse: Child and Adolescent Psychiatry- Modern Approaches'da. Blackwell Science. 1994. 230-251 p.
79. Kendall-Tackett K. The health effects of childhood abuse: Four pathways by which abuse can influence health. Child Abuse Negl [Internet]. 2002;26(6-7):715-29. Available from:
http://wx7cf7zp2h.search.serialssolutions.com.ez.statsbiblioteket.dk:2048/?ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&rft_id=info:sid/ProQ:psycinfo&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&rft.genre=unknown&rft.jtitle=Child+Abuse+&+Neglect&rft
80. Khoury L, Tang YL, Bradley B, Cubells JF, Ressler KJ. Substance use, childhood traumatic experience, and Posttraumatic Stress Disorder in an urban civilian population. *Depress Anxiety*. 2010;27(12):1077-86.
81. Riggs S, Alario AJ, McHorney C. Health risk behaviors and attempted suicide in adolescents who report prior maltreatment. *J Pediatr*. 1990;116(5):815-21.
82. Evren C, Kural S, Cakmak D. Clinical correlates of childhood abuse and neglect in substance dependents. *Addict Behav*. 2006;31(3):475-85.
83. Johnston LD, Bachman JG, Schulenberg JE. Monitoring The Future National Results On Drug Use, 1975-2010. Second Sch Students 2010. 2011;I:24-5.
84. Schäfer I, Reininghaus U, Langeland W, Voss A, Zieger N, Haasen C, et al. Dissociative symptoms in alcohol-dependent patients: associations with childhood trauma and substance abuse characteristics. *Compr Psychiatry*. 2007;48(6):539-45.
85. Kerr T, Stoltz J-A, Marshall BDL, Lai C, Strathdee S a, Wood E. Childhood trauma and injection drug use among high-risk youth. *J Adolesc Health* [Internet]. 2009;45(3):300-2. Available from:
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2731692&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
86. Tucci AM, Kerr-Corrêa F, Souza-Formigoni MLO. Childhood trauma in substance use disorder and depression: An analysis by gender among a Brazilian clinical sample. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2010;34(2):95-104. Available from:
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0145213410000037>
87. Daigre C, Rodríguez-Cintas L, Tarifa N, Rodríguez-Martos L, Grau-López L, Berenguer M, et al. History of sexual, emotional or physical abuse and psychiatric comorbidity in substance-dependent patients. *Psychiatry Res*. 2015;229(3):743-9.
88. Szymanski K, Sapanski L, Conway F. Trauma and ADHD – Association or Diagnostic Confusion? A Clinical Perspective. *J Infant, Child, Adolesc*

- Psychother [Internet]. 2011;10(1):51–9. Available from:
<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15289168.2011.575704>
89. Mukaddes N.M. Yaşam Boyu Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Eşlik Eden Durumlar. . Nobel Tıp Kitabevleri; 2015. 71-123 p.
 90. Rucklidge JJ, Brown DL, Crawford S, Kaplan BJ. Retrospective reports of childhood trauma in adults with ADHD. *J Atten Disord*. 2006;9(4):631–41.
 91. Conway F, Oster M, Szymanski K. ADHD and Complex Trauma: A Descriptive Study of Hospitalized Children in an Urban Psychiatric Hospital. *J Infant, Child, Adolesc Psychother* [Internet]. 2011;10(1):60–72. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15289168.2011.575707>
 92. Ford JD, Racusin R, Ellis CG, Daviss WB, Reiser J, Fleischer A, et al. Child Maltreatment, other Trauma Exposure, and Posttraumatic Symptomatology among Children with Oppositional Defiant and Attention Deficit Hyperactivity Disorders. *Child Maltreat* [Internet]. 2000;5(3):205–17. Available from:
<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077559500005003001>
 93. Doğan A. Ekolojik sistemler kurami çerçevesinde akran zorbalığının incelenmesi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derg*. 2010;17(3):149–62.
 94. Gredler GR, Olweus, D. (1993). *Bullying at school: What we know and what we can do*. Malden, MA: Blackwell Publishing, 140 pp., 25.00. *Psychol Sch*. 2003;40:699–700.
 95. Beale A V. “Bullybusters”: Using Drama to Empower Students to Take a Stand Against Bullying Behavior. *Prof Sch Couns* [Internet]. 2001;4:300. Available from: <https://www.lib.byu.edu/cgi-bin/remoteauth.pl?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=4305641&site=ehost-live&scope=site>
 96. Luxenberg H, Analysts PD, Limber SP, Olweus D, Health U. *Bullying in U . S . Schools: 2014 Staus Report*. 2015;
 97. Pikel-Uludağlı, N & Ucanok Z. Akran Zorbalığı Gruplarında Yalnızlık ve Akademik Başarı ile Sosyometrik Statüye Göre Zorba/Kurban Davranışları Türleri. *Türk Psikol Yazıları*. 2005;(56):77–92.
 98. Manuscript A, Adjustment P. *NIH Public Access*. 2008;158(8):730–6.
 99. Alikasifoglu M, Erginoz E, Ercan O, Uysal O, Albayrak-Kaymak D. Bullying behaviours and psychosocial health: Results from a cross-sectional survey among high school students in Istanbul, Turkey. *Eur J Pediatr*. 2007;166(12):1253–60.
 100. Craig WM, Henderson K, Murphy JG. Prospective Teachers’ Attitudes toward Bullying and Victimization. *Sch Psychol Int*. 2000;21:5–21.
 101. Nordhagen R, Nielsen A, Stigum H, Köhler L. Parental reported bullying among Nordic children : a population-based study. 2005;693–701.

102. O'moore AA, Hillery B. Bullying in Dublin Schools. *Irish J Psychol.* 1989;10(3):426–41.
103. Wang J, Iannotti RJ, Luk JW, Nansel TR. Co-occurrence of victimization from five subtypes of bullying: Physical, verbal, social exclusion, spreading rumors, and cyber. *J Pediatr Psychol.* 2010;35(10):1103–12.
104. Juvonen J, Graham S. Bullying in Schools: The Power of Bullies and the Plight of Victims. *Annu Rev Psychol* [Internet]. 2014;65(1):159–85. Available from: <http://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-psych-010213-115030>
105. Modecki KL, Minchin J, Harbaugh AG, Guerra NG, Runions KC. Bullying prevalence across contexts: A meta-analysis measuring cyber and traditional bullying. *J Adolesc Heal* [Internet]. 2014;55(5):602–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.06.007>
106. Kumpulainen K, Räsänen E. Children involved in bullying at elementary school age: Their psychiatric symptoms and deviance in adolescence - An epidemiological sample. *Child Abus Negl.* 2000;24(12):1567–77.
107. KALTIALA-HEINO R, RIMPELÄ M, RANTANEN P, RIMPELÄ A. Bullying at school—an indicator of adolescents at risk for mental disorders. *J Adolesc* [Internet]. 2000;23(6):661–74. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140197100903518>
108. Carney AG, Merrell KW. Bullying in Schools: Perspectives on Understanding and Preventing an International Problem. *Sch Psychol Int.* 2001;22(3):364–82.
109. Bond L, Carlin JB, Thomas L, Rubin K, Patton G. Does bullying cause emotional problems? A prospective study of young teenagers. *BMJ* [Internet]. 2001;323(7311):480–4. Available from: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.323.7311.480>
110. PETERSON L, RIGBY K. Countering bullying at an Australian secondary school with students as helpers. *J Adolesc* [Internet]. 1999;22(4):481–92. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140197199902427>
111. Pişkin M. Okul Zorbaliği: Tanımı, Türleri, İlişkili Olduğu Faktörler ve Alınabilecek Önlemler. = School Bullying: Definition, Types, Related Factors, and Strategies to Prevent Bullying Problems. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilim* [Internet]. 2002;2(2):531–62. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=2003-05196-008&site=ehost-live%5Cnpiskin63@hotmail.com>
112. Kim MJ, Catalano RF, Haggerty KP, Abbott RD. Bullying at elementary school and problem behaviour in young adulthood: A study of bullying, violence and substance use from age 11 to age 21. *Crim Behav Ment Heal.* 2011;21(2):136–44.
113. Luukkonen AH, Riala K, Hakko H, Räsänen P. Bullying behaviour and substance abuse among underage psychiatric inpatient adolescents. *Eur*

- Psychiatry. 2010;25(7):382–9.
114. Wang J, Nansel TR, Iannotti RJ. Cyber Bullying and Traditional Bullying: Differential Association with Depression. *J Adolesc Heal*. 2012;48(4):415–7.
 115. Cook CR, Williams KR, Guerra NG, Kim TE, Sadek S. Predictors of bullying and victimization in childhood and adolescence: A meta-analytic investigation. *Sch Psychol Q* [Internet]. 2010;25(2):65–83. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0020149>
 116. Low S, Espelage D. Differentiating cyber bullying perpetration from non-physical bullying: Commonalities across race, individual, and family predictors. *Psychol Violence* [Internet]. 2013;3(1):39–52. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0030308>
 117. Kelly E V., Newton NC, Stapinski LA, Slade T, Barrett EL, Conrod PJ, et al. Concurrent and prospective associations between bullying victimization and substance use among Australian adolescents. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2015;154:63–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.06.012>
 118. Holmberg K, Hjern A. Bullying and attention-deficit-hyperactivity disorder in 10-year-olds in a Swedish community. *Dev Med Child Neurol*. 2008;50(2):134–8.
 119. Kumpulainen K, Räsänen E, Henttonen I, Almqvist F, Kresanov K, Linna SL, et al. Bullying and psychiatric symptoms among elementary school-age children. *Child Abus Negl*. 1998;22(7):705–17.
 120. Twyman K a, Saylor CF, Saia D, Macias MM, Taylor L a, Spratt E. Bullying and ostracism experiences in children with special health care needs. *J Dev Behav Pediatr*. 2010;31(1):1–8.
 121. Yang SJ, Stewart R, Kim JM, Kim SW, Shin IS, Dewey ME, et al. Differences in predictors of traditional and cyber-bullying: A 2-year longitudinal study in Korean school children. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2013;22(5):309–18.
 122. Liu T-L, Guo N-W, Hsiao RC, Hu H-F, Yen C-F. Relationships of bullying involvement with intelligence, attention, and executive function in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Res Dev Disabil* [Internet]. 2017;70(September):59–66. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0891422217302068>
 123. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B. Reliability and Validity of Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime Version-Turkish Version (K-SADS-PL-T). *Turk J Child Adolesc Ment Health*. *Turk J Child Adolesc Ment Heal* [Internet]. 2004;11(3):109–16. Available from: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2005-11929-001>
 124. Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1976;33(6):766–71. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/938196>

125. Heaton RK, Pendleton MG. Use of Neuropsychological tests to predict adult patients' everyday functioning. *J Consult Clin Psychol*. 1981;49(6):807–21.
126. Berg EA. A simple objective technique for measuring flexibility in thinking. *J Gen Psychol*. 1948;39(1):15–22.
127. Yalçın K, Karakaş S. Wisconsin kart eşleme testi performansında gelişimin niceliksel ve niteliksel etkileri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derg [Internet]*. 2007;14(1):24–32. Available from: http://myaccess.library.utoronto.ca/login?url=http://search.proquest.com/docview/621815719?accountid=14771%5Cnhttp://bf4dv7zn3u.search.serialssolutions.com/?ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&rft_id=info:sid/ProQ%3Apsycinfo&rft_val_fmt=info:ofi/
128. Gioia GA, Isquith PK, Guy SC KL. Behavior Rating Inventory of Executive Function. In: Odessa FL. ed. *Psychological Assessment Resources Inc*; 2000. 1-10 p.
129. Gioia G a, Isquith PK, Retzlaff PD, Espy K a. Confirmatory factor analysis of the Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF) in a clinical sample. *Child Neuropsychol*. 2002;8(4):249–57.
130. Gioia GA, Isquith PK. Ecological Assessment of Executive Function in Traumatic Brain Injury. *Dev Neuropsychol [Internet]*. 2004;25(1–2):135–58. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/87565641.2004.9651925>
131. Bakar E, Taner Y, Soysal A, Karakas S, Turgay A. Behavioral Rating Inventory and Laboratory Tests Measure Different Aspects of Executive Functioning in Boys: a Validity Study. *Bull Clin Psychopharmacol*. 2011;1.
132. Karakaş S DDE. Nöropsikolojik Testlerin Çocuklar İçin Araştırma ve Geliştirme Çalışmaları; Bilnot- Çocuk, Cilt 2. 1. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 613-28 p.
133. Karakaş S DDE. Nöropsikolojik Testlerin Çocuklar İçin Araştırma ve Geliştirme Çalışmaları: BİLNOT-Çocuk. Cilt I. 1. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 3-5 p.
134. Dougherty DM, Mathias CW, Marsh DM, Jagar AA. Laboratory behavioral measures of impulsivity. *Behav Res Methods [Internet]*. 2005;37(1):82–90. Available from: <http://www.springerlink.com/index/10.3758/BF03206401>
135. Şar V, Öztürk E, İkikardeş E. Çocukluk çağı {dotless} ruhsal travma ölçeğinin Türkçe uyarlaması {dotless}ni {dotless}n geçerlilik ve güvenilirliği. *Turkiye Klin J Med Sci*. 2012;32(4):1054–63.
136. Sar V, Önder C, Kilincaslan A, Zoroglu SS, Alyanak B. Dissociative Identity Disorder Among Adolescents: Prevalence in a University Psychiatric Outpatient Unit. *J Trauma Dissociation [Internet]*. 2014;15(4):402–19. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15299732.2013.864748>

137. Mynard H, Joseph S. Development of the multidimensional peer-victimization scale. *Agressive Behav.* 2000;26(April 1999):169–78.
138. Gültekin, Z & Sayıl M. Akran zorbalığını belirleme ölçeği geliştirme çalışması. *Türk Psikol Yazıları.* 2005;15:47–61.
139. Ögel K, Çorapçioğlu A, Sir A, Tamar M. Dokuz İlde İlk ve Ortaöğretim Öğrencilerinde Tütün , Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı. *Türk Psikiyatr Derg.* 2004;15(2):112–8.
140. Atar AÖ, Yalçın Ö, Uygun E, Demİrcİ AÇi, Erdoğan A. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Ergenlerde Aile İşlevlerinin , Çift Uyumunun ve Anne Baba Tutumunun Değerlendirilmesi The Assessment of Family Functions , Dyadic Adjustment , and Parental Attitude in Adolescents with Substance Use Disorder. *Nöropsikiyatri arşivi, Arch Neuropsychiatry.* 2016;(2):35–41.
141. Denton RE, Kampfe CM. The relationship between family variables and adolescent substance abuse: a literature review. *Adolescence.* 1994;(29(114)):475–95.
142. Lemstra M, Bennett NR, Neudorf C, Kunst A, Warren LM, Kershaw T, et al. A Meta-analysis of Marijuana and Alcohol Use by Socio-economic Status in Adolescents Aged 10-15 Years. *Can J Public Heal.* 2014;99.
143. Yüncü Z, R SKİ, Özbaran B, Ya P, Aydın C. Madde Kullan ı m Bozuklu ğ u Olan Ergenlerin Ebeveynlerinde Psikopatoloji ve Mizaç : Kontrollü Bir Çal ı ş ma. 2009;20(1):5–13.
144. Townsend L, Flisher AJ, King G. A Systematic Review of the Relationship between High School Dropout and Substance Use. *Clin Child Fam Psychol.* 2007;10(4).
145. Obradovic I, Janssen E, Spilka S. Influence of cannabis use trajectories , grade repetition and family background on the school-dropout rate at the age of 17 years in France. *Eur J Public Health.* 2009;20(2):157–63.
146. Lynskey M, Hall W, Lynskey M, Hall W. The effects of adolescent cannabis use on educational attainment : a review. *Addiction.* 2000;95(February):1621–30.
147. Vuolo M, Staff J. Parent and Child Cigarette Use: A Longitudinal, Multigenerational Study. *Pediatrics [Internet].* 2013;132(3):e568–77. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.2013-0067>
148. Richter KP, Ahluwalia HK, Mosier MC, Nazir N, Ahluwalia JS. A population-based study of cigarette smoking among illicit drug users in the United States. *Addiction [Internet].* 2002;97(7):861–9. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=12133125
149. Hayatbakhsh R, Mamun AA, Williams GM, O’Callaghan MJ, Najman JM. Early childhood predictors of early onset of smoking: A birth prospective

- study. *Addict Behav.* 2013;38(10):2513–9.
150. Şeref S, Dönmezgil S, Kakdaş E ÖŞ. Diyarbakır Çocuk ve Ergen Madde Bağımlılığı Araştırma ve Tedavi Merkezine Başvuran Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Kullandıkları Madde Türleri. *Bağımlılık Derg.* 2014;15((1)):23–7.
 151. Neff LJ, Arrazola RA, Caraballo RS, Corey CG, Cox S, King BA, et al. Frequency of Tobacco Use Among Middle and High School Students--United States, 2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2015;64(38):1061–5.
 152. Ögel K. Madde Kullanıcılarının Özellikleri: Türkiye’de çok merkezli bir çalışma (İkinci aşama). *3P Derg.* 1999;ek sayı:4.
 153. Benjamin J. Sadock VA, Sadock. Kaplan&Sadock’s comprehensive textbook of psychiatry- Psikiyatri Türkçe Çeviri. 2016. 1268-1295 p.
 154. Kalyoncu ÖA, Ünlü B TU. Gençlerin Tehlikeli Oyunu: Sentetik Kannabinoidler (Bonzai) Üzerine Bir Gözden Geçirme. *Bağımlılık Derg.* 2014;15(3):150–5.
 155. Brents LK, Prather PL. The K2/Spice Phenomenon: Emergence, identification, legislation and metabolic characterization of synthetic cannabinoids in herbal incense products. *Drug Metab Rev.* 2014;46(1):72–85.
 156. Wilens TE, Adamson J, Sgambati S, Whitley J, Santry A, Monuteaux MC, et al. Do individuals with ADHD self-medicate with cigarettes and substances of abuse? Results from a controlled family study of ADHD. *Am J Addict.* 2007;16(SUPPL. 1):14–23.
 157. Biederman J, Wilens T, Mick E, Milberger S, Spencer TJ, Faraone S V. Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *Am J Psychiatry.* 1995;152(November):1652–8.
 158. Hermann D, Sartorius A, Welzel H, Walter S, Skopp G, Ende G, et al. Dorsolateral Prefrontal Cortex N-Acetylaspartate/Total Creatine (NAA/tCr) Loss in Male Recreational Cannabis Users. *Biol Psychiatry.* 2007;61(11):1281–9.
 159. Coullaut-Valera R, Arbaiza-Diaz Del Río I, de Arrúe-Ruiloba R, Coullaut-Valera J, Bajo-Bretón R. Cognitive deterioration associated with the use of different psychoactive substances. *Actas Esp Psiquiatr.* 2011;39(3):168–73.
 160. Zheng Y, Liang JM, Gao HY, Yang ZW, Jia FJ, Liang YZ, et al. An open-label, self-control, prospective study on cognitive function, academic performance, and tolerability of osmotic-release oral system methylphenidate in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Chin Med J (Engl).* 2015;128(22):2988–97.
 161. Ince Tasdelen B, Karakaya E, Oztop DB. Effects of Atomoxetine and Osmotic Release Oral System-Methylphenidate on Executive Functions in Patients with Combined Type Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Child*

Adolesc Psychopharmacol [Internet]. 2015;25(6):494–500. Available from: <http://online.liebertpub.com/doi/10.1089/cap.2014.0155>

162. Toplak ME, Bucciarelli SM, Jain U, Tannock R. Executive functions: Performance-based measures and the behavior rating inventory of executive function (BRIEF) in adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Neuropsychol.* 2009;15(1):53–72.

