



**T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ KLİNİK PSİKOLOJİ  
ANABİLİM DALI**

**MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERİN  
ÇOCUKLARINDA DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE  
BOZUKLUĞU SEMPTOM SIKLIĞININ ARAŞTIRILMASI**

**ECE ÇALIŞKAN**

**DANIŞMAN: Yrd. Doç. Dr. Serdar NURMEDOV**

**İstanbul - 2015**



**T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ KLİNİK PSİKOLOJİ  
ANABİLİM DALI**

**MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERİN  
ÇOCUKLARINDA DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE  
BOZUKLUĞU SEMPTOM SIKLIĞININ ARAŞTIRILMASI**

**ECE ÇALIŞKAN**

**134102021**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN: Yrd. Doç. Dr. Serdar NURMEDOV**

**İstanbul – 2015**





T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 134102021
Öğrenci Adı Soyadı	: ECE ÇALIŞKAN
Anabilim Dalı	: SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Tez Danışmanı	: Serdar Nurmedav
Tezin Başlığı	: Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Çocuklarında

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 11.08.2015	Saati	: 12-45
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="checkbox"/> GELDI		

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,

OY BİRLİĞİ  OY ÇOKLUĞU

- Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez **KABUL** edilmiştir.
- Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin **DÜZELTİLMESİ** için ..... ay **EK SÜRE** verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)
- Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin **REDDEDİLMESİ** kararı alınmıştır.

Savunmada Tezin Başlığı :  Değişmedi.  Değişti.

Tezin Yeni Başlığı :

Öğrenci Savunmaya :  GELMEDI

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,

OY BİRLİĞİ ile **REDDEDİLMİŞTİR.**

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Başkan	Yrd. Doç. Dr. Kemal Emir NOVA	
Danışman Üye	Dr. Serdar Nurmedav	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Alperin Çelbi	
Üye		
Üye		

(Tüm durumlarda jüri üyelerinin tez değerlendirme raporları (form YL-13) gerekir.)

Tarih : 11. / 08 / 2015.

Sayı No :

Yukarıda kimlik bilgileri belirtilen ve Anabilim Dalımız Yüksek Lisans Programı öğrencisinin Tez Savunma Sınav Tutanağı ve eklerinin Enstitü Yönetim Kurulunda görüşülmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

.....  
Anabilim Dalı Başkanı

## BİLİMSEL ETİK SAYFASI

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum, “Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Çocuklarında Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Semptom Sıklığının Araştırılması” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih: 11.08.2015

Adı SOYADI Ece ÇALISKAN

İmza Ece.

## TEŞEKKÜR

Öncelikle çalışmamın oluşturulmasında bilgi ve deneyimlerini esirgemeyerek her aşamada bana yol gösteren; bu zorlu süreçte beni daha iyisini yapabileceğim konusunda cesaretlendiren, motive eden, desteğini her zaman hissettiğim değerli hocam ve tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Serdar NURMEDOV' a teşekkür ediyor, tecrübelerinden faydalanma fırsatı bulduğum için kendimi şanslı sayıyorum.

Çalışmada kullanılan ölçek ve klinik görüşmenin uygulanışı ve yorumlanması konusunda değerli zamanını ayırarak destek veren Uzm. Dr. Ayşe Burcu AYAZ' a

Veri toplama aşamasındaki yardım ve desteklerinden dolayı Yrd. Doç. Dr. Cemal Onur NOYAN' a ve NP İstanbul Hastanesi Bağımlılık Birimi Doktorlarına, özellikle bu süreç boyunca ilgi ve yönlendirmeleriyle en zorlu zamanlarımda desteğini hissettiren değerli hocam Prof. Dr. Hüsni ERKMEN' e ve Uzm. Psk. Yıldız BURKOVİK' e

Çalışmamın özellikle en uzun ve zorlu geçen veri toplama aşamasında, sürecin bağımlılık birimlerinde yürütülmesi için gerekli izin ve desteği veren İstanbul Tıp Fakültesinden değerli hocam Prof. Dr. İlhan YARGIÇ' a, Balıklı Rum hastanesinden Uzm. Dr. Suat EKİNCİ' ye ve Yedikule Surp Pirgiç Ermeni Hastanesinden Uzm. Dr. Yasin GENÇ' e

Bu süreçte yanımda olan çalışmanın veri toplama aşamasında birlikte çalıştığım, tüm engelleri birlikte aştığım, yol arkadaşım Psk. Duygu KILIÇ' a içtenlikle yardım ve desteğini sunan Psk. Ahmet YILMAZ' a ve çalışma sürecime büyük destekleri olan NP İstanbul Hastanesi çalışanlarına

Çalışma verilerinin analizi konusunda desteğini aldığım ve süreç boyunca görüş ve önerilerinden yararlanma fırsatı bulduğum Adli Psikolog Dr. Gül ALPAR' a

Tüm eğitim hayatım boyunca hiçbir fedakârlıktan kaçınmadan beni bugünlere getiren, zor günümde tüm destekleriyle arkamda bulduğum gücüm; her daim yanımda bulduğum neşe kaynağım ve gösterdikleri sabır ve emekle en büyük şansım olan sevgili anneme, babama, en büyük yardımcım biricik kardeşime ve aileme

Ve son olarak, tüm süreç boyunca çalışmamın gerçekleşmesine katkıda bulunan ve emeği geçenlere

Sonsuz Teşekkürlerimi Sunarım.

Psk. Ece ÇALIŞKAN

(ÇALIŞKAN, Ece, Yüksek Lisans, İstanbul, 2015)

## **Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Çocuklarında Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Semptom Sıklığının Araştırılması**

### **ÖZET**

Dünyada ve ülkemizde giderek yaygınlaşan Madde Kullanım Bozukluğu (MKB), çağımızın önemli sorunlarının başında gelmektedir. MKB tek taraflı sonuçları olmayan, aynı zamanda çevresini de etkileyen bir sorun olarak pek çok araştırmmanın konusu olmuştur. MKB, aile bireylerini olumsuz yönde etkileyerek bu ailelerin çocuklarında psikopatolojik sorunlara yol açabilmektedir. Araştırmaya konu olan Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) bu sorunlardan biridir. Son dönemlerde DEHB ve MKB ilişkisine yönelik pek çok çalışma yapılmış, DEHB'nin madde kullanımı ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu bulgulardan yola çıkarak Dünya çapında az, ülkemizde neredeyse hiç üzerinde durulmayan bu önemli konuya dair araştırma yapmak ve bu araştırmayı literatüre kazandırmak, önemli görülmektedir.

Bu araştırmada, MKB olan bireylerin çocuklarında DEHB semptom sıklığının araştırılması amaçlanmaktadır. Çalışmaya, MKB tanısı alan, evli ve 6-18 yaş arası çocuğu olan, erkek hastalar alınmıştır. Çalışmanın kontrol grubu olan geçmişte psikiyatrik tanı almayan babaların çocukları ile çalışma grubu yaş, cinsiyet ve eğitim durumları bakımından eşleştirilerek oluşturulmuştur.

Çalışmada, MKB olan 31 erkek hastanın 50 çocuğu ve 44 sağlıklı erkek kontrolün 50 çocuğu olmak üzere toplam 100 çocuk değerlendirmeye alınmıştır. Katılımcılar, Kişisel Bilgi Formu, Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ) ve Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY-T) ile değerlendirilmiştir.

Çalışmanın sonucunda, MKB olan babaların çocuklarında sosyal içe dönüklük, anksiyete ve depresyon bulgularının ve dışa yönelim, suç davranışları ve saldırgan davranış sergileme, sosyal sorun yaşama olasılığının daha yüksek olduğu, daha sık dikkat sorunu yaşandığı ve DEHB semptom sıklığının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Madde Kullanım Bozukluğu, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Madde Kullanım Bozukluğu olan bireylerin çocukları

(ÇALIŞKAN, Ece, Master's Thesis, İstanbul, 2015)

**An Investigation of Frequency Symptoms of Attention Deficit and Hyperactivity Disorder in Children of Individuals with Substance Use Disorder**

**ABSTRACT**

Substance use disorder (SUD) which has become widespread in our country and the world has become one of the most important problems of this age. SUD has been investigated in many studies as a problem which has multifaceted consequences and negative impacts on its surrounding. SUD results in psychopathological problems in children of those families by impacting family members negatively. Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) examined in the current study is one of these problems. A number of studies have been conducted on the relationship between ADHD and SUD recently, and ADHD was found to be correlated with substance use. Drawing on these findings, conducting research on this topic which has received little attention around the world, and almost no attention in Turkey is considered as an important contribution to the related literature.

In this research, it was aimed to investigate the frequency of symptoms of ADHD in children of individuals with SUD. Male patients who were diagnosed with SUD, who were married and who had children aged 6-18 were recruited as participants. Children of males who did not have a psychiatric diagnosis in the past were in the control group. The control group was formed by matching them with the study group in terms of age, gender and education level. A total of 100 children participated in the study; 50 of them were children of 31 male patients diagnosed with SUD, and 50 of them were children of 44 healthy males. Participants were evaluated via Personal Information Form, the Child Behavior Checklist (CBCL) and Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL-T)

It was concluded that children of males with SUD had higher scores of introversion, anxiety and depression. Furthermore, they were found to be more tended to have externalizing problems, delinquency, aggressive behaviors and social problems. Lastly, it was revealed that they had attention deficit more frequently, and the frequency of symptoms of ADHD was higher for these children.

**Key Words:** Substance Use Disorder, Attention Deficit and Hyperactivity Disorder, children of individuals with Substance Use Disorder

# İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

Tez Kabul Formu .....	i
Bilimsel Etik Sayfası.....	ii
Teşekkür.....	iii
Özet .....	iv
Abstract .....	v
Kısaltmalar .....	viii
Tablolar Listesi.....	ix
Ekler Listesi .....	x
Giriş.....	1
1.ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ .....	4
1.1. ARAŞTIRMANIN SAYILTI LARI.....	6
2.LİTERATÜR BİLGİSİ .....	7
2.1. MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU KAVRAMI VE TEMEL KRİTERLERİ.....	7
2.1.1. Bağımlılık Yapıcı Maddeler .....	8
2.1.2. Madde Kullanım Bozukluğu Yaygınlığı .....	10
2.1.3. Madde Kullanım Bozukluğunu Etkileyen Faktörler.....	12
2.2. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU KAVRAMI .....	14
2.2.1. Tarihçesi .....	16
2.2.2. Yaygınlığı .....	17
2.2.3. Etiyolojisi.....	18
2.2.4. Tanı Kriterleri ve Klinik .....	22
2.2.5. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktive Tanı Ölçütleri .....	27
2.3. MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERİN ÇOCUKLARINDA DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU .....	28



3. YÖNTEM.....	35
3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ.....	35
3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	35
3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	36
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu .....	36
3.3.2. Erişkin DEB/DEHB Tanı ve Değerlendirme Envanteri .....	36
3.3.3. 4 - 18 yaş Çocuk ve Gençlerde Davranış Değerlendirme Ölçeği (4-18 /ÇDDÖ).....	37
3.3.4. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli- Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T).....	38
3.4. VERİLERİN ANALİZİ.....	38
4. BULGULAR.....	39
4.1. SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERE GÖRE DAĞILIMI.....	39
4.1.1. Ebeveynlerin Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı .....	39
4.1.2. Çocukların Sosyodemografik ve Klinik Değişkenlere Göre Dağılımı.....	41
4.1.3. Babaların Madde Kullanımına İlişkin Dağılımı .....	43
4.2. ÇOCUKLARIN 4 - 18 YAŞ ÇOCUK VE GENÇLER İÇİN DAVRANIŞ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİNE İLİŞKİN BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ.....	44
4.2.1. Çalışmada Yer Alan Çocukların 4 - 18 Yaş Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	45
4.2.2. Çalışmada Yer Alan Çocukların 4 - 18 Yaş Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeğinden Aldıkları Puanların Frekans Dağılımı ve Yüzdeleri .....	48
4.3. ÇOCUKLARIN ÇDŞG-ŞY-T İLE YAPILAN KLİNİK GÖRÜŞME SONUCUNA İLİŞKİN BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ.....	49
5. TARTIŞMA .....	51
5.1. SINIRLILIKLAR VE ÖNERİLER.....	55
Sonuç.....	58
Kaynakça.....	59
Ekler .....	72
Özgeçmiş.....	86

## KISALTMALAR

APA	American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)
DEHB	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DSM	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)
CBCL	Child Behavior Checklist
ÇDDÖ	Çocuk ve Gençlerde Davranış Değerlendirme Ölçeği
ÇDŞG-ŞY-T	Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- Türkçe Versiyonu
EMCDDA	Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi
MKB	Madde Kullanım Bozukluğu
NA	Noradrenalin
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime (Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Dairesi)
WHO	Dünya Sağlık Örgütü



## TABLÖLAR LİSTESİ

**Tablo 1:** Katılımcılara Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

**Tablo 2:** Araştırmaya Alınan Çocukların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Dağılımı

**Tablo 3:** Babaların Klinik Özelliklere İlişkin Dağılımları

**Tablo 4:** Çocukların, 4-18 Yaş Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeğinden Aldıkları Puanların Ortalaması ve Standart Sapması

**Tablo 5:** Çocukların 4-18 Yaş Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeğinden Aldıkları Puanların Frekans Dağılımı ve Yüzdeleri

**Tablo 6:** Çocukların ÇDŞG-ŞY-T ile Yapılan Klinik Görüşme Sonucunda DEHB Tanısı ve DEHB Tanısı Alt Tiplerine Göre Frekans Dağılımı ve Yüzdeleri

## EKLER LİSTESİ

- EK 1** Etik Kurul Onayı
- EK 2** Kişisel Bilgi Formu
- EK 3** Erişkin DEB/DEHB Tanı ve Değerlendirme Envanteri
- EK 4** 4-18 Yaş Çocuk ve Gençlerde için Davranış Değerlendirme Ölçeği



## GİRİŞ

Madde Kullanım Bozukluğu (MKB), günümüzde yaşanan önemli sağlık sorunlarından biridir ve tek taraflı sonuçları olmayan oldukça önemli bir sorun olarak dikkat çekmektedir. Aynı zamanda MKB'nin tedavi süreci de bir o kadar zordur ve bu süreçte madde kullanan kişilere göre bir tedavi yöntemi geliştirirken ailenin de bu süreçte yer almasına dikkat edilir. Bu olmazsa olmazlardandır. Aile de bu noktada bağımlılık sorunu yaşayan ferdinin yanında olmak istemektedir. MKB olan kişiyle birlikte yaşamak, kişinin yaşadığı bağımlılık sürecine ayak uydurmayı mecburi kılar (Ögel, 2010). Fakat bu sürece sağlıklı bir biçimde ayak uydurmanın yöntemi yoktur. Aslında bağımlılık denilen kavramın bir "aile hastalığı" olduğu belirtilmiştir. Çünkü bir şekilde bağımlılıktan dolayı sıkıntılar yaşayan bu insanlar aynı zamanda bağımlılığı beslemektedirler. Kısacası, bağımlılık sorunu olan kişi, içinde yaşadığı aile fertlerine de zarar vermektedir (McDermott, 1984).

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), çocukları etkileyen en yaygın davranış bozukluğudur. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının Düzenlenmiş Dördüncü Baskısı (DSM-IV TR), bunu, psikiyatrik evrimde bir çeşit şiddetli kronik bozukluk olan dikkat eksikliği ve düşüncesizliğin sabit örneği olarak tanımlar (Yousefi et al., 2009).

Hiperaktivite davranışları üzerinde genetik etkilerin güçlü olduğunun kanıtlanmış olmasına rağmen genel anlamda farklı faktörler de olaya dâhil edilebilir. Birçok farklı faktörün hiperaktivite semptomlarının devam etmesine ve değişmesine yol açtığı kabul edilmiştir. Bütün bulgular, yapılan değerlendirmelerin bütün belirtilerin doğru çalışılması, ailenin ve bireyin tıbbi geçmişi, çocuğun ev ortamındaki durumu, okulu ve çocuğun kendi yaşlarındaki diğer çocuklarla olan ilişkilerini içermesi gerektiği fikrini desteklemektedir (Johnston and Mash, 2001). Aile genetiği üzerine yapılan çalışmalar, bozukluğa etiyolojik bakış açısından yapılan psikiyatrik araştırma yöntemlerinden bir tanesidir. Kontrollü ailevi çalışmaların çoğu, birinci ve ikinci dereceden akrabaları DEHB'den muzdarip olan insanların bu bozukluğa sahip olma riskinin daha yüksek olduğunu göstermiştir. DEHB ile ilgili yapılan çalışmalarda hastalığa yakalanma oranının %5 olduğu tahmin edilmiştir. Buna karşılık akrabaları DEHB hastası olanlardan oluşan psikiyatrik deney grubunda hastalığa yakalanma oranı %25'tir (Biederman et al., 1992).

Etiyolojik bir bakışla DEHB olan çocukların ebeveynlerinin geçmişindeki DEHB sıklığı incelendiğinde genetik faktörlerin olaya dâhil olabileceği görülmektedir. Çalışmalar, DEHB'nin ailenin genetik haritasında yer alan fiziksel bozukluklardaki artış ile bağlantılı olarak bütüncül ele alınabilecek bir bozukluk olduğunu göstermektedir. DEHB olan bireylerin akrabaları, daha depresif semptomlar göstermektedir ve normalden daha fazla madde bağımlılığı ile karşılaşmaktadır (Biederman et al., 1986).

Madde kullanımı konusunda çeşitli tartışmalar vardır. Tartışmaların temelini, madde kullanımının, madde yeterli zaman ve miktarda tüketildiğinde bireyin yaşadığı psikolojik sorunlara, birtakım fiziksel ve genetik temelli nörolojik hastalıklara olumlu bir etkisinin de olabileceği, oluşturmaktadır (El-Alfy et al., 2010; Meisel and Friedman 2012).

Bunlardan birinde, Clark ve arkadaşları (1998) madde kullanımı söz konusu olan ebeveyn çocuklarında DEHB görülme sıklığını yüksek oranda belirtmişlerdir. Ailedeki bozukluk sıklığına dayanarak, ailede görülebilecek DEHB'nin bazı alt grupları tahmin edilebilir. Etiyolojik ve kalıtsal çalışmalar, belirtilerin ve DEHB ile çoklu ailevi bozucu davranışların ailevi olarak kategorize edilmesi konusunda yol gösterici olabilir (Biederman et al., 1992).

Çocuk yetiştirmek oldukça önemli bir konudur. Bu konuda ailelerin büyük sorumluluğu vardır. Çocukların olumlu ya da olumsuz davranışlarını şekillendiren etkenin aile olması sebebiyle bağımlık davranışının kişilerde oluşmasında da ailenin etkisi vardır. Ailenin çocuk yetiştirme şekli bunu tayin etmektedir. Yapılan araştırmalar göstermiştir ki, aile içinde eksik sözel iletişim, çatışmalı ve huzursuz bir aile ortamı, aile içinde ödüllendirmenin olmaması, toplumsal desteğin yokluğu, ailelerin çocuklarına karşı verdiği mesajların tutarsız ve devamsız oluşu bağımlılık davranışını tetiklemektedir (Ledoux et al., 2002).

DEHB'li çocukların ailelerindeki psikiyatrik bozukluklarla ilgili çalışmalar, DEHB'nin ailesel yaygınlığının yüksek olduğunu gösterir ve bu kalıtsal faktörün, bozukluğun oluşmasında büyük bir etki sahibi olduğuna işaret eder. DEHB'nin risk faktörlerine bağlı araştırmalar yürütülmektedir. Bu araştırmalar, risk faktörlerinin cinsiyetin erkek olması, ebeveyn ilişkileri, ebeveynlerdeki veya diğer akrabalarındaki DEHB geçmişi, ebeveynlerdeki psikiyatrik bozukluk geçmişi ve birinci veya ikinci

derece akrabada DEHB görölme faktörlerini içerdiği sonucuna ulaşmıştır (Johnston and Mash, 2001).

DEHB’li çocukların ve bu çocukların ailelerinin ruh sağlığının makro ve mikro ulusal planlamada bir sorunsal olarak değerlendirilmeleri gereklilik göstermektedir. Bir diğer taraftan bakılacak olunursa, madde kullanımındaki artış da göze çarpmaktadır (Khoshabi et al., 2008). Madde kullanımındaki oranın artıyor olması batı ülkelerindeki sağlık otoritelerinin endişelerinin belirli oranda artmasına sebep olmuştur.

Ailelerin madde kullanımına dair tavırları madde kullanan gencin davranışlarını belirlemede çok önemlidir. Örneğin, anne ve babanın alkol ve madde kötüye kullanma durumları, problem çözerken kullandıkları yöntemler ileriki dönemlerde gencin de problemlerle karşılaştığında izleyeceği yolu tayin etmektedir (Barnow et al., 2002). Böylelikle MKB olan ebeveyne sahip çocukların davranışsal ve bilişsel problemlerinin varlığı ayyuka çıkmaktadır.

İlkokul çağlarında çocuklara sahip 1000 aile üzerine çalışan Tahran’daki tıp ve sağlık geliştirme araştırmaları, sigara içmenin ve uyuşturucu bağımlılığının, psikiyatrik kaynakların geçmişinin ve ebeveynlerin evden uzun süre uzak kalmasının ilkökul çocuğunda hiperaktivite ve dikkat bozukluğu belirtilerinin görölme oranının artışına sebep olduğunu göstermiştir. Ebeveynlerdeki sigarayı azaltma, madde bağımlısı olmama ve mesleki istikrar gibi davranışların çocuklardaki bozuklukları azalttığı görölmektedir. Ve bu çalışmaya göre, doktorlar hiperaktiviteden muzdarip ailelerde teşhis koyarken bu gibi problemlere özellikle dikkat etmelidirler. Çalışmalar, DEHB’li çocukların akrabalarının antisosyal kişilik bozukluğu, madde kullanımı, duygudurum bozukluğu ve anksiyete bozuklukları açısından risk altında olduklarına işaret etmektedir (Johnston and Mash, 2001; Abedi et al., 2007).

Bazı araştırmalar, ebeveynlerin alkol bağımlılığının, çocuğun davranışları ile ilgili olduğunu göstermektedir. Ama alkolle olan bu ilişkinin kapsamı hala sorgulanabilir. Toplumdaki bazı örneklerde ise alkol bağımlılığı ve çocuklardaki DEHB vakaları arasında hiçbir ilişki bulunamamıştır. DEHB’li çocuğa sahip ailelerdeki alkol tüketimi problemi ile ilgili kontrol grubu ailelerine bağlı yapılan çalışmalarda, babaları alkolik olan çocuklar ve geçmişinde hiç alkolizm olmayan babalar karşılaştırıldığında, alkolik geçmişi bulunan babaların çocuklarında daha yüksek oranda agresyon, dikkat eksikliği ve düşüncesizlik görölmekte; ama hiperaktiviteye bakıldığında pek bir farklılık

görülmemektedir. Buna rağmen DEHB olan çocukların ailelerinde, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında daha fazla alkol tüketimi görülmektedir (Khoshabi et al., 2008).

Chronis ve arkadaşları (2003) yaptıkları çalışmada DEHB'li çocukların ebeveynlerinin kötüye kullanım düzeyinde olmasa da problemsiz çocukların ebeveynlerinden daha çok alkol tükettiğini bildirmişlerdir. Ayrıca alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu bulunan hastaların %25-35'inin DEHB olduğu bulunmuştur (Schubiner et al., 2000). Buna göre erişkin DEHB olan kişilerin alkol ve/veya madde kullanım bozuklukları açısından genel popülasyondan 2 kat daha fazla risk taşıdığı görülmektedir (Biederman et al., 1995). Yapılan bazı epidemiyolojik çalışmalarda çocuklukta DEHB belirtilerinin ve davranış problemlerinin yetişkinlikte alkol ve/veya madde kullanım bozuklukları açısından risk taşıdığını göstermişlerdir (Brook et al., 1996). DEHB olan ebeveynin, DEHB olan bir çocuğu olma şansı %50 olarak bildirilmiştir (Ercan, 2010). Biederman ve arkadaşlarının (1995) yaptığı çalışmada DEHB olan erişkinlerin çocuklarında DEHB oranı, DEHB olan çocukların ebeveynlerinden daha yüksek oranda bulunmuştur. Alkol ve madde bağımlılarının çocuklarında daha fazla oranda DEHB tespit edilirken, bu bozukluğa sahip çocukların ebeveynlerinde ise yine artmış oranda alkol madde bağımlılığı bulunmaktadır (Wilens et al., 1994).

Bu bağlamda, araştırmanın problem cümlesi “Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Çocuklarında Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu semptom sıklığı nasıldır?” şeklinde belirlenmiştir.

## **1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ**

20. yüzyılın başından beri, endüstrideki büyük gelişmeler, kentleşmenin artması, metropollerin gelişmesi, modern yaşamdaki karmaşa, kişisel ve toplumsal ilişkilerdeki kopukluğu arttırmıştır. Bireyselleşmenin arttığı, sosyal desteğin azaldığı bir ortamda, stresli yaşam olayları ile baş etmede bireysel çabaların yeterli olmaması insanların birçok bağımlık sorunu yaşamasına neden olmuştur ki bunun başında da madde kullanımını gelmektedir. Madde kullanımını kişilerde birçok psikolojik soruna ve ruhsal hastalıkların artmasına sebep olmaktadır. Dolayısıyla da madde kullanım sorunu dikkat çekmiş ve gündeme alınmıştır. Ki daha evvel dikkat çekmesine rağmen yeterince araştırılmadığı da vurgulanmaktadır (Montgomery et al., 2012). Yarattığı etkiler

sebebiyle bu sorun, çok çeşitli araştırmaların konusu olmuştur. Bu konudaki çalışmaların ve gözlemlerin sayısı ve çeşitliliği artmakla birlikte günümüzde de devam etmektedir (Bossong and Niesink, 2010).

DEHB sahibi çocukların aileleri hakkında yapılan çalışmalar çeyrek yüzyıldır sürüyor olmasına rağmen son zamanlarda bu konuya ilgi azalmıştır ve DEHB'li çocukların aileleri ile ilgili birçok soru cevapsız bırakılmıştır. Ayrıca tanımsal seviyede problemin büyüklüğü, belirsizdir. Çalışmaların sonuçlarındaki istikrarsızlık, DEHB ve ebeveyn-çocuk arasındaki ilişkilerin bağlantısının farklı faktörlerden etkilenebileceğini ve bu farklı faktörlerin her bir aile ve çocuk için ayrıntılı olarak incelenmesinin bir tartışma konusu olabileceğini göstermektedir. DEHB ve birlikte gelen diğer bozuklukların ve ailelerdeki madde kullanımının yaygınlık oranı ile ilgili yapılan küçük araştırmalar göz önünde bulundurulduğunda yeni çalışmalar, bozukluğun aile geçmişinde görülme sıklığına ve madde kullanan ebeveynlerin çocuklarında DEHB görülme oranının sağlıklı ailelerin çocuklarında DEHB görülme oranı ile karşılaştırılmasına odaklanmalıdır.

Son yıllarda bu bozukluğun etiolojisi hakkında birçok önemli çalışma yapılmıştır. Moleküler ve davranışsal alanda yapılan çalışmalar bu bozuklukta genlerin rolünü açıklar. Bu hastalığın teşhisindeki yetersizlikler göz önünde bulundurularak birkaç teori ortaya konulmuştur. Bu bozukluğun biyolojik ve kavramsal etiolojisini anlamak adına yol kat edilmiş olmasına rağmen henüz sistemli ve etkili bir araştırma veya sosyal ve bireysel bakış açısından herhangi bir teori ortaya atılmamıştır.

Bu bağlamda, ebeveynlerin sahip oldukları MKB ilgili elde edilen bilgiler ışığında ebeveyn MKB ile DEHB olan çocuk arasındaki bağlantının netlik kazanması beklenmektedir. Ayrıca, elde edilen bulgular ile MKB'nin bir başka boyutuna dikkat çekilecektir. Giderek artan bir problem olarak DEHB'li olan çocukların durumuna dair farkındalık kazandırılacaktır.

İlgili çalışmalar incelendiğinde, bu iki bozukluk istatistiksel şans faktörlerinden çok genetik ilişkilerle aktarılmaktadır. Bu bulgular, ebeveynde madde kullanımının varlığı ile çocukta DEHB karşılaştırmasını içeren araştırma tezini desteklemektedir.

Kötüye kullanım öyküsü olan babaların çocuklarında dikkat eksikliği yatkınlığı dikkat çekmektedir (Earls et al., 1988).

Dünya çapında az, ülkemiz çapında neredeyse hiç üzerinde durulmayan bu önemli konuya dair araştırma yapmak önemli görülmektedir. Bu bağlamda çalışmanın amacı MKB olan bireylerin çocuklarında DEHB semptom sıklığının araştırılmasıdır.

### **1.1. ARAŞTIRMANIN SAYILTILARI**

Araştırmayı oluşturma adına öncelikli varsayım “ebeveynde madde kullanımı varlığının çocukta DEHB riskini arttırıyor olması” dır. Diğer varsayımlar;

1. Örneklem grubunun yeterli sayıya sahip olduğu,
2. Katılımcıların objektif ve doğru cevaplamalarda bulunduğu,
3. Katılımcılardan çocukları adına alınan bilgilerin objektif ve doğru olduğu
4. Çocuk olan katılımcılar için ebeveynlerinden izin alındığı ve etik çerçevede herhangi bir problem olmadığıdır.



## 2. LİTERATÜR BİLGİSİ

### 2.1. MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU KAVRAMI VE TEMEL KRİTERLERİ

Hammurabi yasalarından 4. Murat' a, hippo alt kültüründen postmodernist yaşam kabullerine kadar zengin bir açılımda madde kullanmaya yönelik farklı kabul ve yargıların var olduğu ortadadır. Kaybolan değerler, aile kavramının önemini ve kutsallığını giderek yitiriyor oluşu, dolayısıyla çocuk yetiştirilmesi ve bakımında oluşan farklılıklar; ilgi ve sevginin önemsiz, gereksiz hissedilmesi, paranın daha da önem kazanması ve hayatın bir koşuşturmadan ibaret olduğuna dair oluşan kanılar, dolayısıyla yitirilen maneviyat gibi faktörlerle her geçen gün daha da çok insan madde kullanımına başlamaktadır. Yapılan araştırmalar, madde kullanan bireylerin genellikle boşanmış ailelerden geldiğini, hemen hemen hepsinde ebeveynlerin çocuğa karşı ilgisiz ve umursamaz olduğunu ifade etmektedir. Buradan yola çıkarak bireyin sevgi ve ilgisiz dolayısıyla desteksiz büyüdüğünü, bu sebeple oluşan büyük boşluğu ileride başlayacağı madde ile kapatmaya çalışacağını söylemek mümkündür (Ögel vd, 2000).

Bağımlılık değerlendirilirken;

- Maddenin yeniden alınmasıyla ilgili aşırı ve güçlü bir isteğin bulunması
- Madde miktarının arttırılmasına gerek duyulması
- Maddenin zararlı etkilerinin daha çok kişisel sınırlar içinde kalması gibi

özellikleri vardır (Köknel, 1998).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'ne göre madde bağımlılığında şu özellikler yer almaktadır (Çivi ve Şahin, 1991):

- Uyuşturucu kullanma isteğinin irade ve mantıkla önlenemez olması
- Uyuşturucu maddenin doz artışının engellenememesi
- Bireyin maddeye fiziksel ve ruhsal tam bağımlılığının bulunması
- Bağımlının kişiliğinin tamamen çökmesiyle birlikte fiziksel ve psikolojik

olarak oluşan ve hayatın kaybedilmesine neden olan sonuçların bulunmasıdır.

DSM-IV TR'deki "bağımlılık" kavramı yerine DSM-V'te "Madde Kullanım Bozukluğu" kavramı getirilmiştir (APA, 2013). Madde bağımlılığın psikolojik sınıflandırılmasıyla ilişkili olarak DSM-V 'te yer alan bazı ölçütler aşağıdaki gibidir:

Bir yıl içinde aşağıdakilerden en az ikisi kendini göstermeli, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ve işlevsellikte düşmeye yol açmalıdır:

- İstendiğinden daha büyük ölçüde veya uzun süreli kullanım
- Maddeyi bırakmak veya kontrol altında tutmak için istek veya sonuç vermeyen çabalar
- Maddeyi elde etmek, kullanmak veya etkilerinden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayırma
- Madde kullanımı için çok büyük bir istek duyma veya kendini zorlanmış hissetme
- Tekrar eden kullanım sonucu sorumluluklarını yerine getirememe (işte, okulda, evde)
- Olumsuz etkilerine rağmen kullanıma devam etme (toplumsal ve kişiler arası sorunlar)
- Kullanımdan dolayı günlük etkinliklerin bırakılması veya azaltılması (iş, eğlence vb.)
- Tehlikeli olabilecek durumlarda dahi kullanmaya devam etme
- Olumsuz bedensel veya ruhsal etkilerinin bilinmesine rağmen kullanmayı sürdürme
- Maddeye tolerans gelişmiş olması (kullanımı arttırma veya aynı ölçülerde kullanıma karşılık azalan etki)
- Yoksunluk belirtileri (Bulantı, uykusuzluk, kusma, sinirlilik, bunaltı, huzursuzluk, saldırganlık, ishal, terleme, titreme, kas sızıları, ateş vb.). Her madde yoksunluk belirtisi göstermez.

### **2.1.1 Bağımlılık Yapıcı Maddeler**

Kişinin madde kullanımına başlama sebeplerinden bağımsız olarak maddelerin en belirgin ortak özelliği bağımlılık yapıcı oluşlarıdır. Olumlu pekiştirici etkileri bu bağımlılığı destekler; bireyde keyif oluşturur; beyinde başkalaşım sağlar; gerçeklik algısını bozar; engellenemez istek yaratır; kullanımı kesme halinde düşüş görülür; gitgide doz arttırılarak ve süre sıklaşarak tolerans seviyesi artar. Maddenin yeterli gelmemesi durumunda yoksunluk belirtileri görülür ve zamanla iç organlarda kalıcı hasar meydana gelir. Yasalarla madde kullanımını kısıtlanmış ya da yasaklanmıştır.

Toplumda her birim maddeleri kendi görüşlerine göre sınıflandırma yoluna gitmektedir. Tıp, hukuk ve sosyal gruplar arasında ayrışma görülür. Kaynaklar incelendiğinde de herhangi bir ortak görüşe ulaşılamamaktadır (Kulaksızoğlu, 2002). Genel kavram olarak uyuşturucu tercih edilmektedir. Oysa bağımlılık yaratan maddelerin tümü uyuşturucu etkisi göstermez, örneğin kafein uyarıcıdır. Uyuşturucu başlığında incelenmeyen alkol ve sigara da bağımlılık yapıcıdır.

Maddeler kaynaklarına göre doğal, sentetik bağımlılık yapıcı maddeler, ilaçlar, yasal olanlar ve olmayanlar, merkezi sinir sistemine etki edenler olarak sınıflandırılabilir. 1969 yılında Bern’de sunulan Eczacılar Raporunda maddeler şöyle sınıflandırılmıştır: Tıbbi Maddeler, Sentetik Maddeler, Anestezik Maddeler ve İlaçlar (Eczacılar Raporu, 1969; aktaran Kapalıkaya 1986, s. 21).

Doğal bağımlılık yapıcı maddeler ilk insanlardan beri tıbbi ya da başka amaçlarla kullanılmış ve zamanla modern tıp tarafından ilaç haline getirilmişlerdir; ancak gözetim altında kullanılmazlarsa tehlikeli sonuçlar ortaya çıkabilir. Toplumda tıbbi amaçtan çok keyif verici madde olarak tüketilen bu merkezi sinir sistemini etkileyen maddelerin yasalarla sınırlandırılmaları gerekmiştir (Şahin, 2007).

Çoğunlukla uyuşturucu özellikte olan ve bilişsel faaliyetlerde tutukluğa yol açan bu maddeler tehlikeli olabilmektedir. Örnek olarak afyon ve türevleri verilebilir. Bu maddelerin çoğu tıpta ve ilaç sanayiinde kullanılmaktadır. Bu durumlar dışında barındırılmaları ve tüketilmeleri yasalara tabiidir. Afyon hammaddesinden diğer uyuşturucular çeşitli işlemlerde elde edilmektedir. Türkiye’de haşhaş üretimi devlet tekelindedir (Şahin, 2007).

Morfin ağrı kesici, uyku getirici, öksürük giderici amaçlarla kullanılmış fakat uzun sürede kötü etkileri tespit edilmiştir. Eroin bilinen uyuşturucular arasında en sakıncalıdır. Kısa süreli kullanım bile bağımlılıkla sonuçlanır, iştahsızlık ve akli yetide kopmalarla beraber çeşitli etkiler görülmektedir. Tolerans düzeyi çabuk değiştiğinden aşırı dozdan ölümler gerçekleşir. Opioid denen maddelerin tümünde sürekli kullanımla birlikte bağımlılık ve fiziksel zararlar görülür.

Uyarıcılar, uyuşturucuyla ters mantıkta çalışarak kişide heyecan ortaya çıkartan maddeler bütünüdür. Genellikle iştahı kapatmak, akli yetileri daha fazla kullanabilmek amaçlı tercih edilirler. Kokain, crack ve nikotin örnek olarak verilebilir.

Etkisi 30-60 dakika arasında ortaya çıkıp kaybolan kokain en etkili uyarıcıdır. Tek kullanımda bile bağımlılık oluşabilir. Ezilmiş tozun burundan çekilmesi ve sigara gibi kullanım biçimleri vardır (Tarhan ve Nurmedov, 2011). “Crack” kokainin bir türüdür, on saniyede etkisi ortaya çıkar ve tek kullanım bağımlılık için yeterlidir. Kokain türevleri kişinin beş duyusunda bozulmalara yol açar. Merkezi sinir sistemini bozacak kadar etkilidir.

Tütün, nikotin barındıran bir bitkidir ve keyif verici olarak kullanılır. Sarmak, pipoya doldurmak gibi içiş şekilleri vardır. Türkiye’de yaygın olarak kullanılır. Sigara sosyal olarak bulaşıcı bir maddedir; hatta küresel salgın kabul edilir (Tarhan ve Nurmedov, 2011). Akciğer kanserinin temel sebeplerinden biridir. Sigara içmek insanın ömrünü 20-25 yıl kısaltır. 1-2 saat içilmemesi halinde yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması dikkat çekicidir. Araştırmalara göre sigara çocukluk ve ilk gençlik döneminin asıl sorunu sayılabilir. Aynı zamanda içmeyen insanların da pasif içici konumunda zehirlenmeleri söz konusudur. Sigaranın içindeki maddelerin çoğu kanserojendir. Duman olarak çekildiğinde 10 saniyede etkisi görülür. Uzun sürede çeşitli hastalıklara yol açmaktadır.

Kafein en yaygın kullanılan uyarıcılardandır. Kahve, çay, kola gibi günlük tüketilen sıvıların içerisinde bulunur. Kısa süreli keyif vermektedir. Dopamin salgılatarak bağımlılık yarattığı bilinmektedir. Meskalin aslında esrar ve afyon bağımlılığının yol açtığı zehirlenmeye karşı kullanılmak için üretilmiştir ancak ruhsal dengeyi bozması ve bağımlılık yapıcı oluşu yüzünden tedavi amaçlı kullanımı da engellenmiştir (Köknel, 1998).

### **2.1.2 Madde Kullanım Bozukluğu Yaygınlığı**

Keyif verme özelliklerinin fark edilmesiyle birlikte insanlarda vazgeçilmez alışkanlıklar yaratan bağımlılık yapıcı maddelerin tüketimi artmış ve bu tüketimi karşılamak adına arz talep dengesini koruma gereksinimi ve bu sektörden büyük kazançlar sağlama isteği, rekabeti doğurmuştur. Hatta Çin ve İngiltere arasında gerçekleşen I. ve II. Afyon savaşlarından anlaşılacağı gibi ülkeler arası savaşlara kadar sıçramıştır.

On dokuzuncu yüzyıl sonundan günümüze, bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımı; toplum ve kişi sağlığı açısından saldırı oluşturma, ülkenin iktisadi durumuna

negatif tesir etme gibi sebeplerden dolayı suç olarak kabul edilmiştir. Öte yandan bu konuda dünya ekonomisinin bütününün tam anlamıyla mutabık olduğunu söyleyemeyiz. Hala pek çok ülkede bağımlılık yapıcı madde kullanımı, ticareti ve üretimi serbest olmakla birlikte devletler tarafından da desteklenmektedir (Bilgen, 1998).

Son senelerde psikolojik, biyolojik ve sosyal pek çok etkenle etkileşim gösteren madde kullanımının gün geçtikçe artış göstermesi göze çarpmaktadır.

Madde kullanımının yaygınlığına ilişkin dünyada ve ülkemizde gerçekleştirilen çalışmalar, madde kullanımının önemli derecede yaygınlık gösterdiğini sergilemektedir. Madde kullanımının yaygınlığıyla ilgili gerçekleştirilen bir çalışmada, kadın ve erkeklerin ömürleri boyunca madde kullanım oranları yaklaşık %41 ve %31,7 olduğu gözlenmiştir. Öte yandan bu ve benzeri bilgilere ulaşmanın zorluğu göz önünde bulundurulduğunda, kullanım oranının daha fazla olduğu tahmin edilmektedir (Simpson and Miller, 2002).

Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Dairesi (UNODC)'nin Dünya Uyuşturucu Raporu'na (2010) göre dünya genelinde 15-64 yaş arası insanların yaklaşık %0,36-0,86'sinin madde kullanımından kaynaklı bir problem yaşamaktadır. Benzer şekilde 15-64 yaş arası insanların yaklaşık %3,52 ila %5,68'inin ömürlerinde en az bir kez uyuşturucu madde kullanıldığı sanılmaktadır.

Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (EMCDDA)'nin Avrupa'daki uyuşturucu probleminin boyutlarını gözler önüne seren 2006 Senelik Raporu'nda uyuşturucu kullanımına dair yetişkin popülasyona ilişkin öngörüler mevcuttur. Söz konusu rapordan elde edilen verilere göre değişik madde çeşitlerinin hayat boyu prevalans oranları şu şekildedir: Avrupalı yetişkinlerin %3'ünün amfetamin; yaklaşık 8,5 milyon Avrupalı yetişkinin ekstazi; en az 65 milyon Avrupalı yetişkinden birinin esrar; Avrupalı yetişkinlerin yaklaşık %3'ünden fazlasının kokain kullandığı sanılmaktadır.

Türkiye'de bu konuda yapılmış geniş çaplı ilk çalışma Kamu Sektörü ve Türk Psikologlar Derneği tarafından gerçekleştirilmiştir. 15-64 yaş arası 7681 kişinin katıldığı, ev ortamında yapılan anket çalışmasına göre sigara ve alkol harici bağımlılık yapıcı madde kullanımı %0,3 hayatları boyunca en az bir defa bağımlılık yapıcı madde kullananların oranı ise %1,3 olarak saptanmıştır (EGM-KOMDB, 2009). Bağımlılık yapıcı madde kullanım prevalansı cinsiyetlere göre bakıldığında, erkeklerde kadınlara

göre yüksek; yaş aralıklarına göre bakıldığında ise 15-24 yaş grubunda 25 yaş üstüne göre daha yüksek olduğu görülmüştür (Ögel, 2005).

Ülkemizde 2001 ve 2004 senelerinde genç nüfusla yapılan benzer tekniklerle uygulanan iki araştırmanın sonuçları karşılaştırıldığında, alkol ve sigara haricindeki bütün bağımlılık yapıcı maddelerin kullanım prevalansında bir yükseliş göze çarpmıştır. Değişim değerlerinde en fazla yükseliş gösteren bağımlılık yapıcı maddeler sırasıyla; esrar, flunitrazepam, ekstazi, uçucu maddeler, eroin ve benzodiazepinlerdir. Bu iki araştırma arasında ekstazi kullanım prevalansındaki yükselişin en fazla olduğu göze çarpmaktadır. Eroin, esrar, uçucu maddeler, flunitrazepam, benzodiazepin kullanımında da gözle görülür artış olduğu gözlenmektedir (Ögel vd, 2004; Ögel, 2005). Okul çevresi dışındaki ortamlarda, bilhassa cezaevi, sokak gibi çevrelerde kalan bireylerde madde kullanım prevalansının daha fazla olduğu dikkate alındığında (Ögel, 2001), bağımlılık yapıcı madde kullanımı hem kişisel hem de toplumsal açıdan önemli bir problem olarak boy göstermektedir.

### **2.1.3. Madde Kullanım Bozukluğunu Etkileyen Faktörler**

Bağımlılık yapıcı madde kullanan bireyler sosyodemografik açıdan kimi farklılıklar ve benzerlikler taşımaktadırlar. Esrar ve petidin kullanım bozukluğu sebebiyle yatarak rehabilitasyon gören hastaların sosyodemografik niteliklerinin gözlendiği bir çalışmada, esrar kullananların gözle görülür bir çoğunluğunun işsiz olduğu, ve eğitim seviyelerinin petidin kullananlara kıyasla daha düşük olduğu izlenmiştir. Öte yandan esrar kullanımının erkeklerde kadınlara kıyasla önemli ölçüde fazla olduğu saptanmıştır (Evren vd, 2002). Eroin kullanan bireylerle gerçekleştirilen bir çalışmada ise; eroini damar yoluyla kullananların ilk deneyimledikleri maddenin esrar olması, intihar girişimi geçmişi, bağımlılık yapıcı madde kullanımına ilişkin sosyal problemler yaşama, işsizlik, bekârlık, aileyle problem yaşama oranlarının yüksek olduğu görülmüştür (Evren ve Çakmak, 2002). 2006 senesinde gerçekleştirilen bir başka çalışmada bağımlılık yapıcı madde kullanımına başlama yaş ortalamasının 22,44 olduğu ve madde kullanım prevalansının erkeklerde kadınlara göre daha fazla olduğu dikkat çekmiştir (Bulut vd, 2006). Gerçekleştirilen bir diğer çalışmada ise ülkemizde bağımlılık yapıcı madde kullanımına başlama yaşı 17,2 olarak tespit edilmiştir (Sevinçok, 2000).

Alkol bağımlılığının kalıtımsal alt yapısının bulunduğu ilk kez deney fareleri üzerinde gerçekleştirilen araştırmalarda keşfedilmiştir. McClearn ve Rogers, c57 ismi verilen ve alkolü seçen bir akraba fare jenerasyonu oluşturarak buna işaret etmişlerdir. İnsanlardaki ilk ispatlar ise Washington Üniversitesi Tıp Fakültesi tarafından 1972 yılında gerçekleştirilen bir çalışma yoluyla görülmüştür. Bu çalışmada, biyolojik anne ve/veya babası alkol bağımlılığı bulunan ve evlat edinilmiş olan çocukların alkol alma yatkınlıklarının olduğu farkedilmiştir (Abay ve Ateş, 2001). Durum üzerinde yapılan fazlaca araştırmada birinci derece akrabalarında alkol bağımlısı olanların karşılaştırma örnekleme göre daha yüksek yüzdelerde alkol bağımlılığı oluşma tehlikesiyle karşı karşıya olduğuna işaret etmektedir (Coşkunol ve Altıntoprak, 1999; Yüncü ve Savaş, 2007; Şengül ve Herken, 2009).

Madde kullanımına neden gösterilen çevresel risk etmenleri ile ilgili gerçekleştirilen araştırmalarda arkadaş etkisi ve arkadaşların nitelikleri kendisini göstermektedir. (Van Der Bree and Pickworth, 2005; Erdem vd, 2006). 2004 yılında İstanbul'da 10. sınıf öğrencileri ile 3843 öğrencinin katılımı ile gerçekleştirilen çalışmada madde kullanan arkadaşı bulunanların madde kullanma riskinin yaklaşık 6 kat daha fazla olduğu ortaya konulmuştur. Bu durum yaşıt baskısını göstermektedir. Yetişkinlik öncesi dönemde ailesinden kopmaya çabalayarak arkadaşlarıyla yakınlaşan ergenin, içinde bulunduğu ortamın nitelikleriyle benzeşerek aynı davranışlarda bulunması öngörülebilir bir durumdur (Erdem vd, 2006).

Raskin ve Krystal, madde bağımlıları ile yürüttükleri araştırmalarında, anksiyete, acı ile bağıntı, plasebo etkisi, bunalım ve diğer insanlarla ilişkiler üzerine odaklanmışlardır. Madde bağımlılarının acıyı tolere etme konusunda çok iyi oldukları, anksiyete ve bunalımlarını da bedenselleştirme yöneliminde olduklarını belirtmişlerdir. Bunun yanında bağımlıların esas sorunlarının "splitting" (katı bir şekilde bölme) ve "denial" (yâdsıma, inkâr) savunma mekanizmalarını kullanmalarından oluşan, kendilerinin ve diğer bireylerin olumlu ve olumsuz taraflarını benimseme konusunda başarı elde edememeleri olduğundan bahsetmişlerdir (Blaine and Julius, 1977).

Wurmser (1978), madde bağımlılığı ile alakalı olarak yedi kademeli psişik bir kısır döngüden bahseder. İlk aşama bireyin kurgusal dünyasındaki fantezisinden türeyen yaşadığı kendini beğenmişlik krizidir. Kendini beğenme krizi sonrası birey, öfke keder, utanç ve kontrol kaybı duyguları ile vasıflandırılmış belirsiz bir psişik hale bürünür: bu

bariz bir şekilde preverbal (konuşma öncesi) aşamaya geri gitmiş olduğunun göstergesidir. Üçüncü etapta birey bu ruhsal depresyonla baş edebilmek için yadsıma ve bölme savunma mekanizmalarını kullanır. Böylelikle, duygularına ve buradan hareketle de kendilerine yabancılaşır. Gerçekleşen bu algı yanılmasını devam ettirebilmesi ve uyumsuzluklarıyla baş edebilmesi için dışsallaştırma savunma mekanizmasının ortaya çıkmasıyla problemin çözümünü dışta sihirli bir objede bulmaya çalışır. Kendini mahveden öfkenin yönünü saptırarak dış dünyaya döner. Bu durumda etik ile süper ego ve moral konularında uyumsuzluğa düşmemek için bölme düzeneği ortaya çıkar. Bu süperego bölünümünü yaratmak için birey maddeye gereksinim hisseder. Son olarak kalıcı olmayan bir çözüme varıldığı hissiyatı ile birey memnuniyet ve zevk duygusuna kapılır (Blaine and Julius, 1977).

Madde kullanım düzensizliği olan ve bir yerde kalarak tedavi alan hastaların sosyodemografik ve madde kullanımı ile alakalı niteliklerinin cinsiyet baz alınarak karşılaştırılmasının hedeflendiği bir çalışmada, madde kullanımı olan kadınların daha fazla sayıda eşinden ayrılmış, lise ve üstü düzeyde eğitim almış ve intihar girişimi hikayesi bulunan insanlar olduğu tespit edilmiştir. Madde kullanan erkeklerde ise madde kullanımı ile alakalı olarak kanuni problemler, madde etkisi altında zarar verici ve tehlikeli davranışlarda bulunma gibi durumlar ve daha önce cezaevi tecrübesi yaşamış olma ve tedavi görmüş olma oranı yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bunun yanında kadınların seçtiği madde olarak eroin, meperidin, benzodiazepin görülürken, erkeklerde uçucu madde ve esrar kullanım yüzdelerinin kadınlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Evren vd, 2003).

## **2.2. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU KAVRAMI**

DEHB, benzer yaş ve gelişimdeki kişilere nazaran hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerinin daha kuvvetli, devamlı, şiddetli veya dar aralıklı yaşanması hali olarak tabir edilmektedir (APA, 2001). DEHB aynı zamanda çocukluk döneminde başlayan, ergenlikte sürebilen, kişinin yaş ve gelişim standartlarında olmayan dikkat eksikliği, abartı hareketlilik gibi belirtilerle ortaya çıkan nörogelişimsel bir bozukluk olarak da tanımlanmaktadır (APA, 2000).

Okul başarısı, sosyal ilişkiler gibi psiko-sosyal fonksiyonlarda aksaklık yaratan, çocukluk döneminin sık rastlanan nöropsikiyatrik bozukluklarından. DEHB,



hiperaktivite, dikkat bozuklukları, dürtüsellik ve yürütücü fonksiyonların eksikliklerini barındıran bir hastalıktır. DEHB, çocuk psikiyatrisi pratiğinde en fazla görülen ve en fazla araştırılan rahatsızlıklar içerisinde yer almaktadır. DEHB olan çocukların pek çok alanda yaşayabileceği sorunlar arasında sosyal ilişkilerinde ve yaşlılarıyla olan iletişimde karşılaşılabilecek güçlükler önemli bir yer kaplamaktadır. Güçlü arkadaşlık ilişkileri inşa edememe, yaşlılarınca dışlanma, saldırgan davranışlarda bulunma ve saldırgan davranışlara maruz kalma bir çırpıda sayılabilecek problemlerdendir (Guevremont and Dumas, 1994). Dolayısıyla DEHB yaşayan çocuklarda zorbalık davranışına eğilim olasılığı yükselmektedir (Holmberg and Hjern, 2008). DEHB yaşayan çocukların standart gelişim örneğine yakın çocuklara göre daha çok güçlük yaşadıkları gözlenmiştir (Guevremont and Dumas, 1994). Bu güçlükler DEHB yaşayan çocukları zorbalığa daha yatkınlaştırmaktadır (Taylor vd, 2010). DEHB yaşayan çocukların zorbalığa yatkınlığının daha fazla olduğu bilinmesine karşın, ilaç tedavisinin zorbalığa eğiliminin etkisi yeterli bir biçimde incelenmemiştir. İlaç tedavisinin zorbalığa etkisinin saptanması bu konudaki düzenlemelerde önemli bir etki yaratacaktır.

Bozukluğun seyri üç farklı şekilde ilerleyebilir. DEHB'si olan insanların bir kısmı ergenlik bitiminde belirtilerden kurtulduğu, bir kısmında da sosyal ve ruhsal zorlanmaların sürmekte olduğu, kalan kesimde ise madde kötüye kullanımı, alkolizm, sosyopati gibi ileri bozukluklar gözlenebilir. Hareketlilik kısmı zamanla azalmaktadır ancak odaklanma, dikkat problemleri kişinin yetişkinliğinde de sürece kalıcılıkta olabilmektedir. Tüm yaşamında ilişkilerinde sorun yaşaması, sigara veya diğer maddelerin bağımlılıklarını yaşaması, sağlıkta bozulmalar gibi istenmeyen durumlar yaşanabilir. Daha sonra özgüven zedelenmesiyle beraber çeşitli ruhsal bozukluklar ortaya çıkabilir (APA 2000; Spetie and Arnold 2007).

Çocukluk döneminde DEHB tanısı konmuş bireylerin %30-80 oranında yetişkinliklerinde de belirtilerden bazılarını yaşadıkları belirtilmiştir (Still, 1992). Ailenin tavrında bozukluklar, akran dışlanması, erken doğum, DAT1 ve DRD4 genlerinde bozukluklar gibi etkenler negatif süreci tetikler (Weis and Weis, 2002). Yetişkinlik öncesi dönemde yaşanan çevresel etkilerin de genetik kadar önemli olduğu fark edilmiştir (Curran et al., 2001).

Aynı anda birden fazla bozukluk belirtisi göstermek diğer tüm bozukluklarda olduğu gibi DEHB'de de sıklıkla karşılaşılan bir olgudur. Diğer bozukluğun DEHB'yi

negatif etkilediği ve yeni bir tedavi sürecine girilmesini zorunlu kıldığı bilinmektedir. Araştırmalara göre DEHB olan hastaların bir ya da daha fazla bozukluğa daha sahip olma oranı %60-100'dür. Araştırmalar arasında oran itibariyle farklılıklar olsa da eşanı konulan bozukluklar yaklaşık olarak aynıdır ve bunları şöyle sayabiliriz; Öğrenme Bozuklukları, Anksiyete Bozuklukları, Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu, Majör Depresyon, Davranım Bozukluğu, Bipolar Affektif Bozukluk. En yoğun oran %50 ile Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğunda görülmektedir.

Literatürde geniş tarama yaptığımızda sonuçlar çarpıcıdır. Gelişimsel Koordinasyon Bozukluğu %50'den fazla, İletişim Bozuklukları %15-75 arasında, Anksiyete Bozukluğunun %10-40 oranlarında, Tik Bozukluklarının %3-34, Majör Depresyonun %0-45 ve Bipolar Bozukluk %0-27 oranlarında eş tanısı konulan hastalıklar olduğu tespit edilmiştir. Sonuçlar örnek gruplarına, kullanılan ölçeklere, yöntemlere göre farklılaşmaktadır. Klinik çalışmalar üzerinden yürütülen araştırmalarda oranlar daha yüksektir. Yaş ve cinsiyet de dikkate alınması gereken faktörlerdendir (Taylor et al., 2008). Kızlarda anksiyete, depresyon görülürken, erkeklerde daha çok Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu ve madde kötüye kullanımı izlenir (Guevremont and Dumas, 1994). Diğer bozukluklarla beraber ilerleyen DEHB daha şiddetli semptomlar yaratmakta, psikososyal sorunlara yol açmakta ve klasik tedavi işe yaramamaktadır.

### **2.2.1. Tarihçesi**

DEHB dikkat problemleri, fazla hareketlilik ve dürtüsellik ile nitelendirilmiş çocukluk döneminin en yaygın görülen nöropsikiyatrik bozukluklarından. Bozukluk zamanla muhtemel sebeplerine ve tıbbi durumlarına göre değişik kavramlarla betimlenmiştir. 19. yüzyılın sonuna doğru “çılgın aptallar”, “dürtüsel delilik”, “yetersiz engellenme” biçiminde isimlendirilmiştir. Alman doktor Heinrich Hoffman'ın 1865 yılında kaleme aldığı “kıpır kıpır philip” (*The Story of Fidgety Philip by Heinrich Hoffman*) isimli şiir DEHB ile ilgili ilk veridir (Thome and Jacobs, 2004).

Günümüz tarifine benzer biçimde ilk kez George Still tarafından 1902 yılında betimlenmiştir. Fazla hareketlilik, dikkat bozukluğu, öğrenme zorluğu ve davranış problemleri olan çocuklar Still tarafından incelenmiş, bu çocukların “manevi kontrolde

bir düzensizlik” taşıdığını ve buna ortama ilişkin faktörlerin yanında doğuştan bozuklukların da sebep teşkil edebileceğini iddia etmiştir (Still, 1902).

Böylelikle DEHB ilk kez 19. yüzyılın sonları ve 20. yüzyılın başlarında George Still aracılığıyla kurallara itaat etmede zorluk, haddinden fazla hareketlilik, dürtüsellik, dikkatsizlik, duygusal anlayışsızlık, okulda başarı eksikliği, aşırı saldırma gibi belirtiler barındıran “Ahlaki Kontrol Eksikliği” terimi ile tanımlanmıştır (Stubbe, 2000).

Birinci Dünya Savaşının ardından klinik tedavi uzmanları, Still’in tanımladığı durumu virütik beyin iltihabının davranışla ilgili bir sonraki aşaması olarak ele almışlardır. Yine aynı dönemde, beyin hasarı ile aynı anlama gelmek üzere, anlama ile ilgili zorluklar ve davranış sorunlarının tamamı “Minimal Beyin Hasarı Sendromu” olarak adlandırılmaya başlanmış, gün geçtikçe olayların çoğunluğunda tespit edilmiş bir beyin hasarı olmayan bu durum için “ Minimal Beyin Disfonksiyonu” isimlendirmesi yapılmıştır (Spetie and Arnold, 2007).

1919-1920 yıllarındaki grip salgını ve beyin zarı iltihabı salgınının ardından salgında hastalananlarda DEHB semptomlarına yakın nitelikler gözlemlenmiş ve DEHB’ye olan ilgi artmıştır. Bu durumla beraber hastalığa beyindeki bir hasarın sebep olduğu fikri ortaya atılmıştır. 1947 yılında Strauss ve arkadaşları dürtüselligi, haddinden fazla hareketliliği, sürdürme ve kavramsal yetersizliği bulunan çocuklarda beyin hasarını tespit etmiş ve rahatsızlığı “minimal beyin hasarı sendromu” olarak isimlendirmiştir. 1960’lara geldiğimizde hiperaktif davranışların genetik bozukluk bulunmadan da görülebildiği fark edilince “minimal beyin hasarı” terimi bırakılmış ve “minimal beyin disfonksiyonu” kavramı ortaya atılmıştır (Weis and Weis, 2002).

Bu rahatsızlık geçtiğimiz 40 yılda araştırmacıların ve klinik tedavi uzmanlarının ilgisini çekmekte ve bugün rahatsızlıkla ilgili muhtemel tartışmalarla bağlantılı olan özenli araştırmalar gerçekleştirilmektedir.

### **2.2.2. Yaygınlığı**

DEHB, çocukluk döneminin en yaygın nörogelişimsel bozukluklarından birtanesidir. DEHB’nin uluslararası prevalansı, 1978 ile 2005 yılları arasında gerçekleştirilmiş araştırmaları analiz eden bir ek kaynaşması çalışmasında %5,29 olarak saptanmıştır (Polanczyk et al., 2007). Birçok salgınla ilgili araştırmada DEHB prevalansı %1 ile %20 gibi büyük bir yelpazede farklılaştığı söylenmektedir. Bu farklılaşmanın

modelleme yöntemi, veri elde edilen katılımcılar, kullanılan tanılama kriterleri ve araştırmanın gerçekleştirildiği alandan dolayı söz konusu olabileceği tespit edilmiştir (Faraone et al., 2003; Polanczyk et al., 2007).

Çocukluk ve ergenlik döneminde en çok ortaya çıkan nöropsikiyatrik bozukluk DEHB'dir. Literatürdeki dünya çapında yürütülen araştırmaların sonuçlarına bakıldığında DEHB'nin dünyada %3-12 oranında görüldüğü bilinmektedir (Faraone and Biederman, 1994). Türkiye'de de yürütülen bazı epidemiyolojik araştırmalar vardır. Malatya'daki ilköğretim seviyesindeki çocuklarla yürütülen araştırmanın sonuna göre DEHB %9,5 oranında görülmüştür (Özcan vd, 1998). Başka bir çalışmada okul öncesi dönemde %3-4 oranında ortaya çıkan DEHB'nin ilk öğretim seviyesinde %3-10 seviyesinde olduğu açıklanmıştır (Castellanos et al., 2002). DEHB sıklığının Türkiye'de 6-15 yaş arasındaki çocuklarda %8,1 olduğu belirtilmektedir (Erşan vd, 2004). Kızlara kıyasla erkeklerde DEHB görülme oranı yüksektir (Faraone et al., 2001). Kız çocuklarında DEHB tek başına seyretmemekte, yanında depresyon benzeri bozukluklarla beraber görülmektedir fakat yine de sıklığı yüksek değildir. Oysa erkek çocuklarında saldırganlıkla beraber görülmesi klinik vaka haline gelmelerine yol açar (Fisher et al., 2002).

### **2.2.3. Etiyolojisi**

DEHB, biyopsikososyal bozukluk olarak kabul edilirken etiyolojisi henüz saptanamamıştır. Önde gelen bazı açıklamalar vardır ve incelendiğinde sebeplerin kalıtsal, nörogelişimsel, nörokimyasal, nörofizyolojik ayrışmalar, psikososyal değişimler olarak gruplandığını görmek mümkündür.

DEHB ile uyku sorunları yakından ilgilidir ama sıradan inceleme sırasında uyku bozukluklarının incelenmemesi sebebiyle farkedilemeyebilmektedir. Gerçekleştirilen incelemelerde DEHB teşhisi koyulan çocuk ve ergenlerde uyku sorunları sıklığının %25-50 aralığında tespit edildiği ifade edilmiştir (Corkum vd, 1998; Owens, 2005). Uyku sorunlarının DEHB'yi andırması ya da mevcut DEHB belirtilerini kuvvetlendirmesi sebebiyle DEHB tanısında uykunun da göz ardı edilmemesi gerekir. Uyku sorunları tedaviye cevap verme ve teşhisin farklılaştırabilmesi bakımından da önemlidir.

DEHB'nin etiyolojisine ilişkin gerçekleştirilen incelemelerde değişik faktörlerin bozuklukla ilgisi bulunabileceği söylenmekle beraber herhangi bir unsurla sebep sonuç

bağı görülememiştir. Günümüzde DEHB'nin hem kalıtsal hem de çevresel etmenleri kapsayan kompleks bir etiyolojik nörogelişimsel rahatsızlık olduğu varsayılmaktadır (Spetic and Arnold, 2007). DEHB etiyolojisinde etkili olduğu düşünülen etmenler aşağıda sıralanmıştır.

DEHB olan kişiler ve ebeveynleriyle yürütülen araştırmalar bu rahatsızlığın kalıtsal aktarım gerçekleştirdiği yönündeki gözlemleri desteklemektedir (Faraone and Doyle, 2001). Gerçekleştirilen aile araştırmaları sonucunda, DEHB bulunan çocukların kardeşlerinde DEHB riskinin 3-5 kez fazla, anne-babalarında ise 2-8 kez fazla olduğu gözlenmiştir (Faraone and Biederman, 1998). Gerçekleştirilen kapsamlı ikiz ve evlat edinme araştırmalarında olası kalıtsal aktarımın yaklaşık %60-91 değerleri arasında farklılık gösteren oranlarda olduğu görülmüştür (Kieling et al., 2008).

DEHB bulunan kişiler ve aileleriyle gerçekleştirilen kalıtsal araştırmalarda ise dopamin aktaran gen-DAT (Curran et al., 2001), dopamin alıcı gen-DRD4 (Faraone et al., 2001), serotonin aktaran gen- 5-HTT (Manor et al., 2001), dopamin beta hidroksilaz geni-DBH (Barkley et al., 2006) ve serotonin alıcı geni-HTR1B (Hawi et al., 2002) gibi aday gen bölümleri bulunmuş ve çoğaltılmıştır. Genom boyu ilişkilendirme araştırmalarında 5p12, 10p26, 12q23 ve 16p13 gibi kimi kalıtsal bölgeler DEHB bulunan ailelerde daha fazla görülmüştür (Fisher and ark, 2002).

Beynin frontal bölgesi meninkslerinde tahribat bulunan kişilerde DEHB'yi andıran semptomlar tespit edilmesi, gerçekleştirilen nöropsikolojik testlerde beynin frontal bölgesi meninkslerine işaret eden yürütücü işlev bozukluklarının tespit edilmesi, öncelikli olarak frontal bölgedeki meninkslerin yapısal sıradışılıklar ve DEHB arasında ilişki bulunduğunu akıllara getirmektedir (Spetic and Arnold, 2007). DEHB bulunan kişilerde gerçekleştirilen araştırmalarda tüm beyin hacminin de, frontal lob hacimlerinin de kontrollere göre daha küçük olduğu tespit edilmiştir (Castellanos et al., 2002). DEHB bulunanlarda gözlemlenen en istikrarlı anatomik beyin görüntüleme sonuçlarında yürütücü işlevlerde, kaudat çekirdekte, pallidumda, beyin lobları arasında iletimi sağlayan bölgede ve serebellumda kayda değer şekilde küçük hacimler tespit edilmiştir (Castellanos et al. 1996,2001).

Fonksiyonel beyin görüntüleme araştırmalarında ise frontal bölgesi meninksleri, striatum ve beyincik meninkslerinde azalmış kan akışı tespit edilmiştir (Kim et al., 2002; Bush et al., 2005). Başka bir araştırmada öncesinde ilaç kullanmamış ve DEHB bulunan

çocuklarda metilfenidat ile beraber yürütücü işlevlerde, talamus ve kaudatta bölgesel kan akışının arttığı gözlemlenmiştir (Kim et al., 2001).

DEHB bulunan kişilerde elektroensefalogram (EEG) kullanılarak yürütülen araştırmalarda teta/beta dalga kıyasları bakımından kontrol grubundan aykırılıklar tespit edilmiş olmasına karşın EEG araştırmaları sonucunda ortaya çıkan modeller DEHB'nin kompleks tıbbi görüntüsünü açıklamakta yeterli olmamıştır (Monastra et al., 1999; et al., 2001; Spetei and Arnold, 2007).

DEHB bulunan kişilerde beyin ön bölgesinde dopamin (DA) ve noradrenalin (NA) fonksiyonlarındaki bozulmanın varlığı, etiyolojide bu nörotransmitterlerin rolü bulunduğunu akıllara getirmektedir. DEHB bulunan kişilerin semptomlarının dopamin ve noradrenalinin etkilerini taklit eden maddelerle azalması bu olasılığı desteklemektedir (Taylor and Sonuga-Barke, 2008).

Çevresel ve kalıtsal faktörler arasında karşılıklı bir ilişki bulunması ve DEHB bulunan tek yumurta ikizlerde uyum oranlarının %100 olmaması çevresel faktörlerin de etiyolojide etkili olabileceğini akıllara getirmektedir. İncelenen çevresel faktörlerden doğumdan önce sigaraya maruz kalma ve annenin stres seviyesinin, DEHB semptomlarıyla alakalı olduğu tespit edilmiştir (Bhutta et al., 2002). Kurşun ve benzeri sinir sistemini etkileyen zehirli maddelere maruz kalma ile DEHB arasında ilişki tespit edilmiştir ancak bunun alt seviye sosyoekonomik bir çevrede bulunmanın ya da farklı nörogelişimsel defektlerin etkisiyle de alakalı olabileceği ileri sürülmektedir (Levitt, 1999).

Psikososyal faktörler için yürütülen çalışmalarda bebeklik çağında (0-2 yaş) önemli bedensel, kavramsal ve sosyal mahrumiyetle (çocuklukta, sosyal ve zihinsel gelişim için gerekli olan etkileşim, yakınlık, deneyim, vb. gibi uyarımlardan ve fırsatlardan yoksun olma) yüzleşen çocukların haddinden fazla faaliyet ve dikkatsizlik semptomları gösterdikleri tespit edilmiştir (Stevens et al., 2008). Bunun yanında okul dönemine kadarki anne-babalık tarzı, DEHB semptomlarını azaltabilmektedir (Sonuga-Barke et al., 2001). Ebeveynin tavrı DEHB ile direkt alakalı görülmesine de uzun süreli araştırmalarda davranış bozukluğu ve depresyon eş tanısı bakımından aile tavırlarının önemli olduğu saptanmıştır (Taylor, 1999; Ostrander and Herman, 2006). Bu tespitlerden yola çıkarak DEHB'nin olası çoklu kalıtsal ve çevresel faktörlerin etkileşimi ile ortaya çıktığı sonucuna varılabilir.

Evlat edinilen ikizler üzerinde yapılan DEHB araştırmalarında sebebin %75 genetik olduğu söylenmiştir (Biederman and Faraone, 2005). Tek yumurta ikizlerinde bu oran %50-84 iken çift yumurta ikizlerinde %30-40 olarak tespit edilmiştir (Hechtman, 2000).

Moleküler genetik araştırmalarında dopamin reseptörlerinden D2, D3, D4 ve D5, dopamin taşıyıcıları (DAT), dopaminin yıkıcı enzimler (COMT: Katekol-O-Metiltransferaz, MAO-A: Monoamino Oksidaz A) gibi özellikle dopamin sisteminin temeli olan aday genleri belirtmiştir. En çok etkili olduğuna inanılan genler ise DRD4 ve DAT1'dir (Jensen et al., 1997).

Kişinin beyin hacmi gelişimi ergenlikte tamamlanır (Kim et al., 2002). Tanı konulmuş 223 çocuk üzerinde yapılan incelemede kontrol grubuna göre DEHB'li çocukların kortikal kalınlığı geç sağladıkları görülmüştür. Özellikle dikkat ve motor becerilerle ilgili olan prefrontal bölgedeki gecikme dikkat çekicidir (Kovatchev et al., 2001). Görüntülemelerde de beynin bazı kısımlarının normal çocuklara göre daha küçük olduğu bulunmuştur (Lewinsohn et al., 1995). Stroop testi uygulanan çocuklarda anterior singulat korteksini aktif hale getirmekte başarılı olamadıkları tespit edilmiştir (Owens, 2005). Frontal lobda oluşan anomalilerin DEHB etiolojisinin temeli olduğuna inanılmaktadır. Özellikle dopamin ve noradrenalin kişinin dikkat, odaklanma ve motivasyon gibi yetilerini düzenlemektedir. Tedavi amaçlı kullanılan ilaçlar da dopamin ve noradrenalin bazında etkili olmaktadır. Metilfenidat tedavisi uygulamasının kişinin prefrontal korteksi üzerindeki kan akışını düzenlediği bilinmektedir (Polanczyk et al., 2007). Buradan çıkarılacak sonuç, dopamin ve noradrenalin sistemlerindeki bozuklukların ve frontal lobdaki oynamaların DEHB oluşumunda büyük etkiye sahip olmasıdır.

DEHB'nin oluşma sürecinde psikososyal etkilerin önemli olduğu kabul edilir. Yapılan araştırmalarda DEHB tanısı konmuş çocukların ailelerinde parçalanmışlıkların, iletişim kayıplarının, aile geçmişinde ruhsal bozuklukların ve tek ya da ilk çocukluk gibi özelliklerin sıklıkla görüldüğu ayırt edilmiştir. Yurtlarda kalan ve duygusal yoksunluk çektiği bilinen çocuklarda da dikkat bozuklukları ve yoğun hareketlilik tespit edilmiştir. Evlat edinilmeleri halinde düzelme göstermişlerdir. Gebelikte gelişen komplikasyonlar, sigara ve alkol tüketimi, duygusal bunalım, erken doğum, anne sütü azlığı gibi etkenlerle DEHB riski artmaktadır (Sonuga-Barke et al., 2001).

#### 2.2.4. Tanı Kriterleri ve Klinik

DEHB, tanısı ayrıntılı psikiyatrik değerlendirme neticesinde konulan bir hastalıktır. Tanı, ilk olarak anne baba ve çocuktan alınan öykü, klinik izlem ve daha sonrasında varsa bakımını sağlayan diğer kişiler ve öğretmeninden alınan değerlendirmeler yardımıyla elde edilen verilere bağlı olarak konulur. Tanı için kritik nokta, çocuğun uzun zamandır dikkat bozuklukları, anormal hareketlilik ve davranışlarını kontrol etmede güçlük gibi sorunlar yaşadığının ve bu sorunların birden çok alanda faaliyetleri engelleyecek seviyede probleme neden olmasının anlaşılmasıdır (Spetic and Arnold, 2007).

DEHB, bulguların minimum iki ortamda gözlemlendiği, üç temel göstergesi dikkat eksikliği, dürtüsellik ve aşırı hareketlilik ile kendini gösteren, 7 yaşından evvel başlayan, çocuk ve ergen psikiyatrisinin sıkça karşılaşılan hastalıklardan birisidir. Bozukluğun kronik süreci, uygulanacak tedaviyle birlikte büyük çapta giderilebilir olması, çoğu psikiyatrik rahatsızlıkla karıştırılabilmesi ve tedavisi yapılmadığında çok sayıda olumsuz sonuç doğuran tabiatı sebebiyle çocuk ve ruh sağlığı uzmanlarınca tanınabilmesi ve tedavi edilmesi gerekir. Okul çağında dikkat eksikliği, ödev yapmada isteksizlik, uygun olmayan ortamlarda aşırı hareketlilik, kaza ve yaralanmalara eğilim, akranlarıyla sosyal ilişkilerde zorluk, aşırı konuşma gibi göstergelerle meydana gelirken, ergenlik döneminde huzursuzluk, aşırı hareketin yerini alır. Ayrıca ergenlik çağında dikkat eksikliği, zamanı iyi kullanamama, alkol-madde kullanımı, zayıf sosyal ilişkiler, riskli cinsel tutumlar, asosyal tavırlar ve depresif yakınmalar gösterebilir. Yetişkinlerde, işe başlama ve bitirme güçlük çekme, dikkatin çabuk dağılması, evlilik ve iş hayatındaki güçlükler, depresif ve endişeli yakınmalar ve öfke kontrolündeki zorluklar olarak kendini gösterebilir (Işık ve Işık-Taner, 2009).

Okul öncesi çağda DEHB teşhisi için tıbbi gözlem yapmak ve çocukla yakinen ilgilenenlerden gözleme dayalı veriler toplamak önemlidir. Bunun nedeni, bu dönemde anne babanın dile getirdiği problemler ailenin çocuğa karşı hoşgörüsüne göre çok fazla değişkenlik sergilemesi ve zorlu bireysel özellikler ile DEHB bulguları arasında reddedilmeyecek bir benzerlik olabilmesidir. Oyun zamanının epey kısa olması, faaliyetlerin çoklukla yarım kalması, tehlikeye karşı farkındalığın olmaması, aşırı hareketlilik gibi davranışlar teşhiste önem arz eder.



Okul çağında ise dikkatini bir konu üzerinde sürdürmekte güçlük yaşama, görevlerini sonuçlandıramama, dışardan gelen etkilerle dikkatin dağılması, sınavlarda ve ödevlerde çokça dikkat hataları, görev ve sorumlulukları hatırlayamama, oturması umulan ortamlarda oturmakta güçlük yaşama, sık araya girme, sakin olması umulan ortamlarda huzursuz tavırlar sergileme, oyun kurallarına uymama ve sıra bekleme gibi konularda güçlük çekme gibi belirtilerle kendisini gösterir.

Ergenlik çağında, yaşlılarından daha az dikkat süresi, ayrıntılara dikkat edememe, otokontrol sağlayamama, planlama becerisinin zayıf olması, riskli davranışlar ve sürekli hareket halinde olma sık rastlanan DEHB göstergelerindedir. Erişkinlik döneminde ise ayrıntılara dikkat edememe, sorumlulukları hatırlayamama yahut aksatma, düşüncesizlik ve birden karar verme, huzursuzluk hissi ve çokça kaza geçirme gibi belirtiler gözlenebilir (Taylor and Sanuga-Berke, 2008).

Dikkat eksikliğinin önde geldiği DEHB tipindeki çocukların dikkati odaklamak, organize etmek ve devam ettirmek ile ilgili problemleri mevcuttur. Aile ve sosyal ilişkilerinde kimi alanlarda zorluklar yaşanabilir ancak temel problem okul içerisinde meydana gelir. Bu çocuklara yönelik öğretmenlerin genel gözlemi, sürekli geç kalma, ödevleri tamamlayamama, rüyada gibi davranma, unutkanlık hali gibi problemlerdir. Dikkat problemi çeşitli derecelerde verim kaybı, şevkin kırılması ve anlama zorluğuna sebebiyet verebilir. Sonuç olarak çocuğun zeka seviyesinin altında başarı gözlenir. Diğer tiplerden değişik olarak okul çağına gelene kadar gösterge sunmayabilir ve ilk kez okul çağında teşhis edilir (Weis and Weis, 2002). Kız çocuklarında daha çok rastlanır (APA, 2000).

Hiperaktivite ve dürtüselliğin önde geldiği DEHB tipine dâhil olan çocuklar dikkat eksikliği tanı kriterlerini barındırmaz. Çoğunlukla dikkat eksikliği alt tipinden daha hızlı teşhis konulur. Çocuktaki anormal seviyedeki hareketlilik hali gelişim dönemi standartlarına uymaz. DEHB olan bir çocuğun hekim tarafından ilk kontrolü esnasında hareketlilik izlenemeyebilir. Çoğunlukla ev ve okuldaki hali değerlendirilerek tanı konulur. Okul öncesi çağdaki çocuklarda ilk muayene esnasında hareketlilik daha çok gözlemlenebilir. Okul öncesi çağda DEHB yaşayan çocuklar kurgulanmış oyunları oynamakta zorlanırlar. Yaşın ilerlemesiyle birlikte motor faaliyetler azalabilmekte ve yetişkinliğe doğru giderken bu durum yerini duygusal huzursuzluğa bırakabilir (APA,

2000; Weis and Weis, 2002). Engellenme seviyeleri diğer tiplere nazaran düşüktür. Bu tip DEHB, erkeklerde daha sık görülmektedir (APA, 2000).

Bileşik tipte DEHB, duygusal ve davranışsal engelleme eşiğinde düşme, değişik düzeylerde etkilenmiş dikkat, uygunsuz huzursuzluk yer alır. Yaşa dayalı kültür standartlarına göre dürtülerini kontrol etme, faaliyetlerini organize etme, dikkat ve sosyal konularda problemler yaşarlar. Bu durum çoğunlukla yetişkin çağlara kadar sürer (Weis and Weis, 2002). İki cinsiyette de en çok görülen tiptir (APA, 2000).

Tıbbi muayenede DEHB teşhisi akla geldiğinde, teşhisi netleştirme amacıyla, tıbbi gözlem, ruhsal durum tahlili, hastanın tıbbi geçmişi, nörolojik değerlendirme, bilişsel testler ve davranış değerlendirme testleri tetkik edilir. DEHB'nin tanısı konulurken, işitme/görme sorunları gibi duyuşsal bozukluklar, tiroid bozukluklar, epilepsi, öğrenme bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete, frontal lob patolojileri, bipolar bozukluk gibi bozukluklar başta olmak üzere psikiyatrik olsun olmasın bu gibi sorunlar göz ardı edilmemelidir. Bununla birlikte gelişimsel döneme ait aktivite fazlalığı, okul, aile ve çevre ile ilgili problemler de dikkate alınmalıdır (Hechtman, 2000).

DEHB psikiyatrik problemlerle yüksek oranda örtüşme sergilemektedir. Örtüşme halinin sıklığı ve çeşitlerini dikkate alan bazı araştırmacılar “Agresif alt tipli DEHB” ve “Anksiyöz alt tipli DEHB” olmak üzere iki çeşit DEHB alt kategorisi oluşturma teklifinde bulunmuşlardır (Jensen et al., 1997). Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, Anksiyete Bozuklukları, Davranım Bozukluğu, Depresyon, Gelişimsel Koordinasyon Bozukluğu, Tik Bozuklukları, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Öğrenme Bozuklukları en çok örtüşen tanılardır. DEHB teşhisi konulan hastalarda Tik Bozuklukları ve Otizm Spektrum Bozuklukları gibi nörogelişimsel bozukluklara da rastlanma sıklığı yükselmektedir (Taylor and Sonuga-Barke, 2008). Eş tanıların varlığı DEHB yaşayan çocuğun faaliyetlerini negatif anlamda etkilemektedir (Steinhausen et al., 2006). Toplum normlarına uygun olan bir örnekleme yapılan analiz çalışmasında, teşhis kriterlerini sağlayan DEHB yaşayan çocukların %87'sinde eş tanı gözlenmiş, eşik altı DEHB belirtileri olan çocuklarda da eş tanı, eşik altı belirtileri de olmayan çocuklardan daha çok tespit edilmiştir (Kadesjö and Gilberg, 2001). Ergenlik döneminde DEHB eşlik eden tanıların etkisini inceleyen bir araştırmada, eş tanıların, akademik sorunları arttırdığı, ruh sağlığıyla alakalı tedavi görme olasılığını arttırdığı ve eş tanısı olanların intihar

girişiminde bulunma olasılığının daha çok olduğu dile getirilmiştir (Lewinsohn et al., 1995).

DSM-IV-TR'ye göre çocuğun DEHB ölçütünün 9 maddesinden 6 tanesini sağlaması gerekir. İlk belirtiler 7 yaş öncesi ortaya çıkmalıdır ve en az 6 ay süreyle devam etmelidir. Diğer bir gereklilik de belirtilerin birden fazla ortamda gerçekleşmiş olmasıdır (APA 2000).

#### *DEHB DSM-IV tanı ölçütleri*

A. Aşağıdakilerden (1) ya da (2) vardır:

(1) Aşağıdaki dikkatsizlik semptomlarından altısı (ya da daha fazlası) en az altı ay süreyle uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyiyle uyumsuz bir derecede sürmüştür:

##### *Dikkatsizlik*

a. Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerinde dikkatsizce hatalar yapar.

b. Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı oyunlarda dikkati dağınık.

c. Doğrudan kendisiyle konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür.

d. Çoğu zaman yönergeleri izleyemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da iş yerindeki görevlerini tamamlayamaz (karşıt olma bozukluğuna ya da yönergeleri anlayamamaya bağlı değildir).

e. Çoğu zaman üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemede zorluk çeker.

f. Çoğu zaman sürekli zihinsel çaba gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almada isteksizdir.

g. Çoğu zaman üzerine aldığı görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örneğin; oyuncaklar, okul ödevleri, kalemler, kitaplar ya da araç gereçler).

h. Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağınık.

i. Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unuttandır.

(2) Aşağıdaki hiperaktivite-dürtüsellik semptomlarından altısı (ya da daha fazlası) en az altı ay süreyle uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine aykırı bir derecede sürmüştür:

## Hiperaktivite

- a. Çoğu zaman elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.
- b. Çoğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar.
- c. Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşuşturup durur ya da tırmanır (ergenlerde ya da erişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir).
- d. Çoğu zaman sakin bir biçimde boş zamanları geçirme etkinliklerine katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır.
- e. Çoğu zaman hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi davranır.

f. Çoğu zaman çok konuşur.

## Dürtüsellik

- g. Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan önce cevabı yapıştırır.
- h. Çoğu zaman sırasını bekleme güçlüğü vardır.
- i. Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer (örneğin; başkalarının oyunlarına ya da konuşmalarına burnunu sokar).

B. Bozulmaya yol açmış olan bazı hiperaktif-dürtüsel semptomlar ya da dikkatsizlik semptomları yedi yaşından önce de vardır.

C. İki ya da daha fazla ortamda semptomlardan kaynaklanan bir bozulma vardır [örneğin; okulda (ya da işte) ve evde].

D. Toplumsal, okul ya da mesleki işlevsellikte klinik açıdan belirgin bir bozulma olduğunun açık kanıtları bulunmalıdır.

E. Bu semptomlar sadece bir yaygın gelişimsel bozukluk, şizofreni ya da diğer bir psikotik bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örneğin; duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu, dissosiyatif bozukluk ya da kişilik bozukluğu).

Alt tipler ise şöyle tanımlanmaktadır:

Dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu-bileşik tip: Son altı ay boyunca hem A1 hem de A2 tanı ölçütleri karşılanmıştır.

Dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu-dikkatsizliğin ön planda olduğu tip: Son altı ay boyunca A1 tanı ölçütü karşılanmış ancak A2 tanı ölçütü karşılanmamıştır.

Dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu-hiperaktivite ve dürtüsellikğin ön planda olduğu tip: Son altı ay boyunca A2 tanı ölçütü karşılanmış ancak A1 tanı ölçütü karşılanmamıştır.

Çocukta dikkatsizlik, hiperaktivite-dürtüsellik belirtilerinin minimum altı tanesi altı aydan uzun süreli görülmelidir ve uyumsuzluk yaratan bir seviyede olmalıdır. Bu belirtiler yedi yaştan önce görülmeye başlanmalıdır. Çoklu ortamlarda bu semptomlar sürmelidir. Çocuğun sahip olması gereken bir işlevinde dikkat çeken bir sapma olmalıdır. Belirtiler esnasında çocukta başka bir bozukluk görülmemelidir ve bu belirtiler başka bir bozukluk tanısıyla daha iyi analiz edilememelidir.

Ayrııcı tanı yapılırken beraber ilerlemesi muhtemel Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu, Depresyon ve Bipolar Duygudurum Bozukluğu, Davranım Bozukluğu, Öğrenme Bozukluğu, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Tik Bozuklukları benzeri psikiyatrik hastalıklar; ailede istismar, yetersiz gıda alımı gibi psikososyal etkiler; epilepsi, genetik bozukluklar, tiroid düzensizlikleri gibi organik etkenler de dikkate alınmalı ve ayrı ayrı incelenmelidir (Sonuga-Barke et al., 2001).

### **2.2.5. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanı Ölçütleri**

Çocukluk döneminde başlayan DEHB %30-70 oranında erişkinlik döneminde de devam etmektedir (Geller, 1997; Mick and Faraone, 2000; Larrison, 2004). DEHB' nin prevalansı erişkin popülasyonunda %2-4 gibi oldukça önemli bir orandadır. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) 'nde yapılan geniş örneklemlilerde bir toplum çalışmasında erişkin dönemde DEHB sıklığı %4,4 oranında saptanmıştır. Psikiyatrinin temelini oluşturan pek çok psikiyatrik bozuklukla bile kıyaslandığında erişkin DEHB' nin %2-4 prevalansla en sık görülen bozukluklardan olduğu görülmektedir.

Çocukluk döneminde herhangi bir tanı almayan yetişkinlerde DEHB gözden kaçabilmektedir. Erişkinlikteki DEHB ile çocuklukta DEHB benzer semptomlar gösterir (Şengül vd, 2004). Çocukluk döneminde daha önce belirtilen semptomlar yetişkinlerde tanı için gerekli olan ipuçlarıdır. Bu semptomlar araştırılarak saptanabilir (Tınaz, 2004). Erişkin yaşamının daha kompleks işlevsellik gerektirmesi bu hastalığın teşhisi açısından önemlidir DSM-IV' e göre erişkinde DEHB tanısı konması için çocuk ve ergenler için kullanılan ölçütlerin kullanılması önerilmektedir. Bununla birlikte DSM yaşa göre bazı farklılıkların göze alınmasını önermektedir (Ercan, 2010).

DEHB ve MKB arasındaki komorbidite birçok araştırmacı tarafından gözlenmiş ve tutarlı olarak DEHB olan bireylerin %50'sinden fazlasının ek bir madde kullanım bozukluğunun olduğu bulunmuştur (Biederman et al., 1995; Wilens et al., 1997; Biederman, 1998). Biederman, 2006 senesinde yayımlanan DEHB olan erişkinlerle yaptıkları araştırmada bulguların ortalama tanı konma yaşını 12 olarak saptamakla birlikte, %35'i 18 yaşından önce hiçbir tanı almadığını da tespit etmiştir. Bu erişkinlerin büyük bölümünün çocukluk ya da ergenlik çağında zararlı alışkanlıklara başladığı, örneğin istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla sigara ve madde bağımlılığı olduğu, suç davranışları saptamıştır MKB bulunan hastaların %25-35'inde DEHB olduğu bulunmuştur. (Clure et al., 1999; Schubiner et al., 2000) DEHB olan bireylerde yaşam boyu MKB görülme riski (%55), DEHB olmayanların (%27) yaklaşık 2 katıdır. Yine DEHB görülme sıklığı MKB olan bireylerde normallerden çok daha yüksektir (Ercan, 2010).

### **2.3. MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERİN ÇOCUKLARINDA DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU**

Bierderman ve meslektaşları (1990) ailevi riskler, DEHB ve madde kullanımı ile ilgili çalışmalar yürütmüşlerdir. Ailevi risklerin analizini yaparak birinci derece akrabaları; DEHB, madde kullanımı ve alkol bağımlılığının varlığı veya yokluğuna göre kategorize etmiştir. Sonuçlar, çocuktaki DEHB'nin akrabalarındaki DEHB ile doğrudan ilişkili olduğunu, akrabalarındaki bu bozukluğun çocuğu büyük riske soktuğunu göstermiştir. Hatta DEHB'li bireylerin bulunduğu bir ailede akrabaların alkol bağımlısı olması tahmin edilebilirdir fakat aynı şey uyuşturucu bağımlılığı için geçerli değildir. Bununla birlikte bireyde MKB olması, akrabalarında DEHB görülme riskini arttırır.

Monuteaux'un (2008) yaptığı araştırma, DEHB'ye sahip olan ve olmayan genç kızlarda sigara bağımlılığı ile bu bireylerin ailevi ilişkileri arasındaki bağlantıyla ilgilidir. Bu araştırma sonucunda DEHB'li kızların akrabalarındaki bozukluklardan etkilenme ihtimallerinin sigara içmeden bağımsız olarak daha yüksek olduğuna ulaşılmıştır. DEHB'den bağımsız olarak bireyin sigara kullanması, akrabalarında sigara kullanma oranının yükselmesine sebep olmaktadır. Buna bağlı bir çalışma, hamilelik sırasında sigara tüketmenin, İsveç toplumunda DEHB görülmesi olasılığıyla büyük

oranda bağlantılı olduğunu göstermiştir ama bu konuda asıl riskin genetik ve sosyo-ekonomik anksiyete sonucu oluştuğu açıklanmıştır (Larsson et al., 2013).

Araştırmalar belirli bozukluklarla bağlantılı madde kullanımı riskinin DEHB çocukların akrabalarında görülme olasılığının, DEHB ile beraber Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu bulunan çocukların akrabalarında daha fazla olduğunu göstermektedir. Ebeveynlerin alkol bağımlılığı DEHB ve Davranım Bozukluğu riskini arttırmaktadır ama ebeveynlerin uygunsuz davranışları sadece Davranım Bozukluğu ile bağlantılıdır, DEHB ile alakasızdır. Toplumsal örneklerde çocuklarda DEHB görülme oranının ebeveynlerin alkolikliği ile bağlantısının, ebeveynlerin davranışsal problemleri ile bağlantısından daha az olduğu görülmektedir. Genç erişkinlerle yapılan bir çalışmada şiddetli geçimsizliğin özellikle erkeklerde alkol kullanımını arttırdığı gözlemlenmiştir. Bulgular hiçbir sorunu olmayan çocukların bekâr ebeveynlerinde, özellikle bekâr babalarda kendini tekrarlamıştır (Farokhzadi et al., 2012). Bununla birlikte, DEHB'ye sahip çocukların ailelerini ve Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu veya Davranım Bozukluğu sahibi çocukların ebeveynlerini içeren örneklerin dâhil olduğu araştırmalar göz önünde bulundurulduğunda bu gibi sonuçlar bulunmuştur.

Farokhzadi ve arkadaşlarının (2012) analizleri göstermiştir ki alkol tüketiminin, çocuklardaki hastalıklar ile doğrudan ilişkisi mevcut değildir; alkol bağımlılığının asıl sebebi ailedeki alkolizm geçmişinin etkisidir. Sadece alkolik bir geçmişe sahip ebeveynlerin çocukları alkolizmden muzdarip olmuşlardır. Ayrıca bu araştırmalar alkolün, ebeveyn davranışları üzerindeki etkisi hakkında da çalıştıklarını göstermektedir. Bu çalışmalar sonucunda alkolün etkileri ve ebeveyn davranışlarının karşılıklı olduğu görülmüştür. Bunun anlamı şudur ki, sürekli DEHB'li çocukların davranış bozuklukları ile uğraşmak alkolizm geçmişi olan ebeveynlerin tekrardan alkol kullanma riskini arttırabilir. Diğer taraftan ailelerdeki alkolizm, sağlıksız ebeveyn davranışlarına sebep olabilir ve bu da çocukta, hiperaktiviteyi arttırma, dikkat bozukluğu ve asilik gibi problemlere sebebiyet verebilmektedir.

Seçilmiş genlerdeki polimorfozun DEHB üzerindeki etkileri ile ilgili yürütülen bir araştırma vardır. Bu araştırma, 25 yaşlarında, DRD47 geninin tekrarlı vakalarının %76, buna karşılık DRB47 geninin tekrarsız vakalarının %67 oranında DEHB görülme oranındaki artışa sebep olduğunu ortaya çıkarmaktadır. Buna karşılık DEHB ile DAT110 geninin tekrarının ve HTTLPR uzun geni arasında hiçbir ilişki bulunmadığı

görülmüştür. Bulgular, DRB47 geninin, DEHB vakalarının görülme yaygınlığı ile bağlantılı olduğunu gösterir. DEHB ve anksiyete bozuklukları aile içerisinde bağımsız genetik aktarımlara sahiplerdir. DEHB kurbanlarının ailelerinde ortaya çıkan farklı psikiyatrik bozukluklar DEHB'nin mirasına işaret edebilir (Faraone and Biederman, 1998).

DEHB kalıtsal aktarımı olan bozukluk kategorisindedir. Yapılan son araştırmaların sonuçlarına göre çocuklarda görülme sıklığı %3-9 oranlarındadır (Larsson, 2004). DEHB'den bahsedilirken ailesel ve ailesel olmayan iki tip vurgulanmaktadır ve ailesel tip gelişiminde kalıtsal sebeplerin önde olduğu görülmektedir (Martin and Scourfield, 2002). Aile içi, evlat edinme sonrası ve çeşitli ikiz çalışmaları göstermiştir ki DEHB eğer ailesel tip ise belirtiler daha şiddetlidir. Genetik DEHB oranı yaklaşık 0,8 seviyesindedir. Ailesel tipi incelemede moleküler genetik araştırmaları da yardımcı olmaktadır (Larsson, 2004).

DEHB tanısı konmuş çocukların ailelerinde de Anksiyete Bozukluğu, Antisosyal Kişilik Bozukluğu, Madde Bağımlılığı, Duygulanım Bozukluğu benzeri çeşitli bozuklukların da sıklıkla görüldüğü tespit edilmiştir (APA, 2000).

Schacher ve Wachsmuth (1990) çalışmalarında ailesel psikopatoloji ile DEHB görülme sıklığı arasındaki korelasyonu analiz etmişlerdir. Tanı konmuş çocukların ailelerinde büyük oranda psikopatoloji saptanmıştır. Eğer hiperaktivite davranış bozukluğu ile beraber seyrediyorsa ailede psikopatoloji seviyesinde yükselme olmaktadır (Fisher, 1998).

DEHB'in genetik bağlantılarını destekleyen birçok araştırma bulunmaktadır. Fakat bununla beraber, ebeveyn tutumları da DEHB üzerinde etkilidir. DEHB olan bireylerin sergiledikleri saldırgan ve yıkıcı hareketlerin kaynağı yüksek ihtimalle aile içerisindeki problemlerdir. DEHB tanısı konmuş bir çocuk aile içerisinde gerginlik oluşturabilmektedir (Selçuk, 2000).

DEHB'li çocukların ailelerinin ebeveynliklerinde sürekli bir gerginlik, işlevsel ebeveyn tutumu sergileyememe korkusu ve iki ebeveyn arasında farklı disiplin tutumları gözlenmiştir. Bunları DEHB sebebi olarak ele almak yanlış olur ancak tetikleyici olma ihtimalleri söz konusudur (Yazgan, 1998).

Marsh ve Johnston (1983) tarafından yürütülen bir çalışmada DEHB'li çocukları hiperaktif olan ailelerde kaygı oranının oldukça yüksek olduğu bulunmuştur. Bununla



beraber bu ailelerin çocuğa karşı olumsuz tutum içerisinde oldukları ve onaylayıcı tavır sergilemedikleri görülmüştür.

Öner ve Aysev (2000), DEHB'in şiddetli ilerlemesinde aile içi süren gerginliğin ve özellikle annenin negatif tavırla çocuğa yaklaşmasının önemli etkenler olduğunu söylemişlerdir.

DuPaul ve arkadaşları (1997), DEHB sahibi çocukların yaşadıkları ailelerde yüksek oranda stres yaşandığı ve özellikle anne-baba ile çocuk arasındaki iletişim problemi olmak üzere çeşitli sorunlar yaşandığını göstermiştir.

Bazı anlaşmazlıklara rağmen uyuşturucu ve alkol bağımlılığını ve kötüye kullanmayı içeren MKB olan ebeveynlerin okul çağındaki çocuklarının psikopatolojik gelişimi üzerine yeni ortaya çıkan bir literatürü içeren önermeler mevcuttur. Örneğin Hill ve arkadaşları (1987) ile Rolf ve arkadaşları (1988) ailesinde alkolizm olan çocukların, ailesinde alkolizm olmayan çocuklarla karşılaştırıldığında psikopatolojik gelişim açısından daha yüksek bir risk taşıdığını bildirmiştir. İlgili çalışmalardan bir diğesinde kontrolün %28'i ile karşılaştırıldığında madde bağımlısı ebeveynlerin okul çağındaki çocuklarının %50'sinde en az bir majör psikopatolojik durum bulunduğunu tespit ettikleri görülmektedir (Wilens et al., 2001).

MKB tanısı olan ebeveynlerin çocuklarının psikopatolojik risklerinin yükseldiği literatürde ispat edilmiş olmasına rağmen, ebeveynlerde var olan belirli psikopatolojik durumların çocuğa etki eden özel sonuçları yeterince tanımlanmamıştır. Nunes ve arkadaşları (2006) çocuklardaki depresyon riskinin yükselişi değerlendirildiğinde madde bağımlılığı bozukluğu ile annenin depresyonda olmasının önemli bir komorbidite oluşturduğunu bildirmişlerdir. Bunların aksine Earls ve arkadaşları (1988) alkolik ebeveynlerdeki Antisosyal Kişilik Bozukluğunun çocuklarındaki Karşı Gelme Bozukluğu ve Davranım Bozukluğunda dikkate değer bir etki bulundurmadığını bulmuştur.

Literatür, genel bozuklukların açıklanmasında faydalı olurken MKB olan ebeveynlerin çocuklarında görülen DEHB riskinin açıklanmasında yetersiz kalmıştır. Çocuklarda DEHB'nin oluşumunda ebeveynlerdeki DEHB'nin oranları ve ebeveynlerdeki MKB rolü arasında tutarsızlık mevcuttur. Örneğin literatürlerden bazıları çocukta DEHB'nin gelişmesinde alkol ve tütünün önemli çevresel bir rolü olduğunu önermektedir (Earls et al., 1988; Nunes et al., 2006).

Çocuklardaki DEHB için önemli riskler incelenirken ebeveynlerdeki MKB veya DEHB'nin, çocuklarda DEHB'nin oluşumuna etkisi konusunda aileye dayanan kontrollü bir çalışma mevcuttur (Wilens et al., 2005). Söz konusu çalışmada MKB ve DEHB'si olan ebeveyn çocuklarının sadece MKB olan ebeveyn çocuklarına nazaran daha yüksek düzeyde madde kullanım riskleri olduğu ifade edilmektedir. Dolayısıyla ebeveynin DEHB'si olma durumu dışında madde kullanım durumu ayrıca dikkat eksikliği riski oluşturmaktadır.

Çocuklardaki DEHB ve ebeveynlerdeki alkolizm arasındaki görülür ilişkilerde birkaç farklı mekanizma devreye katılabilir. Öncelikle, ebeveynin geçmişte yaşadığı herhangi bir psikopatolojik durum (örneğin, DEHB veya davranım bozukluğu) alkol bağımlılığının gelişiminde taban oluşturabilir ve bu sebeple alkol bağımlılığı ve DEHB aynı gen çeşitliliğini paylaşabilir ("ortak genler" hipotezi). Bu da genetik olarak iki değişkenin birbirine bağlı değişimine (kovaryasyon) işaret eder. Alternatif olarak, alkolik ebeveynler genetik miraslarını çocuklarına sadece alkolizm olarak değil, DEHB ve diğer açığa çıkan davranışlar şeklinde de aktarabilir, buna, nesiller arası genetik kovaryasyon denmektedir. "Ortak gen" hipotezine destek olarak ortak genetik faktörlerin altında yatan, Alkol Bağımlılığı, Madde Kullanımı ve Antisosyal Kişilik Bozukluğu arasındaki fenotipik bağlantılar, değerlendirilebilir birer kanıt olarak kabul edilebilir (Slutske et al., 1998; Krueger et al., 2002; Hicks et al., 2004). Bununla birlikte, bozukluktan kaynaklı genetik çeşitlilikte bir ölçüde önemlidir (Krueger et al., 2002; Blonigen et al., 2005). Bir diğer taraftan DEHB ve alkol bağımlılığı arasındaki kovaryans için özel ilişkinin incelendiği genetik çalışmalar her ne kadar her bir bozuklukta genetik etkiler yeterli bir kanıt ortaya koyuyor olsa da (Knopik et al., 2004,2005) şaşırtıcı bir şekilde sınırlı sayıdadır (Young et al., 2000). Diğer taraftan, ebeveynlerin alkol bağımlılığı ve çocuklardaki DEHB hamilelik sırasında kullanılan ilaçların teratojenik etkilerinden kaynaklı olabilir. Doğadaki öncelikli olarak çevresel etkiler öne çıkabilir. Bu teratojenik etkiler ve genetik etkiler arasındaki ilişki genelde karmaşıktır. Örneğin çocuğun davranışlarına katkıda bulunan iki olası yol şunlardır: (1) annenin kronik alkol bağımlılığı kriteri ile tanışması ki bu da kalıtsaldır ve hamilelik sırasında ilaç kullanma durumu ile bağlantılıdır veya (2) çocuğun babasının (annesinin değil) ömür boyu alkol bağımlılığı ve annenin hamilelik sırasında madde kullanması ile sonuçlanabilir. Diğer bir deyişle doğum öncesi bunlara maruz kalma sırasıyla çocuğa

aktarılabilecek anahtar risk faktörleri gibi ebeveynsel davranışlarla bağlantılı olabilir (Knopik et al., 2009).

Son olarak ebeveynlerdeki alkolizm çocuk yetiştirmek için sağlanabilecek optimal çevreden daha azını oluşturur. Alkolik ebeveynler ailede daha yüksek aile kavgaları, stres, kabiliyetsiz çocuk yetiştirme yetisi ve aile sıcaklığının düşük olması ile karakterize edilir ve bu değerlendirilebilir bir kanıttır (Eliason and Skinstad, 1995; Ohannessian et al., 2004). Bu etkiler, annenin çocuğun öncelikli bakıcısı olduğu gerçeği göz önünde bulundurulduğunda annenin ve babanın alkolikliği birbirine göre fark gösterecektir (Chen and Weitzman, 2005). Ayrıca doğum sonrası çevresel risklerin etkileri de düşünüldüğünde alkol bağımlısı bireyler madde bağımlısı partnerlere sahip olma durumuna daha yatkındır (Knopik et al., 2005). Bu doğum sonrası ailevi etkiler genetik ve doğum öncesi riskler ile birleştirilmiştir ve çocukların DEHB durumu ile ebeveynlerin alkolikliği arasındaki görülebilir ilişkilerin karmaşık bir resmini oluşturur.

Lahey ve arkadaşları (1988) yaptıkları çalışmada DEHB, Davranım Bozuklukları ve ikisini beraber taşıyan 6-13 yaş aralığındaki çocukların ebeveynlerini incelemişler ve psikopatoloji oranlarını karşılaştırmışlardır. Elde edilen bulgulara göre çocuklarında davranım bozukluğu olan ebeveynlerde madde bağımlılığı görülmektedir. Ayrıca bu çocukların annelerinde Depresyon, Davranım Bozukluğu, Somatizasyon Bozukluğu, Antisosyal Kişilik Bozukluğu görülme oranlarının da daha yüksek olduğu vurgulanmıştır. Çalışmada, çocukta tek başına DEHB varken ailede önemli bozukluklar görülmezken Davranım Bozukluğu ile seyretmesi halinde babada saldırganlık, tutukluluk ve mahkumluk gibi durumların daha çok görüldüğü de saptanmıştır.

Madde kullanımı olan ebeveynlerin çocukları, kontrol grubundaki çocuklarla karşılaştırıldığında psikopatolojinin (örneğin; madde kullanımı bozuklukları dışındaki ruhsal bozukluklar) alanına daha çok girmektedir. Çalışmalar göstermiştir ki MKB sahip ebeveynlerin çocukları arasında ruhsal bozukluk görülme oranı yükselmektedir (Clark et al., 1997). Böyle çocuklar ve ilgili aileler bu yüzden “yüksek risk” taşımaktadır. Madde kullanan ebeveynlerin çocuklarında Anksiyete Bozuklukları, Major Depresyon Hastalıkları, Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozuklukları (DEHB) ve Davranım Bozuklukları gibi belirli bozuklukların oranında yükselmeler gözlemlenmiştir (Hill and Muka, 1996; Clark et al., 1997). Çocuk psikopatolojisinin

belirli şekillerinin ebeveynlerin MKB ile kaçınılmaz olarak bağlantı gösterdiği görülmüştür.

Çocuklarda görülen ruhsal bozuklukların hangilerinin ebeveynlerin madde kullanmasının bir sonucu olduğu veya özellikle ilgili ebeveynlerin psikopatolojik durumu ile bağlantılı olup olmadığı konusu hala cevaplanmamış bir soru olarak kalmıştır. MKB olan ebeveynler genellikle başka ruhsal bozukluklara da sahip olmuşlardır. MKB olan babalar çocuklarına benzer bir şekilde kendi çocukluklarında Davranım Bozukluğu ve DEHB hatta bunların yanında Major Depresif Bozukluk ve Anksiyete Bozukluğu gibi ruhsal bozukluklar geçirmişlerdir (Clark et al., 2004).



### 3. YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın araştırma türü, evreni ve örneklemini; kullanılan veri toplama araçları ve araçlarla ilgili geçerlilik, güvenilirlik çalışmaları, verilerin toplanması ve analizi ile ilgili bilgilere yer verilmiştir.

#### 3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Bu çalışma, NP İstanbul Nöropsikiyatri, İstanbul Tıp Fakültesi, Yedikule Surp Pirgiç Ermeni ve Balıklı Rum Hastaneleri Bağımlılık Birimlerinde yürütülmüş kesitsel bir araştırma niteliğindedir. Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı alınmıştır (Ek-1).

Çalışmada, Madde Kullanım Bozukluğu olan bireylerin çocuklarında Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu semptom sıklığının araştırılmasını amaçlamaktadır.

Bu araştırma karşılaştırmalı, kontrollü deneysel bir araştırmadır. Deney ve kontrol grupları, cinsiyet, yaş ve eğitim durumu değişkenleri açısından eşleştirme yöntemi kullanılarak oluşturulmuştur.

#### 3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmaya, Mart-Haziran 2015 tarihleri arasında, NP İstanbul Nöropsikiyatri, İstanbul Tıp Fakültesi, Yedikule Surp Pirgiç Ermeni ve Balıklı Rum hastaneleri Bağımlılık Birimlerinde yatarak ve ayaktan takip ve tedavi edilen DSM- 5' e göre MKB tanı kriterlerini karşılayan, ek bir Eksen I tanısı almayan, evliliği halen devam eden, çocuğu 6-18 yaş arasında olan ve çalışmaya gönüllü olarak katılımı kabul eden hastalar alınmıştır.

Kontrol grubu, geçmişte psikiyatrik tanı ve tedavi almamış, evliliği halen devam eden, çocuğu 6-18 yaş arasında olan ve çalışma grubunu oluşturan MKB olan bireylerin çocukları ile yaşları, cinsiyetleri ve eğitim durumları eşleşmiş olan gönüllü katılımı kabul eden bireylerden oluşmuştur.

Çalışmada, MKB olan 31 erkek hastanın 50 çocuğu ve 44 sağlıklı erkek kontrolün 50 çocuğu olmak üzere toplamda 100 çocuk değerlendirmeye alınmıştır.

### *Araştırmadan Dışlama Ölçütleri;*

1. Okuma yazma bilmeme,
2. Mental retardasyonun olması,
3. Ek bir Eksen I tanısı alması,
4. Bekar/boşanmış olma veya çocuk sahibi olmama,
5. Çocuğu 6-18 yaş aralığı dışında olma,
6. Çalışmaya katılmayı reddetme,

Araştırmaya alınan kontrol grubundaki babalara Erişkin DEB/DEHB Tanı ve Değerlendirme Envanteri uygulanarak 20 kesme puanı üzerinde puan alanlar çalışma dışında bırakılmıştır.

### **3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

Veriler, hastalarla yüz yüze görüşülerek araştırma hakkında bilgi verildikten sonra, çalışmada gönüllü katılım esas alınarak toplanmıştır. Bireylerin kişisel bilgilerini toplamak için araştırmacı tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu, Erişkin DEB/DEHB Tanı ve Değerlendirme Envanteri, Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği ve Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli kullanılmıştır.

#### **3.3.1. Kişisel Bilgi Formu**

Hazırlanan kişisel bilgi formuyla (Ek-2), çalışmaya katılan bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durum, psikiyatrik tanı geçmişi, birinci derece akrabalarında psikiyatrik tanı geçmişi, madde kullanım durumu, madde kullanım sıklığı, çocuk sayısı ve çocuklarına ait sosyodemografik bilgiler ve çocuklarının psikiyatrik tanı geçmişinin elde edilmesi amaçlanmıştır.

#### **3.3.2. Erişkin DEB/DEHB Tanı ve Değerlendirme Envanteri**

Erişkin DEB/DEHB Tanı ve Değerlendirme Envanteri (Ek-3), 1995 yılında Kanada' da Atilla Turgay tarafından geliştirilmiş olup Türkçe'ye çevrilme, uyarlanma, geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Günay vd, 2006). Ölçek beşli Likert tipi

derecelendirme ölçeği olup, Dikkat Eksikliği (I), Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik Bölümü (II) ve DEB/DEHB ile ilişkili özellikler (III) olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır.

1. Bölüm: Dikkat Eksikliği bölümü (DE): DSM-IV’ deki Dikkat Eksikliği (DE) belirtileri alınarak oluşturulmuştur ve toplam 9 madde vardır.

2. Bölüm: Aşırı Hareketlilik/ Dürtüsellik Bölümü (AH): Bu bölümde de yine DSM IV teki Aşırı Hareketlilik belirtileri alınmıştır ve toplam 9 maddeden oluşmaktadır.

3. Bölüm: DEHB ile ilgili özellikler ve sorunlar (Sorun) bölümü: Klinik deneyim ve gözlemlere göre oluşturulan bölüm toplam 30 maddeyi içermektedir.

Ölçeğin her maddesi 0 ile 3 arasında puanlanmaktadır ve her bir alt bölümün puanı, maddelerin puanlarının toplanmasıyla elde edilir. Ölçeğin genel toplam puanından 20 puanın altında alanlar Düşük düzeyde DEHB, 20 ile 59 puan arasında alanlar orta derecede DEHB, 59 puanın üstünde alanlar ise yüksek düzeyde DEHB belirtileri göstermektedir.

### **3.3.3. 4-18 yaş Çocuk ve Gençlerde Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ/4-18)**

ÇDDÖ (Ek-4), 4-18 yaş grubu çocuk ve gençlerin yeterlilik alanları ve sorun davranışlarını ebeveynlerden elde edilen bilgiler doğrultusunda değerlendirmek amacıyla 1983 yılında Achenbach ve Edenbrock tarafından geliştirilen "Child Behavior Checklist (CBCL)" in ilk Türkçe çevirisi Akçakın (1985) tarafından yapılmıştır. Daha sonra ölçeğin 1991 yılında revize edilen formu Erol ve Kılıç tarafından ülkemize uyarlanarak geçerliği ve güvenilirliği yapılmıştır (Erol ve Şimşek, 1998).

Ölçek 8 yeterlilik ve 113 sorun davranış maddesinden oluşmaktadır. Yeterlilikle ilgili ilk bölüm “etkinlik”, “sosyallik”, “okul” alt ölçeklerini içeren 20 maddeden oluşmuştur. Ölçeğin sorun davranış bölümünden “İçe Yönelim” ve “Dışa Yönelim” olmak üzere iki ayrı davranış belirti puanı elde edilmektedir. İçe yönelim grubu “Sosyal İçe Dönüklük”, “Somatik Yakınmalar”, “Anksiyete/Depresyon”, Dışa yönelim grubu ise “Suça Yönelik Davranışlar” ve “Saldırgan Davranışlar” alt ölçeklerinin toplamından oluşmaktadır. Ayrıca her iki gruba da girmeyen “Sosyal Sorunlar”, “Düşünce Sorunları” ve “Dikkat Sorunları” da ölçekte yer almaktadır. Bu alt ölçek puanlarının toplamından “Toplam Sorun” puanı elde edilmektedir. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği 0.70 ve 0.84; iç tutarlılık değerleri ise 0.39 ve 0.86 olarak bulunmuştur (Erol vd, 1995).

Ölçekte sorular ebeveynler tarafından “doğru değil”, “bazen ya da biraz doğru” ve “çok ya da sıklıkla doğru” seçenekleri sırasıyla dördümlü Likert skalası üzerinden yanıtlanarak ”0”, “1”, “2” olarak puanlanmaktadır. Ölçekte İçe Yönelim Sorunları, Dışa Yönelim Sorunları ve Toplam Sorun alanlarında 63 puan ve üstü, alt ölçeklerde ise 70 puan ve üstü klinik düzeyde sorun yaşandığını göstermektedir (Achenbach, 1991).

### **3.3.4. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- Türkçe Versiyonu (ÇDŞG-ŞY-T)**

ÇDŞG-ŞY-T, çocuk ve ergenlerin DSM IV tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve şuanadaki psikopatolojilerini saptamak amacıyla Kaufman ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilmiş olan yarı yapılandırılmış bir tanı görüşmesidir. Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Gökler ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Gökler vd, 2004). ÇDŞG-ŞY-T anne-baba ve çocuğun kendisiyle görüşme yoluyla uygulanır ve alınan bilgiler doğrultusunda, Duygudurum Bozuklukları, Psikotik Bozukluklar, Anksiyete Bozuklukları, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu, Davranım Bozukluğu, Dışa Atım Bozuklukları, Yeme Bozuklukları, Tik Bozuklukları, Alkol ve Madde Kullanım Bozukluklarını ve Travma Sonrası Stres Bozukluğunu taramaktadır.

### **3.4. VERİLERİN ANALİZİ**

Araştırmada toplanan veriler SPSS v.16 (Statistical Package for Social Science) ile analize tabi tutulmuştur. Araştırmada yer alan deney ve kontrol gruplarının ortak özelliklerinin ve araştırmanın bağımsız değişken kategorilerini belirleyen özelliklerinin kontrolü amacıyla ki-kare analizi yapılmıştır. Bağımsız değişken kategorilerine göre ortalama değerlerinin karşılaştırılmasında t-testi kullanılmıştır. %95 düzen aralığında anlamlılık değeri  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.



## 4. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde, araştırmanın amaçlarına uygun olarak toplanan verilere uygulanan istatistik analizleri ele alınacaktır. Araştırmada yer alan katılımcılar ebeveynler (N=75) ve onların çocuklarından (N=100) oluşmaktadır. Ebeveyn katılımcılar, MKB olan ve geçmişte psikiyatrik tanı almayan kontrol grubundan oluşmaktadır. Her iki grubun çocukları yaş, cinsiyet ve eğitim durumu açısından eşleştirilmiştir. Çocuklar da MKB ve kontrol grubu çocukları olmak üzere 2 gruba ayrılmış ve eşit sayıda alınmıştır (her grup için n=50). Bu bölümde, ilk olarak katılımcıların demografik ve madde kullanım değişkenlerine göre frekans ki-kare analizlerine ilişkin bulgular; ikinci olarak, deney ve kontrol grubunun araştırmada kullanılan veri toplama araçlarından aldıkları puanların karşılaştırıldığı t testlerine ilişkin bulgular; üçüncü olarak da ebeveynlerin madde kullanımlarına göre çocuklarda görülen problem davranışların sıklığına ilişkin ki-kare analizleri yer almaktadır.

### 4.1. SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERE GÖRE DAĞILIM

Bu bölümde, MKB ve kontrol grubu ile çocuklarının sosyodemografik değişkenlerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

#### 4.1.1. Ebeveynlerin Sosyodemografik Değişkenlere Göre Dağılımı

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo1’de özetlenmiştir. Araştırmanın ebeveyn katılımcılarının cinsiyet özellikleri incelendiğinde, ebeveyn katılımcıların tamamının babalardan oluştuğu görülmektedir. Annelerin araştırmada yer alamaması, araştırmanın kısıtlılıkları ile ilgilidir ve tartışma bölümünde ele alınmıştır. Dolayısıyla, buradan sonra ebeveynler, babalar olarak ele alınacaktır. Katılımcıların tamamı, karıştırıcı değişkenleri minimize edebilmek amacıyla evli olanlardan seçilmiştir.

MKB grubundaki babaların eğitim durumu ele alındığında, %25,8’inin ilkököl mezunu, %9,7’sinin ortaokul mezunu, %6,5’inin ortaokul terk, %25,8’inin lise mezunu, %3,2’sinin lise terk, %9,7’sinin meslek yüksekokulu mezunu, %19,4’ünün üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Kontrol grubunda ise, %6,8’inin ilkököl mezunu, %4,5’inin ortaokul mezunu, %4,5’inin ortaokul terk, %43,2’sinin lise mezunu,

%6,8'inin lise terk, %13,6'sının meslek yüksekokulu mezunu, %18,2'sinin üniversite, %2,3'ünün de lisansüstü mezunu olduğu görülmektedir.

**Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı**

	MKB Olan Grup		Kontrol Grubu		Toplam		$\chi^2$	p
	n	%	n	%	N	%		
<b>Cinsiyet</b>								
Kadın	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Erkek	31	100,0	44	100,0	75	100,0		
<b>Medeni Durum</b>								
Bekar	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Evli	31	100,0	44	100,0	75	100,0		
<b>Eğitim Durumu</b>								
İlkokul	8	25,8	3	6,8	11	14,7		
Ortaokul	3	9,7	2	4,5	5	6,7		
Ortaokul terk	2	6,5	2	4,5	4	5,3		
Lise	8	25,8	19	43,2	27	36,0		
Lise terk	1	3,2	3	6,8	4	5,3	8,234	0,312
Meslek Yüksek Okulu	3	9,7	6	13,6	9	12,0		
Üniversite	6	19,4	8	18,2	14	18,7		
Lisansüstü	0	0,0	1	2,3	1	1,3		
<b>İş Durumu</b>								
Düzenli çalışıyorum	23	74,2	40	90,9	63	84,0		
Düzenli çalışmıyorum	4	12,9	0	0,0	4	5,3	6,530	0,38
Çalışmıyorum	4	12,9	4	9,1	8	10,7		
<b>Gelir Durumu</b>								
Düşük	4	12,9	4	9,1	8	10,7		
Orta	15	48,4	36	81,8	51	68,0	10,716	0,005
Yüksek	12	38,7	4	9,1	16	21,3		
<b>Çocuk Sayısı</b>								
Tek çocuk	10	32,3	12	27,3	22	29,3		
2 çocuk	13	41,9	22	50,0	35	46,7	0,479	0,787
3 ve daha fazla çocuk	8	25,8	10	22,7	18	24,0		

p<0,05

MKB grubundaki katılımcılarının iş durumlarına bakıldığında, %74,2'sinin düzenli çalışıyor olduğu, %12,9'unun düzenli çalışmıyor olduğu, %12,9'unun ise çalışmıyor olduğu görülmektedir. Kontrol grubunda ise, katılımcıların %90,9'unun düzenli çalışıyor, %9,1'inin ise çalışmıyor olduğu görülmektedir.

MKB grubundaki katılımcılarının gelir durumlarına bakıldığında, %12,9 düşük geliri olduğunu, %48,4 orta gelirinin olduğunu, %38,7 yüksek gelirinin olduğunu bildirmiştir. Kontrol grubunda ise, %9,1 düşük gelirinin olduğunu, %81,8 orta gelirinin olduğunu, %9,1 yüksek gelirinin olduğunu bildirmiştir.

MKB grubundaki katılımcılarının çocuk sayılarına bakıldığında %32,3 tek çocuk sahibi olduğunu, %41,9 iki çocuk sahibi olduğunu, %25,8 üç ve daha fazla çocuk sahibi olduğunu bildirmiştir. Kontrol grubunda ise %27,3 tek çocuk sahibi olduğunu, %50 iki çocuk sahibi olduğunu, %22,7 üç ve daha fazla çocuk sahibi olduğunu bildirmiştir.

#### **4.1.2. Çocukların Sosyodemografik ve Klinik Değişkenlere Göre Dağılımı**

Araştırmada babaların MKB ve kontrol grubunda olmasına göre belirlenen çocuk katılımcılara ilişkin sosyodemografik ve klinik verilerin frekans analizleri ve yüzdelik değerleri Tablo 2’de verilmiştir.

Babaları MKB grubunda yer alan çocukların %46’sı erkek, %54’ü kız çocuklardan oluşmakta iken, babaları kontrol grubunda yer alan çocukların %46’sı erkek, %54’ü kız çocuklardan oluşmaktadır.

Babaları MKB grubunda yer alan çocukların okumakta oldukları okullara bakıldığında, %36’sının ilkokul öğrencisi, %28’inin ortaokul öğrencisi, %14’ünün lise öğrencisi, %22’sinin diğer okul (anaokulu, vs.) öğrencisi olduğu görülmektedir. Kontrol grubunda yer alan çocukların okumakta oldukları okullara bakıldığında, %36’sının ilkokul öğrencisi, %30’unun ortaokul öğrencisi, %16’sının lise öğrencisi, %18’inin diğer okul (anaokulu, vs.) öğrencisi olduğu görülmektedir.

Babaları MKB grubunda yer alan çocukların evlerinde anne-baba dışında başka kimlerle yaşadıklarına bakıldığında, %80’nin kardeşlerle, %2’sinin kardeşler ve büyükanne-büyükbabayla, %18’sinin sadece anne babayla yaşadığı görülmektedir. Kontrol grubunda ise, %76’sının kardeşlerle, %4’ünün kardeşler ve büyükanne-büyükbabayla, %20’sinin sadece anne babayla yaşadığı görülmektedir.

**Tablo 2. Araştırmaya Alınan Çocukların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Dağılımı**

	Babaları MKB grubunda olanlar		Kontrol Grubu		$\chi^2$	p
	N	%	n	%		
<b>Çocuğun Cinsiyeti</b>						
Erkek	23	46,0	22	44,0	0,000	0,579
Kız	27	54,0	28	56,0		
<b>Çocuğun Okumakta Olduğu Okul</b>						
İlkokul	18	36,0	18	36,0	0,301	0,960
Ortaokul	14	28,0	15	30,0		
Lise	7	14,0	8	16,0		
Diğer	11	22,0	9	18,0		
<b>Çocukla aynı evde yaşayan anne-baba dışındakiler</b>						
Kardeşler	40	80,0	38	76,0	3,104	0,376
Kardeşler ve büyükler	1	2,0	2	4,0		
Sadece anne-baba	9	18,0	10	20,0		
<b>Çocuk daha önce psikiyatrik tanı aldı mı?</b>						
Evet	6	12,0	3	6,0	1,099	0,243
Hayır	44	88,0	47	94,0		
<b>Çocuğun önceki psikiyatrik tanısı</b>						
DEHB	2	4,0	2	4,0	4,043	0,400
MKB	1	2,0	0	0,0		
YAB	2	4,0	0	0,0		
KB	0	0,0	1	2,0		

p<0,05

Babaları MKB grubunda yer alan çocukların daha önce psikiyatrik bir tanı alıp almadığına bakıldığında, %12'si (n=6) daha önce psikiyatrik tanı aldığını, %88 ise almadığını bildirmiştir. Kontrol grubunda ise %6'sı (n=3) çocuklarının daha önce psikiyatrik tanı aldığını, %94'ü ise çocuklarının daha önce psikiyatrik tanı almadığını bildirmiştir. Çocuklarının hangi tanıları aldığı sorulduğunda MKB grubunda olan babalara sorulduğunda %4'ü (n=2) çocuğunun daha önce DEHB tanısı aldığını, %2'si (n=1) çocuğunun daha önce MKB tanısı aldığını, %4'ü (n=2) Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanısı aldığını bildirmiştir. Bir baba çocuğunun psikiyatrik tanı aldığını bildirdiği halde tanının ne olduğunu belirtmemiştir. Kontrol grubunda yer alan babalara sorulduğunda %4'ü (n=2) çocuğunun DEHB tanısı aldığını, %2'si (n=1) çocuğunun Kaygı Bozukluğu (KB) tanısı aldığını bildirmiştir.

#### 4.1.3. Babaların Madde Kullanımına İlişkin Dağılımı

MKB ve kontrol grubundaki babaların madde kullanımlarına ilişkin dağılımları Tablo 3'te verilmiştir. Daha önce de belirtildiği gibi bu çalışmada MKB olan (n=31) ve geçmişte psikiyatrik tanı almamış (n=44) babalar karşılaştırılmıştır.

MKB grubundaki babaların %64 daha önce psikiyatrik tanı aldıklarını, kontrol grubundaki babaların ise daha önce psikiyatrik tanı almadıklarını bildirmişlerdir.

MKB grubundaki babaların %3,2'si (n=1) daha önce DEHB tanısı aldıklarını, %32,3'ünün (n=10) MKB tanısının olduğunu, %6,5'i (n=2) ise her iki tanıyı da aldıklarını bildirmişlerdir. Geriye kalan %58,1 (n=18) psikiyatrik tanı aldıklarını belirttikleri halde hangi tanıya aldıklarını bildirmemişlerdir.

Alkol kullanımı ile ilgili bulgulara bakıldığında MKB grubunda bulunan babaların %41,9'u (n=13) alkol kullanıyor olduğunu, kontrol grubundaki babaların %100'ü alkol kullanmıyor olduğunu bildirmiştir.

MKB grubundaki babaların en son alkol kullanımlarına bakıldığında %19,4'ü en son görüşme yapıldığı hafta içinde alkol aldıklarını, %9,7'si son 1 ay içinde alkol aldıklarını, %6,5'i en son bir ay önce alkol aldıklarını, %6,5'i en son altı ay önce alkol aldıklarını bildirmişlerdir.

MKB grubundaki babaların alkol kullanım sıklıklarına bakıldığında, %25,8'i her gün alkol kullandıklarını, %16,1'i haftada birkaç gün alkol kullandıklarını bildirmişlerdir.

MKB grubundaki babaların %83,9'u madde kullanımlarının olduğunu, %16,1'i ise sadece alkol kullanımlarının olduğunu bildirmişlerdir. Kontrol grubunda yer alan babaların %100'ü madde kullanmadıklarını bildirmişlerdir.

MKB grubundaki babaların en son madde kullanımlarına bakıldığında, %38,7'si en son görüşme yapıldığı hafta içinde, %32,3'ü son 1 ay içinde, %3,2'si en son bir ay önce, %3,2'si en son altı ay önce, %6,5'i en son bir yıldan fazla zaman önce madde kullanmış olduğunu bildirmişlerdir.

MKB grubundaki babaların madde kullanım sıklıklarına bakıldığında, %61,3'ü her gün birkaç defa, %16,1'i haftada birkaç defa, %6,4'ü düzensiz aralıklarla madde kullandıklarını bildirmişlerdir.

**Tablo 3. Babaların Klinik Özelliklere İlişkin Dağılımları**

	MKB Grubu		Kontrol Grubu		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
<b>Madde Kullanım Özellikleri</b>						
<b>Daha önce psikiyatrik tanı aldı mı?</b>						
Evet	20	64,5	0	0,0	38,710	<b>0,000</b>
Hayır	11	35,5	44	100,0		
<b>Önceki psikiyatrik tanı</b>						
DEHB	1	3,2	0	0,0		
MKB	10	32,3	0	0,0		
DEHB ve MKB	2	6,5	0	0,0		
Tanı Bildirmeyen	18	58,1	0	0,0		
<b>Alkol kullanımı</b>						
Evet	13	41,9	0	0,0	22,320	<b>0,000</b>
Hayır	18	58,1	44	100,0		
<b>Son alkol kullanımı</b>						
Bu hafta	6	19,4	0	0,0		
Bu ay	3	9,7	0	0,0		
Bir ay önce	2	6,5	0	0,0	-	-
Altı ay önce	2	6,5	0	0,0		
<b>Alkol kullanım sıklığı</b>						
Her gün	8	25,8	0	0,0		
Haftada birkaç gün	5	16,1	0	0,0	-	-
<b>Uyuşturucu Madde Kullanımı</b>						
Evet	26	83,9	0	0,0	56,485	<b>0,000</b>
Hayır	5	16,1	44	100,0		
<b>Son uyuşturucu madde kullanımı</b>						
Bu hafta	12	38,7	0	0,0		
Bu ay	10	32,3	0	0,0		
Bir ay önce	1	3,2	0	0,0	-	-
Altı ay önce	1	3,2	0	0,0		
Bir yıldan fazla	2	6,5	0	0,0		
<b>Uyuşturucu madde kullanım sıklığı</b>						
Her gün birkaç defa	19	61,3	0	0,0		
Haftada birkaç defa	5	16,1	0	0,0	-	-
Düzensiz aralıklarla	2	6,4	0	0,0		

p&lt;0,05

#### 4.2. ÇOCUKLARIN 4-18 YAŞ ÇOCUK VE GENÇLER İÇİN DAVRANIŞ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİNE İLİŞKİN BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu bölümde, babalarında MKB tanısı olan deney grubundaki çocuklar ile babalarında psikiyatrik tanı geçmişi olmayan kontrol grubundaki çocukların 4-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeğinden aldıkları puanlara ilişkin istatistik analizlere yer verilmiştir. İlk olarak MKB tanısı olan babaların ve kontrol grubundaki babaların çocuklarının ortalama puanları t testi ile karşılaştırılmıştır. İkinci

olarak her iki grupta bulunan çocukların ölçekten aldıkları puanların kesme noktasından düşük olanlarla yüksek olanlarının karşılaştırılması Pearson ki-kare analizi ile yapılmıştır.

#### **4.2.1. Çalışmada Yer Alan Çocukların 4-18 Yaş Çocuk Ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması**

Tablo 4’de çocukların, 4-18 Yaş Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması ve standart sapması verilmiştir.

Araştırmanın, *“Madde Kullanım Bozukluğu olan ve olmayan babaların çocuklarının İçe Yönelim Puanları ve alt bölümlerinden (Sosyal İçe Dönüklük, Somatik Yakınmalar, Anksiyete/Depresyon) aldıkları puanlar arasında anlamlı fark vardır”* hipotezi kısmen doğrulanmıştır.

Ölçeğin İçe Yönelim alt bölümünden alınan toplam puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $t(1-98)=4,365$ ;  $p<0,05$ ]. MKB olan babaların çocuklarının alt ölçekten aldıkları puanlar ( $\bar{X}=58,70$ ) kontrol grubundaki çocukların alt ölçekten aldıkları puanlardan ( $\bar{X}=49,78$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Ölçeğin İçe Yönelim alt bölümlerine bakıldığında, Sosyal İçe Dönüklük alt ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $t(1-98)=4,974$ ;  $p<0,05$ ]. MKB olan babaların çocuklarının alt ölçekten aldıkları puanlar ( $\bar{X}= 45,50$ ) kontrol grubundaki çocukların alt ölçekten aldıkları puanlardan ( $\bar{X}=37,10$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Ölçeğin İçe Yönelim alt bölümü olan Anksiyete/Depresyon alt ölçeğinden alınan puanlar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [ $t(1-98)=4,543$ ;  $p<0,05$ ]. Deney grubunun alt ölçekten aldığı puanlar ( $\bar{X}=45,12$ ) kontrol grubunun alt ölçekten aldığı puanlardan ( $\bar{X}=37,94$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Ölçeğin İçe Yönelim alt bölümü olan Somatik Yakınmalar alt ölçeğinden alınan puanlar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır [ $t(1-98)= -,543$ ;  $p=0,588$ ]. MKB olan babaların çocuklarının alt ölçekten aldığı puanlar ( $\bar{X}=43,00$ ) ile kontrol grubunun alt ölçekten aldığı puanlar ( $\bar{X}=43,50$ ) arasında anlamlı fark yoktur. Dolayısıyla yukarıda yer alan hipotez kısmen doğrulanmıştır.

**Tablo 4. Çocukların, 4-18 Yaş Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeğinden Aldıkları Puanların Ortalaması ve Standart Sapması**

	MKB Olan Babaların Çocukları	Kontrol Grubundaki Çocuklar	Toplam	t	p
Puanlar	n=50 ort ±ss	n=50 ort ±ss	N=100 ort ±ss		
Sosyal İçe Dönüklük	45,50 ± 10,694	37,10 ± 4,983	41,25 ± 9,289	4,975	,000
Somatik Yakınlıklar	43,00 ± 4,990	43,50 ± 4,181	43,25 ± 4,587	-,543	,588
Anksiyete/Depresyon	45,12 ± 9,540	37,94 ± 5,822	41,53 ± 8,651	4,543	,000
İçe Yönelim	58,70 ± 11,285	49,78 ± 9,027	54,24 ± 11,111	4,365	,000
Suç Davranışları	42,14 ± 7,237	38,42 ± 3,742	40,28 ± 6,029	3,229	,002
Saldırgan Davranışlar	42,74 ± 9,273	34,18 ± 5,840	38,46 ± 8,829	5,523	,000
Dışa Yönelim	57,28 ± 10,639	46,38 ± 8,535	51,83 ± 11,049	5,651	,000
Sosyal Sorunlar	42,62 ± 8,912	38,74 ± 6,314	40,68 ± 7,928	2,512	,014
Düşünce Sorunları	42,94 ± 3,966	42,74 ± 3,675	42,84 ± 3,805	,262	,794
Dikkat Sorunları	41,52 ± 9,192	35,68 ± 7,350	38,60 ± 8,785	3,509	,001
Toplam Problem	59,36 ± 9,983	48,88 ± 8,969	54,12 ± 10,811	5,522	,000

p<0,05

Araştırmanın, *“Madde Kullanım Bozukluğu olan ve olmayan babaların çocuklarının Dışa Yönelim Puanları ve alt bölümlerinden (Suç Davranışları, Saldırgan Davranışlar) aldıkları puanlar arasında anlamlı fark vardır”* hipotezi doğrulanmıştır.

Ölçeğin Dışa Yönelim alt bölümünden alınan toplam puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [t(1-98)=5,651; p<0,05]. MKB olan babaların çocuklarının alt ölçekten aldıkları puanlar ( $\bar{X}$ =57,28) kontrol grubundaki çocukların alt ölçekten aldıkları puanlardan ( $\bar{X}$ =46,38) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Ölçeğin Dışa Yönelim alt bölümlerine bakıldığında, Suç Davranışları alt ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [t(1-98)=3,229; p<0,05]. MKB olan babaların çocuklarının alt ölçekten aldıkları puanlar ( $\bar{X}$ = 42,14) kontrol



grubundaki çocukların alt ölçekten aldıkları puanlardan ( $\bar{X}=38,42$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Ölçeğin Dışa Yönelim alt bölümü olan Saldırgan Davranışlar alt ölçeğinden alınan puanlar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [ $t(1-98)=5,523$ ;  $p<0,05$ ]. MKB olan babaların çocuklarının alt ölçekten aldığı puanlar ( $\bar{X}=42,74$ ) kontrol grubunun alt ölçekten aldığı puanlardan ( $\bar{X}=34,18$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Araştırmanın, ***“Madde Kullanım Bozukluğu olan ve olmayan babaların çocuklarının Sosyal Sorunlar Puanları arasında anlamlı fark vardır”*** hipotezi doğrulanmıştır.

Ölçeğin Sosyal Sorunlar Alt Ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $t(1-98)=2,512$ ;  $p<0,05$ ]. MKB olan babaların çocuklarının alt ölçekten aldıkları puanlar ( $\bar{X}=42,62$ ) kontrol grubundaki çocukların alt ölçekten aldıkları puanlardan ( $\bar{X}=38,74$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Araştırmanın, ***“Madde Kullanım Bozukluğu olan ve olmayan babaların çocuklarının Düşünce Sorunları Puanları arasında anlamlı fark vardır”*** hipotezi doğrulanmamıştır.

Ölçeğin Düşünce Sorunları Alt Ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı fark bulunamamıştır [ $t(1-98)=,262$ ;  $p=0,794$ ]. MKB olan babaların çocuklarının alt ölçekten aldıkları puanlar ( $\bar{X}=42,94$ ) ile kontrol grubundaki çocukların alt ölçekten aldıkları puanlar ( $\bar{X}=42,74$ ) arasında anlamlı fark yoktur.

Araştırmanın, ***“Madde Kullanım Bozukluğu olan ve olmayan babaların çocuklarının Dikkat Sorunları Puanları arasında anlamlı fark vardır”*** hipotezi doğrulanmıştır.

Ölçeğin Dikkat Sorunları Alt Ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $t(1-98)=3,509$ ;  $p<0,05$ ]. MKB olan babaların çocuklarının alt ölçekten aldıkları puanlar ( $\bar{X}=41,52$ ) kontrol grubundaki çocukların alt ölçekten aldıkları puanlardan ( $\bar{X}=35,68$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Araştırmanın, ***“Madde Kullanım Bozukluğu olan ve olmayan babaların çocuklarının Ölçekten aldıkları Toplam Problem Puanları arasında anlamlı fark vardır”*** hipotezi doğrulanmıştır.

Ölçekten alınan toplam problem puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $t(1-98)=5,522$ ;  $p<0,05$ ]. MKB olan babaların çocuklarının ölçekten aldıkları puanlar

( $\bar{X}$ =59,36) kontrol grubundaki çocukların ölçekten aldıkları puanlardan ( $\bar{X}$ =48,88) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

#### **4.2.2. Çalışmada Yer Alan Çocukların 4-18 Yaş Çocuk Ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeğinden Aldıkları Puanların Frekans Dağılımı Ve Yüzdeleri**

Tablo 5’de çocukların, 4-18 Yaş Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeğinden aldıkları puanların frekans dağılımı ve yüzdeleri verilmiştir.

İki grup karşılaştırıldığında çocukların İçe Yönelim [ $\chi^2(1)= 17,763$ ;  $p<0.05$ ], Dışa Yönelim [ $\chi^2(1)= 14,620$ ;  $p<0.05$ ] ve Toplam Problem Puanlarının [ $\chi^2(1)= 18,316$ ;  $p<0.05$ ] dağılımı arasındaki farklar anlamlı bulunmuştur. Ancak diğer alt ölçeklerdeki dağılımlar arasındaki farklar anlamlı bulunmamıştır.

İçe Yönelim toplam puanları açısından bakıldığında, babası MKB tanısı alan çocukların %58’i kesme puanın altında, %42’si kesme puanın üstünde puan almıştır. Kontrol grubunda ise %94 kesme puanın altında, %6 kesme puanın üstünde puan almıştır.

Dışa Yönelim toplam puanları açısından bakıldığında, babası MKB tanısı almış çocukların %66’sı kesme puanın altında, %34’ü kesme puanın üstüne puan almıştır. Kontrol grubunda ise %96 kesme puanın altında, %4 kesme puanın üstünde puan almıştır.

Toplam Problem puanları açısından bakıldığında, babası MKB tanısı almış çocukların %54’ü kesme puanın altında, %46’sı kesme puanın üstüne puan almıştır. Kontrol grubunda ise %92 kesme puanın altında, %8 kesme puanın üstünde puan almıştır.

**Tablo 5. Çocukların, 4-18 Yaş Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeğinden Aldıkları Puanların Frekans Dağılımı ve Yüzdeleri**

Alt Ölçekler $\geq 70$ Toplam Puanlar $\geq 63$	Babası MKB Olan Çocuklar				Kontrol Grubundaki Çocuklar				$\chi^2$	p
	ÇDDÖ <		ÇDDÖ >		ÇDDÖ <		ÇDDÖ >			
	n	%	n	%	n	%	N	%		
<b>Sosyal İçe Dönüklük</b>	48	96,0	2	4,0	50	100,0	0	0,0	2,041	,153
<b>Somatik Yakınlıklar</b>	50	100,0	0	0,0	50	100,0	0	0,0	-	-
<b>Anksiyete/Depresyon</b>	50	100,0	0	0,0	50	100,0	0	0,0	-	-
<b>İçe Yönelim</b>	29	58,0	21	42,0	47	94,0	3	6,0	17,763	<b>,000</b>
<b>Suç Davranışları</b>	49	98,0	1	2,0	50	100,0	0	0,0	1,010	,315
<b>Saldırgan Davranışlar</b>	50	100,0	0	0,0	50	100,0	0	0,0	-	-
<b>Dışa Yönelim</b>	33	66,0	17	34,0	48	96,0	2	4,0	14,620	<b>,000</b>
<b>Sosyal Sorunlar</b>	50	100,0	0	0,0	50	100,0	0	0,0	-	-
<b>Düşünce Sorunları</b>	50	100,0	0	0,0	50	100,0	0	0,0	-	-
<b>Dikkat Sorunları</b>	50	100,0	0	0,0	50	100,0	0	0,0	-	-
<b>Toplam Problem</b>	27	54,0	23	46,0	46	92,0	4	8,0	18,316	<b>,000</b>

p<0,05

#### 4.3. ÇOCUKLARIN ÇDŞG-ŞY-T İLE YAPILAN KLİNİK GÖRÜŞME SONUCUNA İLİŞKİN BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Tablo 6’da çocukların ÇDŞG-ŞY-T ile yapılan klinik görüşme sonucunda DEHB tanısı ve DEHB tanısı alt tiplerine göre frekans dağılımı ve yüzdeleri ile ki-kare bulguları verilmiştir.

Babası MKB tanısı almış çocukların %54’ünün ÇDŞG-ŞY-T ile yapılan klinik görüşme sonucu DEHB tanısına işaret etmekteyken, kontrol grubundaki çocukların %14’ünün ÇDŞG-ŞY-T ile yapılan klinik görüşme sonucu DEHB tanısına işaret etmektedir ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur [ $\chi^2_{(1)}=17,825$ ; p<0,05].

DEHB tanısı alt tiplerine bakıldığında Babası MKB tanısı almış çocukların ÇDŞG-ŞY-T ile yapılan klinik görüşme sonucunda DEHB tanısına işaret eden çocukların %22,2’sinin Dikkatsizlik, %33,3’ünün Aşırı Hareketlilik, %44,4’ünün

Bileşik tip tanı grubunda yer aldığı görülmüştür. Kontrol grubunda ise bu oran Dikkatsizlik için %50,0 [ $\chi^2_{(1)}=0,444$ ;  $p=0,505$ ] anlamlı bulunmamışken, Aşırı Hareketlilik için %25,0 [ $\chi^2_{(1)}=5,005$ ;  $p<0,05$ ]; Bileşik tip için %25,0 [ $\chi^2_{(1)}=8,306$ ;  $p<0,05$ ] anlamlı bulunmuştur.

**Tablo 6. Çocukların ÇDŞG-ŞY-T ile Yapılan Klinik Görüşme Sonucunda DEHB Tanısı ve DEHB Tanısı Alt Tiplerine Göre Frekans Dağılımı ve Yüzdeleri**

Madde Kullanım Özellikleri	Babası MKB Olan Çocuklar		Kontrol Grubundaki Çocuklar		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
<b>DEHB Tanısı</b>						
Evet	27	54,0	8	14,0	15,868	<b>0,000</b>
Hayır	23	46,0	42	86,0		
<b>DEHB Tanısı Alt Tipi</b>						
Dikkatsizlik	6	22,2	4	50,0	0,444	0,505
Aşırı Hareketlilik	9	33,3	2	25,0	5,005	<b>0,025</b>
Bileşik	12	44,4	2	25,0	8,306	<b>0,008</b>

$p<0,05$

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, MKB olan bireylerin çocuklarında DEHB semptom sıklığının araştırılması amaçlanmış olup, elde edilen bulgular psikiyatrik öyküsü olmayan babaların, yaş, cinsiyet ve eğitim durumu açısından eşleştirilmiş çocukları ile karşılaştırılmıştır. Bu amaçlar doğrultusunda istatistiksel analizler yapılmış ve istatistiksel analizlerin sonucunda elde edilen bulgular, bu bölümde konuyla ilgili literatür çerçevesinde tartışılmıştır.

Dünya genelinde yapılan çalışmalarda araştırılmış olmasına rağmen, ülkemizde MKB olan bireylerin çocuklarında DEHB semptom sıklığını araştıran bir çalışma bulunmamaktadır. Ülkemizde ilk olma niteliğindeki bu çalışmanın gelecek çalışmalara ışık tutacağı düşünülmektedir.

Çalışmanın sosyodemografik verileri incelendiğinde, araştırmada yer alan katılımcılar ebeveynler (N=75) ve onların çocuklarından (N=100) oluşmaktadır. Ebeveyn katılımcılar, MKB olan grup (n=31) ve geçmişte psikiyatrik tanı almayan kontrol grubundan (n=44) oluşmaktadır. Çocuklarda yine ebeveynlerinin MKB tanısı olup olmamasına göre deney (n=50) ve kontrol (n=50) grubu olarak belirlenmişlerdir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin tamamı erkek ve evlidir. Çalışmanın yapıldığı kliniklerde evli ve çocuğu olan MKB tanılı kadın hastaya ulaşılamamıştır. Literatürde daha çok cinsiyet temelli demografik değerler üzerinde durulduğu dikkat çekmektedir. Türkiye'nin değişik yerlerinde yapılan çalışmalarda MKB nedeniyle tedaviye başvuran kadın sayısı değişmektedir ancak tedaviye başvuran kadın oranı erkeklere oranla azdır (Bulut vd, 2006; Çakmak ve Evren, 2006; Bilici vd, 2012). UNODC'un 2015 raporunda her 3 madde kullanıcıdan biri kadın olduğu halde, tedavi gören kişilerden sadece 5' te birinin kadın olduğu ifade edilmiştir. Dolayısıyla bu çalışmada kadın hastalara ulaşılamamasının sebebi, kadınlarda alkol madde kullanımı nedeniyle tedavi arayışının daha az olabilmesiyle açıklanabilir. Poole ve Dell (2005) madde bağımlılığında tedaviyi kabul eden annelerin %35'inin vesayet problemi yaşadığını ifade etmişlerdir hatta birçoğunun vesayeti kaybettiği belirtilmiştir. Bu sebeple madde kullanan annelerin çocuklarına yansiyacak problemlerle ilişkili olarak tedaviyi ve araştırmalara katılmayı reddettikleri düşünülmektedir.

Yapılan çalışmalar incelendiğinde MKB olan kişilerin işsizlik oranı %13-38 arasında değişmektedir (Türkcan, 1998; Doganavşarlıgil vd, 2004; Çakmak ve Evren,

2006). Literatürden farklı olarak çalışmada elde edilen bulgular sonucu, babaların düzenli çalışma oranı yüksek bulunmuştur. Bu durumun çalışma verilerinin çoğunlukla özel sağlık kuruluşlarından seçilmiş olmasından ve maddi olanaklarının tedaviye başvurma üzerinde olumlu etki yaratmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Ülkemizde MKB olan ebeveynlerin çocuklarının eğitim durumlarına etkilerine ilişkin verilere ulaşmak oldukça güçtür. Akbaş ve arkadaşları (2003) yaptıkları çalışmada alkol kullanımı olan babaların çocuklarının okul başarısı konusunda daha fazla problem yaşadıklarını belirtmişlerdir. Anne ya da babanın madde kullanımı çocuklarında görülen sorunlu davranışları arttırmaktadır (Ögel vd, 1997). Anne-babanın madde kullanıyor olması, aynı zamanda çocuklarının da gelecekte benzer bir sorun yaşamasına neden olabilmektedir. Çalışmada MKB olan babaların ve geçmişte psikiyatrik tanı almamış kontrol grubu babalarının çocukları daha önce psikiyatrik tanı alıp almadığı karşılaştırıldığında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bunun nedeni çalışmanın elli çocukla sınırlı kalması olabilir.

Çalışmada çocukların daha önce psikiyatrik tanı alma oranı babaları MKB grubunda olanlar % 12 (s=6), kontrol grubu % 6 (s=3) olarak belirlenmiştir. MKB olan ailelerin çocuklarında daha fazla psikiyatrik problem olmasına rağmen daha önce tanı alma oranları düşük bulunmuştur. Bu durum ailede göz ardı edilmekte; belki de aile, hasta olan babaya odaklanmaktan çocuktaki sorunlu davranışları gözden kaçırabilmektedir. Literatürde MKB olan babaların çocuklarında geçmişte psikiyatrik tanı alma durumlarını inceleyen bir çalışma bulunmamıştır; ancak alkol bağımlılığı olan babaların çocukların psikopatoloji araştıran bir çalışmada çocukların daha önce çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvurma oranı araştırma grubunda % 2,2 kontrol grubunda % 5,6 olarak bulunmuştur (Çengel-Kültür vd, 2006). MKB olan ebeveynin çocuk üzerindeki etkisi benzer birçok çalışmada göz ardı edildiği saptanmıştır.

MKB olan babaların geçmişte psikiyatrik tanı almaları beklenmedik bir durum değildir. Babaların geçmişte madde kullanım sorunu olduğu düşünülecek olursa (üstelik çalışmada MKB olan babaların büyük bir kısmı son madde kullanımı zamanını bu hafta ve bu ay yanıtını vermişlerdir), aile yaşantısında bu sorunun uzun zamandır var olduğu düşünülebilir. Bu da çocuğunun gelişimi açısından risk teşkil etmektedir.

MKB olan babaların çocuklarında Sosyal İçe Dönüklük ve Anksiyete/Depresyon düzeyleri kontrol grubundaki çocukların alt ölçekten aldıkları puanlardan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada elde edilen bulguların literatür ile uyumlu olmadığı saptanmıştır (Tufan vd, 2014; Bountress and Chassin, 2015).

Bu çalışmada her iki gruptaki çocuklar karşılaştırıldığında dışa yönelim puanları ve tüm alt bölümlerinden (Suç Davranışları, Saldırgan Davranışlar) aldıkları puanlar arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Bu bulgu literatür bilgisini doğrular niteliktedir. Akbaş ve arkadaşlarının (2003) yaptıkları çalışmada saldırgan davranışlar Tip I alkoliclerin çocuklarında anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Saldırgan davranışlar ile uygun davranma arasında kuvvetli negatif bir ilişki bulunmuş olup sosyal problem, düşünce, dikkat, suça yönelik davranışlar, dışa yönelim, toplam problem ile kuvvetli pozitif yönde ilişki olduğu saptanmıştır.

MKB olan babaların çocuklarının Sosyal Sorunlar düzeyleri kontrol grubundaki çocukların alt ölçekten aldıkları puanlardan anlamlı şekilde yüksek bulunması araştırmanın, “Madde Kullanım Bozukluğu olan ve geçmişte psikiyatrik tanı almayan babaların çocuklarının Sosyal Sorunlar Puanları arasında anlamlı fark vardır” hipotezini doğrulanmıştır. Literatürdeki ilgili çalışmalar incelendiğinde; ailede özellikle de ebeveynlerde var olan DEHB ve MKB’nun ileriki dönemde çocukta karşı gelme davranışını tetiklediği ifade edilmektedir (Schubiner et al., 2000; Thapar et al., 2007).

Öte yandan MKB olan babaların çocuklarının Dikkat Sorunları düzeyleri kontrol grubundaki çocukların alt ölçekten aldıkları puanlardan anlamlı şekilde yüksek bulunması araştırmanın, “MKB olan ve geçmişte psikiyatrik tanı almayan babaların çocuklarının Dikkat Sorunları Puanları arasında anlamlı fark vardır” hipotezi doğrular nitelikte olup literatür ile uyumlu olduğu saptanmıştır. Daha önce yapılan çalışmalarda, ailede madde kullanım öyküsü olan çocukların DEHB sahibi olma risklerinin artış gösterdiği ifade edilmektedir (Wilens, 1998; Schubiner et al., 2000). Bu çalışmalarda özellikle ailede var olan madde kullanım öyküsünün çocuğun oldukça küçük yaşta dikkat bozukluğu tanısı almasını tetiklediğini belirtilmektedir.

İçe Yönelim toplam puanları açısından bakıldığında, babası MKB tanısı alan çocukların %58’i kesme puanın altında, %42’si kesme puanın üstünde puan almıştır. Kontrol grubunda ise %94 kesme puanın altında, %6 kesme puanın üstünde puan almıştır. Dışa Yönelim toplam puanları açısından bakıldığında, babası MKB tanısı almış

çocukların %66'sı kesme puanının altında, %34'ü kesme puanının üstüne puan almıştır. Kontrol grubunda ise %96 kesme puanının altında, %4 kesme puanının üstünde puan almıştır. Bu farkın nedeni düşünüldüğünde, genellikle dışa yönelim sorunlarının içe yönelim sorunlarından daha kolay gözlemlenebilmesi ifade edilse de farklı bir sonuç elde edilmiştir. Babaların çocukları değerlendirmiş olması bu sonucu etkilemiş olabilir. Literatürde kesme puanlarına dair bilgi verilmese de deney grubunun daha yüksek puanları üzerinde durulmaktadır (Clark et al., 2004). Babaların çocukları değerlendirmiş olması bu sonucu etkilemiş olabileceğini akla getirir. Babalarının durumu göz önüne alındığında ikili değerlendirmenin birbirine benzer sonuç verdiğini söylemek mümkündür. Literatürde ilgili çalışmalar incelendiğinde Achenbach ve meslektaşlarının (1987) benzer şekilde, anne ve babanın problemlili davranışlarının çocukların içe ve dışa yönelim sorunlarını tetiklediğini ifade ettikleri görülmektedir. Bunun yanı sıra, deney grubu adına yüksek düzeyde elde edilen kesme puanları çocuklarda saptalanan DEHB semptom sıklığı bakımından da anlamlı olduğu düşünülmektedir. Dolayısıyla hem literatür ile uyumlu hem de kendi içinde tutarlı bilgi edinildiğini söylemek mümkündür.

Toplam Problem puanları açısından bakıldığında, babası MKB tanısı almış çocukların %54'ü kesme puanının altında, %46'sı kesme puanının üstüne puan almıştır. Kontrol grubunda ise %92 kesme puanının altında, %8 kesme puanının üstünde puan almıştır. Araştırmanın en önemli bulgusu olarak MKB tanısı ebeveyn sahibi çocuklarında daha fazla sorun sahibi olarak belirlenmiş olmaları literatür ile uyumlu bir sonuçtur (Goodwin, 1985; Knop et al., 1985; Biederman et al., 1990, Erşan vd, 2004). Söz konusu çalışmalarda, ebeveynin madde ve alkol kullanımına bağlı olarak ebeveyn tutumlarındaki ve genetik aktarımındaki problemlerin çocuğa yansıdığı ifade edilmektedir.

Greene ve arkadaşlarının (1996) yaptıkları çalışmada DEHB grubu kontrol grubuna oranla Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği tüm alt ölçeklerinden ve toplam problemlerden daha yüksek puanlar almıştır. Çalışmada MKB olan babaların çocuklarında DEHB semptom sıklığı geçmişte psikiyatrik tanısı olmayan babaların çocuklarına oranla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu bulgu çalışmada elde edilen ÇDDÖ alt ölçekleri ve toplam problem sonuçlarıyla tutarlı bulunmuştur.

Babası MKB tanısı almış çocukların Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli ile yapılan



klirik görüşme sonucu daha fazla DEHB tanısına işaret ediyor olması literatür ile uyumlu bulunmuştur. Literatürde, benzer Őekilde, Camciođlu ve arkadaşlarının (2011) gerćekletirdikleri ćalımalarında, DEHB olan ćocukların ebeveynlerinin DEHB düzeylerinin, kontrol grubuna nazaran anlamlı derecede daha yüksek olduğunu saptamıştır. Bir baŐka ćalımada da (Wilens et al., 2005) MKB tanısı olan ebeveyn ćocuklarının daha yüksek psikopatolojik risk ifade ettikleri bildirilmiŐtir. Görüldüđü üzere, ebeveyn tutumlarına bağlı olarak babası MKB tanısı almıŐ ćocukların daha yüksek oranda DEHB kriterlerini karŐılamıŐ olması literatür ile uyumlu ve hipotezi destekler niteliktedir.

DEHB tanısı alt tiplerine bakıldıđında babası MKB tanısı almıŐ ve gećmiŐte psikiyatrik tanı almayan babaların ćocuklarıyla ćDŐG-ŐY-T ile yapılan klinik görüşme sonucunda, DEHB tanısına işaret eden ćocukların kontrol grubu ćocuklarına oranla DEHB tanısı alt tiplerinden aŐırı hareketlilik alt tipi ve bileŐik tipleri arasında anlamlı fark bulunmuŐtur; ancak dikkatsizlik alt tipinde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamamıŐtır. Bunun nedeni ćalıma örnekleminin sınırlı olması ile ilgili olabilir. Literatürde, ilgili ćalımaların oldukća az olduđu gözlemlenmektedir. Sadece alkol bađımlılıđını ele alan benzer bir araŐtırmada, alkol bađımlılıđı olan ebeveynlerin ćocuklarının uzun sürece takip edilerek deđerlendirildiđi ve sonuć olarak alkol bađımlılıđı olan ebeveynlerin ćocuklarının diđer ćocuklara nazaran daha fazla geliŐim riskine bađlı ölüm olasılıđı, daha zayıf zihinsel geliŐim, daha fazla psikopatolojik belirti sahibi olabilecekleri belirtilmiŐtir (Nordberg et al., 1993).

### **5.1. SINIRLILIKLAR VE ÖNERİLER**

AraŐtırma sadece kullanılan envanterler ve katılımcı sayısı ile sınırlıdır. AraŐtırma yapılan istatistiksel ćzmlenmelerle sınırlıdır. NP İstanbul Nöropsikiyatri, İstanbul Tıp Fakültesi, Yedikule Surp Pırgić Ermeni ve Balıklı Rum hastaneleri Bağımlılığ Birimleri'nde yatarak ve ayakta tedavi gören MKB tanısı almıŐ kiŐilerin ćocuklarıyla sınırlıdır.

Veriler uygulanan testlerin istatistiklerinden elde edilen bilgilerle sınırlıdır. AraŐtırma, anket ve lćek uygulamalarından elde edilen sonućlar, taranılan literatür ve yüksek lisans tezi ićin ayrılan süre ile sınırlıdır.

Çalışmaya başlarken çalışma üç grup olarak düşünülmüştür ve bu gruplar MKB + DEHB olan bireylerin çocuklarında, MKB olan bireylerin çocuklarında ve Kontrol grubu (sağlıklı kontrol) çocuklarında DEHB sıklığını araştırmak olarak öngörülmüştür. Böylelikle DEHB ve MKB ayrı ayrı ele alınabilecekti. Çalışmayı oluşturacak kişiler MKB tanısı alacak evli ve 6 yaş üzeri (6-18 yaş) çocuğu olacak kişiler olacağından ve veri toplama süresi kısıtlı olduğundan, hem MKB hem de DEHB olan 50 kişiye ulaşmanın mümkün olamayacağı ön görülerek veri toplarken bir gruptan vazgeçilmiştir. Böylelikle, sadece MKB olan evli ve 6 yaş üzeri çocuğu olan bireylere ulaşılmaya çalışılmıştır. Çalışmaya başlanılan ilk zamanlar hiç kimse çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir. Bunun nedeni olarak da çalışmanın veri toplama araçlarından olan Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu ÇDŞG-ŞY-T' yi göstermişlerdir. Klinik görüşmenin çocuk ve herhangi bir ebeveynle birlikte olması gerekmektedir. Hem çocuktan hem de ebeveynden alınan bilgiler değerlendirilerek DSM-IV'e göre tanı belirlenmekteydi. MKB olan bireylere çalışma açıklanıp çocuklarıyla yüz yüze görüşme talep edildiğinde ise kimse kabul etmemiştir. Bu durumda katılımcıların çocuklarını hastane ortamına sokmak istememesi, çalışma tedavi gören ya da tedavisi devam eden babalarla yapıldığı için, çocuğun babasını o durumda görmesinin doğru olmayacağı belki de ailelerin MKB nedeniyle hastanede olan babasının madde kullandığını, psikolojik tedavi gördüğünü çocuğuna anlatmak istememe kaygısı yaşamış olmaları gibi olasılıklar üzerinde durulabilir. Bu sebeple çalışmada uzun süre veri toplanamamıştır. Zaman sınırlaması olmayan, daha büyük örneklerle çok merkezli uzunlamasına çalışmanın yapılması bu sınırlılıkları bertaraf edecektir. Daha sonra ÇDŞG-ŞY-T, klinik görüşmeyi çocuk olmadan sadece ebeveyn ile yapmaya karar verilmiştir. Bu önemli bir sınırlılık olarak belirtilmelidir. Ayrıca, ÇDŞG-ŞY-T'nin DSM-IV'ye göre tanı sorgulayan klinik görüşme olması da önemli sınırlılıklardan biri olarak görülmektedir. MKB olan baba ile yapılan Klinik görüşmede babadan alınan çocuk hakkındaki bilgilerin doğru olduğu kabul edilmiştir. Ancak aile içinde babanın modeli düşünülecek olursa, bir de bu baba MKB tanısı alan bir baba olduğundan çocuğuyla ne kadar ilgili, çocuğunu ne kadar tanıyor, ne kadar doğru bilgi verdi sorunsalı gün yüzüne çıkmıştır. Bunların yanı sıra, ortaya çıkan sonuçlar değerlendirildiğinde, soruları yanlış yanıtlama olasılığı, özellikle

de MKB olan babanın çocuğunda bir semptomu kabul etmesinin güçlüğü önemli bir sınırlılık olarak belirtilmelidir.

Bazı MKB tanısı alan ve özellikle MKB olan kişilere çoğunlukla Eksen II psikopatolojilerin eşlik edebileceği düşünülecek olursa, durumu kabul etmeme ve reddetme olasılığı daha baskın gelmiştir. Bu tür babaların “benim çocuğum çok zeki”, “benim çocuğum çok başarılı” ifadeleri de dikkate alındığında sorgulanan tanının çocuğunu etiketleyecek olduğunu düşünen ve “hasta değil benim çocuğum gayet sağlıklı” düşüncesiyle sorgulanan soruyu kabul etmeme, dinlememe, geçiştirme eğilimleri olabileceği düşünülebilir.

MKB olan kişiye ulaşım evli ve 6 yaş üzeri çocuğu olmalı şartı çalışmanın çok yavaş ilerlemesine neden olmuş, NP İstanbul hastanesinde başlayan çalışmaya yeterli veri toplanamayınca İstanbul’da bağımlılık birimi bulunan diğer hastanelere ulaşılmaya çalışılmıştır. Buna rağmen, arzu edilen hasta popülasyonuna ulaşılamamıştır.

Bağımlılık birimlerindeki kapalılık hali araştırma için katılımcı belirleme ve araştırmaya dâhil etme durumunu engellemektedir. Bu şekilde devam edildiği takdirde bu alanda yapılacak çalışmaların önünün kesildiğini söylemek yanlış olmayacaktır. Bu durum Türkiye’de MKB konusunda araştırma yapmanın özellikle veri toplama zorluğu nedeniyle güçleştiğini gözler önüne sermektedir. Türkiye’de MKB çözilemeyen bir sorun olarak devam etmektedir. MKB araştırmalarının var olan sorunlar göz önünde tutulduğunda oldukça az olduklarını söylemek mümkündür.

Bu çalışmanın bir diğer sınırlılığı da, araştırmacı psikoloğun tanı koyamamasına ve dolayısıyla semptom sıklığının incelenmiş olmasına yöneliktir.

Ek olarak çalışmaya katılan MKB olan bireylerin babalardan oluşması, evli ve çocuk sahibi kadınların çalışmaya alınamamış olması bu araştırmanın bir diğer sınırlılığıdır. Türkiye’de çok merkezli ve evli kadın hastalardan oluşan bir popülasyonda benzer bir araştırmanın yapılması hem kadın-erkek ebeveyn arasındaki farkın ortaya konması hem de daha sağlıklı verilerin elde edilmesi açısından çok önemlidir.

## SONUÇ

Çalışmada, yaş cinsiyet ve eğitim durumu açısından eşleştirilmiş olan MKB olan babaların çocukları ve geçmişte psikiyatrik tanı almayan babaların çocukları ÇDDÖ/4-18 ve ÇDŞG-ŞY-T ile yapılan klinik görüşme sonucunda DEHB semptom sıklığı açısından karşılaştırıldığında önemli farklar saptanmıştır. MKB olan babaların çocuklarında içe yönelim, sosyal içe dönüklük, anksiyete ve depresyon bulgularının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Dışa yönelim, suç davranışları ve saldırgan davranış sergileme, sosyal sorun yaşama olasılığının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yine MKB olan babaların çocuklarında daha sık dikkat sorunu yaşandığı ve DEHB semptom sıklığının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

## KAYNAKÇA

- Abay, E., ve Ateş, İ., 2001, “Bağımlılığın Genetiği”, *Bağımlılık Dergisi*, 2(2): ss. 68-70.
- Abedi, S., Shirazi, E., and Hajebi, A., 2007, “Is ADHD More Prevalent in Substance Users?”, *Iran J Clin Psychol Psychiatr Soc*, 13(3): pp. 227-31.
- Achenbach, T. M., and Edelbrock, C., *Manual for the Child Behavior Checklist /4-18 and Revised Child Behavior Profile*, University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington, 1983.
- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., and Howell, C. T., 1987, “Child/Adolescent Behavioral and Emotional Problems: Implications of Cross-Informant Correlations for Situation Specificity”, *Psychological Bulletin*, 10: pp. 213-232.
- Achenbach, T. M., *Manual for Child Behavior Checklist/ 4-18 and 1991 Profile*, University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington, 1991.
- Akbaş, S., Tütüncü, E., Tamar, M., vd, 2003, “Tip I ve Tip II Alkolik Çocuklarında Akademik Başarı”, *Bağımlılık Dergisi*, 4: ss. 91-95.
- Barkley, R. A., *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*, Guilford Press, New York, 2006.
- Barnow, S., Schuckit, M. A., Lucht, M., et al., 2002, “The Importance of a Positive Family History of Alcoholism, Parental Rejection and Emotional Warmth, Behavioral Problems and Peer Substance Use for Alcohol Problems in Teenagers: a Path Analysis”, *J. Stud. Alcohol*, 63(3): pp. 305-315.
- Bhutta, A. T., Cleves, M. A., Casey, P. H., et al., 2002, “Cognitive and Behavioral Outcomes of School-aged Children Who Were Born Preterm: A Meta-analysis”, *Journal of the American Medical Association*, 288(6): pp. 728-737.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Keenan, K., et al., 1990, “Family-genetic and Psychosocial Risk Factors in DSM-III Attention Deficit Disorder”, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29(4): pp. 526-533.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Keenan, K., et al., 1992, “Further Evidence for Family-genetic Risk Factors in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Patterns of Comorbidity in Probands and Relatives Psychiatrically and Pediatrically Referred Samples”, *Arch Gen Psychiatry*, 49(9): pp. 728-738.
- Biederman, J., Wilens, T., Mick, E., et al., 1995, “Psychoactive Substance Use Disorders in Adults With Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): Effects of ADHD and Psychiatric Comorbidity”, *Am J Psychiatry*, 152(11): pp. 1652-1658.
- Biederman, J., 1998, “Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Life Span Perspective”, *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(7): pp. 4-16.

Biederman, J., and Faraone, S. V., 2005, "Attention-Deficit Hyperactivity Disorder", *Lancet*, 366: pp. 237-248.

Bilgen, R. İ., 1998 "Uyuşturucu Maddelerin Arzı ile Mücadele", Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul.

Bilici, R., Uğurlu, K.G., Güven, T., vd, 2012, "Bir Bağımlılık Merkezinde Yatarak Tedavi Gören Hastaların Sosyodemografik Özellikleri", *Fırat Tıp Dergisi*, 17(4): ss. 223-227.

Blaine, J. D., and Julius, D. A. (Ed.), 1977 *Psychodynamics of Drug Dependence*. National Institute of Drug Abuse, Government Printing Office, Washington.

Blonigen, D. M., Hicks, B. M., Krueger, R. F., et al., 2005, "Psychopathic Personality Traits: Heritability and Genetic Overlap With Internalizing and Externalizing Psychopathology", *Psychological Medicine*, 35: pp. 637-648.

Bossong, M.G., and Niesink, R.J., 2010, "Adolescent Brain Maturation, The Endogenous Cannabinoid System And The Neurobiology Of Cannabis-Induced Schizophrenia", *Prog Neurobiol*, 92(3): pp. 370-385.

Bountress, K., and Chassin, L., 2015, "Risk for Behavior Problems in Children of Parents with Substance Use Disorder", *Am J Orthopsychiatry*, 85(3): pp. 275-286.

Brook, J. S., Whiteman, M., and Finch, S. J., 1996, "Young Adult Drug Use and Delinquency: Childhood Antecedents and Adolescent Mediators", *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35(12): pp. 1584- 1592.

Bulut, M., Savaş, H.A., Cansel, N., vd, 2006, "Gaziantep Üniversitesi Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Birimine Başvuran Hastaların Sosyodemografik Özellikleri", *Bağımlılık Dergisi*, 7(2): ss. 65-70.

Bush, G., Valera, E. M., and Seidman, L. J., 2005, "Functional neuroimaging of attention-deficit/ hyperactivity disorder: a review and suggested future directions", *Biological Psychiatry*, 57(11): pp: 1273-1284.

Camcıoğlu, T., Yıldız, Ö., ve Ağaoğlu, B., 2011, "DEHB Tanısı Konmuş Çocukların Anne Babalarında DEHB Sıklığı", *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12(3): ss. 212-220.

Castellanos, F. X., Giedd, J. N., Marsh, W. L., et al., 1996, "Quantitative Brain Magnetic Resonance Imaging in Attention-deficit Hyperactivity Disorder", *Archives of Gen Psychiatry*, 53(7): pp. 607-616.

Castellanos, F. X., Giedd, J. N., Berquin, P. C., et al., 2001, "Quantitative Brain Magnetic Resonance Imaging in Attention-deficit Hyperactivity Disorder", *Archives of Gen Psychiatry*, 58(3): pp. 289-295.

Castellanos, F. X., Lee, P. P., Sharp, W., et al., 2002, "Developmental Trajectories of Brain Volume Abnormalities in Children and Adolescents With Attention-deficit/hyperactivity Disorder", *JAMA*, 288(14): pp. 1740-1748.

Chen, Y. Y., and Weitzman, E. R., 2005, "Depressive Symptoms, DSM-IV Alcohol Abuse and Their Comorbidity Among Children of Problem Drinkers in a National Survey: Effects of Parent and Child Gender and Parent Recovery Status", *Journal of Studies on Alcohol*, 66(1): pp. 66-73.

Chronis, A. M., Lahey, B. B., Pelham, W. E., et al., 2003, "Psychopathology And Substance Abuse In Parents Of Young Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder", *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42(12): pp. 1424-1431.

Clark, D. B., Moss, H., Kirisci, L., et al., 1997, "Psychopathology in Preadolescent Sons of Substance Abusers", *J Am Acad Child Adol Psychiatry*, 36(4): pp. 495-502.

Clark, D., Kirisci, L., and Tarter, R., 1998, "Adolescent Versus Adult Onset and the Development of Substance Use Disorders", *Drug and Alcohol Dependence*, 49: pp. 115-121.

Clark, D. B., Cornelius, J., Wood, D. S., et al., 2004, "Psychopathology Risk Transmission in Children of Parents With Substance Use Disorders", *Am J Psychiatry*, 161(4): pp. 685-691.

Clure, C., Brandy, K. T., Saladin, M. E., et al., 1999, "Attention-deficit/hyperactivity Disorder and Substance Use: Symptom Pattern and Drug Choice", *Am J Drug Alcohol Abuse*, 25(3): pp. 441-448.

Corkum, P., Tannock, R., and Moldofsky, H., 1998, "Sleep Disturbances in Children with Attention-deficit/hyperactivity Disorder", *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 37(6): pp. 637-46.

Coşkunol, H., ve Altıntoprak, E., 1999, "Alkol Kullanımının Genetik Yönleri", *Klinik Psikiyatri*, 2(4): ss. 222-229.

Curran, S., Mill, J., Tahir, E., et al., 2001, "Association Study of a Dopamine Transporter Polymorphism and Attention Deficit Hyperactivity Disorder in UK and Turkish Samples", *Mol Psychiatry*, 6(4): pp. 425-428.

Çakmak, D., ve Evren, C., *Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları*, Özgül Matbaacılık, İstanbul, 2006.

Çengel-Kültür, S. E., Ünal, F. M., ve Özusta, Ş., 2006, "Alkol Bağımlılığı Olan Babaların Çocuklarında Psikopatoloji", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(1): ss. 3-11.

Çivi, S., ve Şahin, K., 1991, "Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Sağlık Meslek Yüksek Okulu Öğrencilerinin Sigara Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışları", *Aile ve Toplum Dergisi*, 1(1): pp. 49-52.

Doğanavşargil, G. Ö., Sertöz, Ö. Ö., Coşkunol, H., vd, 2004, “EÜTF Psikiyatri Anabilim Dalı Bağımlılık Tedavi Biriminin Hasta Verilerinin On Yıllık Geriye Dönük Olarak İncelenmesi: Madde Kullanan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri”, Bağımlılık Dergisi 5(3): ss. 115-120.

DSM-IV-TR (Çev., E. Köroğlu), 2. Baskı, Amerikan Psikiyatri Birliği, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2000.

DSM 5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı (Çev.,E. Köroğlu), 5. Baskı, Amerikan Psikiyatri Birliği, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2015.

DuPaul, G. J., Eckert, T. L., and McGoey, K. E., 1997, “Interventions for Students With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: One Size Does Not Fit All”, School Psychology Review, 26(3): pp. 369-381.

Earls, F., Reich, W., Jung, K.G., et al., 1988, “Psychopathology in Children of Alcoholic and Antisocial Parents”, Alcoholism Clinical and Experimental Research, 12(4): pp. 481-487.

EGM-KOMDB, Yasadışı Bağımlılık Maddelerinde Dünya - Türkiye Karşılaştırma İstatistikleri, T.C. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü, Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı, Ankara, 2009.

El-Alfy, A. T., Ivey, K., Robinson, K., et al., 2010, “Antidepressant-Like Effect Of Delta9-Tetrahydrocannabinol And Other Cannabinoids İsolated From Cannabis Sativa L.”, Pharmacol Biochem Behav, 95(4): pp. 434-42.

Eliason, M. J. and Skinstad, A. H., 1995, “Substance Abuse and Motherhood”, Alcoholism Treatment Quarterly, 13(2): pp. 81-88.

EMCDDA, 2006, “Avrupa’daki Uyuşturucu Sorununun Durumu: 2006 Senelik Raporu”, Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, Lizbon.

Ercan, E. S., Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Düşünce Basım ve Yayın Hiz. İstanbul, 2010.

Erdem, G., Eke, C. Y., Ögel, K., vd, 2006, “Lise Öğrencilerinde Arkadaş Özellikleri ve Madde Kullanımı”, Bağımlılık Dergisi, 7(3): ss. 111-116.

Erol, N., Arslan, B. L., and Akçakın, M., The Adaptation and Standardization of the Child Behavior Checklist Among 6-18 Year Old Turkish children, Ed. J. Sergeant, Eunethdis: European Approaches to Hyperkinetic Disorder, Zürih, 1995.

Erol, N., ve Şimşek, Z., Türkiye Ruh Sağlığı Profili, Çocuk ve Gençlerde Ruh Sağlığı: Yeterlik Alanları, Davranış ve Duygusal Sorunların Dağılımı, Bölüm 3, Ed. N. Erol, C. Kılıç, M. Ulusoy, M. Keçeci, Z. Şimşek, Ankara, 1998.



Erşan, E. E., Doğan, O., Doğan, S., et al., 2004, "The Distribution Of symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Oppositionaldefiant Disorder in School Age Children in Turkey", *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 13: pp. 354-361.

Evren, E.C., ve Çakmak, D., 2002, "Damar Yolu ile Eroin Kullananların Genel Özellikleri", *Nöropsikiyatri Arşivi*, 39(1): ss. 20-26.

Evren, E.C., Ögel, K., ve Çakmak, D., 2002, "Esrar ve Meperidin (Petidin) Kullanım Bozukluğu Nedeni ile Yatarak Tedavi Gören Hastaların Özelliklerinin Karşılaştırılması", *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(1): ss. 20-27.

Evren, E. C., Saatçioğlu, Ö., Evren, B., vd, 2003, "Madde Kullanım Bozukluğunda Cinsiyet Farklılığı: AMATEM'e Yatan Hasta Verilerinin İncelenmesi", *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 16(3): ss. 132-138.

Faraone, S. V., and Biederman, J., 1998, "Neurobiology of Attention Deficit Hyperactivity Disorder", *Biol Psychiatry*, 44: pp. 951-8.

Faraone, S. V., and Doyle, A. E., 2001, "The Nature and Heritability of Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder", *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am*,10: pp. 299-316.

Faraone, S. V., Doyle, A. E., Mick, E., et al., 2001, "Metaanalysis of the Association Between the 7-repeat Allele of the Dopamine D4 Receptor Gene and ADHD", *Am J Psychiatry*, 158(7): pp. 1052-1057.

Faraone, S. V., Sergeant, J., Gillberg, C., et al., 2003, "The Worldwide Prevalence of ADHD: Is It an American Condition?", *World Psychiatry*, 2(2): pp. 104-113.

Farokhzadi, F., Mohammadi, M. R., Alipour, A., et al., 2012, "Substance Abuse Disorders in the Parents of ADHD Children and Parents of Normal Children", *Acta Med Iran*, 50(5): pp. 319-27.

Fisher, B. C., *Attention Deficit Disorder Misdiagnosis: Approaching ADD from a Brain-Behavior and Neuropsychological Perspective for Assessment and Treatment*, CRC Press, Florida, 1998.

Fisher, S. E., Francks, C., McCracken, J. T., et al., 2002, "A Genomewide Scan for Loci Involved in ADHD", *Am J Hum Gen*, 70(5): pp. 1183-1196.

Geller, B., 1997, "Discussion of "Attention Deficit Hyperactivity Disorder With Bipolar Disorders; A Familial Subtype", *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36: pp. 1387-1388.

Goodwin, D. W., 1985, "Alcoholism and Genetics: The Sins of the Fathers", *Arch Gen Psychiatry*, 42: pp. 171-174.

Gökler, B., Ünal, F., Pehlivanürk, B., vd, 2004, "Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli - Türkçe

uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği”, *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 11: ss. 109-116.

Greene, R. W., Biederman, J., Faraone, S. V., et al, 1996, “Toward a Newpsychometric Definition of Social Disability in Children With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder”, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35: pp. 571-8.

Guevremont, D. C., and Dumas, M. C., 1994, “Peer Relationship Problems and Disruptive Behavior Disorders”, *J Emot Behav Disord*, 2: pp. 164–172.

Günay, Ş., Savran, C., Aksoy, U. M., vd, 2006, “Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeğinin (Adult ADD/ADHD DSM IV- Based Diagnostic Screening and Rating Scale) Dilsel Eşdeğerlilik, Geçerlik Güvenirlik ve Norm Çalışması, *Türkiye'de Psikiyatri*, 8(2): ss. 98-107.

Hawi, Z., Dring, M., Kirley, A., et al., 2002, “Serotonergic System and Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A Potential Susceptibility Locus at the 5-HT (1B) Receptor Gene in 273 Nuclear Families from a Multi-Center Sample”, *Mol Psychiatry*, 7: pp. 718-725

Hechtman, L., 2000, “Assessment and Diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder”, *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9: pp. 481-498.

Hicks, B., Krueger, R., Iacono, W., et al., 2004, “Family Transmission and Heritability of Externalizing Disorders: A Twin-Family Study”, *Archives of General Psychiatry*, 61: pp. 922–928.

Hill, S. Y., Steinhauer, S. R., and Zubin, J., Alcohol and Addictive Behavior, Biological Markers for Alcoholism: A Vulnerability Model Conceptualization, In: *Alcohol and Addictive Behavior*, Ed. P. C. Rivers, Lincoln, 1987.

Hill, S. Y., and Muka, D., 1996, “Childhood Psychopathology in Children from Families of Alcoholic Female Proband”, *J Am Acad Child Adol Psychiatry*, 35: pp. 725–733.

Holmberg, K., Hjern, A., 2008, “Bullying and Attention-Deficit–Hyperactivity Disorder in 10-Year-Olds in a Swedish Community”, *Developmental Medicine & Child Neurology*, 50(2): pp. 134–138.

Işık, E., ve Işık-Taner, Y., *Çocuk, Ergen ve Erişkinlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu*, Türkiye Klinikleri Yayınları, Ankara, 2009.

Jensen, P. S., Martin, D., and Cantwell, D. P., 1997, “Comorbidity in ADHD: Implications for Research, Practice, and DSM-V”, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(8): pp. 1065-1079.

Johnston, C., and Mash, E. J., 2001, "Families of Children With Attentiondeficit/Hyperactivity Disorder: Review and Recommendations for Future Research", *Clin Child Fam Psychol Rev*, 4(3): pp. 183-207.

Kadesjö, B., and Gillberg, C., 2001, "The comorbidity of ADHD in the General Population of Swedish School-Age Children", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(4): pp. 487-492.

Kapaklıkaya, İ., *Uyuşturucu ve Gençlik*, Yeni Asya Yayınları, İstanbul, 1986.

Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., et al., 1997, "Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School - Age Children - Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): Initial Reliability and Validity Data", *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36: pp. 980-988.

Khoshabi, K., Mirabzadeh, A., Moradi, S., et al., 2008, "The Role of Behavioral Factors and Other Risk Factors in Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder", *J Hamadan Univ Med Sci*, 14(2): pp. 11-15.

Kieling, C., Goncalves, R. R., Tannock, R., et al., 2008, "Neurobiology of Attention Deficit Hyperactivity Disorder", *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17(2): pp. 285-307.

Kim, B. N., Lee, J. S., Cho, S. C., et al., 2001, "Methylphenidate Increased Regional Cerebral Blood Flow in Subjects With Attention Deficit Hyperactivity Disorder", *Yonsei Med J*, 42(1): pp. 19-29.

Kim, B. N., Lee, J. S., Shin, M. S., et al., 2002, "Regional Cerebral Perfusion Abnormalities in Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Statistical Parametric Mapping Analysis", *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 252(5): pp. 219-225.

Knop, J., Thasdale, T. W., Schulsinger, F., et al., 1985, "A Prospective study of Young Men at High Risk for Alcoholism: School behavior and achievement", *J Stud Alcohol*, 46(4): pp. 273-278

Knopik, V. S., Heath, A. C., Madden, P. A. F., et al., 2004, "Genetic Effects on Alcohol Dependence Risk: Re-Evaluating the Importance of Psychiatric and Other Heritable Risk Factors", *Psychological Medicine*, 34: pp. 1519-1530.

Knopik, V. S., Sparrow, E., Madden, P. A. F., et al., 2005, "Contributions of Parental Alcoholism, Prenatal Substance Exposure, and Genetic Transmission to Child ADHD Risk: A Female Twin Study", *Psychological Medicine*, 35: 625-635.

Knopik, V. S., Jacob, T., Haber, J. R., et al., 2009, "Paternal Alcoholism and Offspring ADHD Problems: A Children of Twins Design", *Twin Research and Human Genetics*, 1(12): pp. 53-62.

Kovatchev, B., Cox, D., Hill, R., et al., 2001, "A Psychophysiological Marker of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Defining the EEG Consistency Index", *Appl Psychophysiol Biofeedback*, 26: pp. 127-140.

Köknel, Ö., *Bağımlılık- Alkol ve Madde Bağımlılığı*, Gelişim Yayınları, İstanbul, 1998.

Krueger, R., Hicks, B., Patrick, C., et al., 2002, "Etiologic Connections Among Substance Dependence, Antisocial Behavior, and Personality: Modeling the Externalizing Spectrum", *Journal of Abnormal Psychology*, 111: pp. 411-24.

Krystal, H., and Raskin, H. A., 1970, "Drug Dependence: Aspects of Ego Function. Detroit", Wayne State University Press, pp. 127.

Kulaksızoğlu, A., *Ergenlik psikolojisi*, Remzi Kitapevi, İstanbul, 2002.

Lahey, B. B., Hartdagen, S. E., Frick, P. J., et al., 1988, "Conduct Disorder: Parsing the Confounded Relation to Parental Divorce and Antisocial personality", *Journal of Abnormal Psychology*, 97: pp. 334-337.

Larsson, J. O., Larsson, H. M. A., and Lichtenstein, P., 2004, "Genetic and Environmental Contributions to Stability and Change of ADHD Symptoms Between 8 and 13 Years of Age: A Longitudinal Twin Study", *Child Adolescent Psychiatry*, 43(10): pp. 1267-1275.

Larsson, H., Asherson, P., and Chang, Z., et al., 2013, "Genetic and Environmental Influences on Adult Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms: A Large Swedish Population- Based Study of Twins", *Psychological Medicine*, 43: pp. 197-207.

Ledoux, S., Miller, P., Choquet, M., et al., 2002, "Family Structure, Parent-Child Relationships, and Alcohol and other drug use among Teenagers in France and the United Kingdom", *Alcohol and Alcoholism*, 37(1): pp. 52-60.

Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R., 1995, "Adolescent psychopathology: III. The Clinical Consequences of Comorbidity", *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(4): pp. 510-519.

Levitt, M., 1999, "Toxic metals, preconception and early childhood development", *Social Science Information sur les Sciences Sociales*, 38: pp. 179-201.

Manor, I., Eisenberg, J., Tyano, S., et al., 2001, "Family Based Association Study of the Serotonin Transporter Promoter Region Polymorphism (5-HTTLPR) in ADHD", *Am J Med Genet*, 105: pp. 91-95.

Marsh, E. J., and Johnston, C., 1983, "Parental Perceptions of Child Behaviour Problems, Parenting Self-Esteem, and Mothers' Reported Stress in Younger and Older Hyperactive and Normal Children", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51: pp. 86-99.

- Martin, N., and Scourfield, J. 2002, "Observer Effects and Heritability of Childhood Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms", *Br J Psychiatry*, 180: pp. 260-265.
- McClearn, G. E., and Rodgers, D. A., 1959, "Differences in Alcohol Preference Among Inbred Strains of Mice", *Q. J. Stud. Alcohol*, 20: pp. 691-95.
- McDermott, D., 1984, "The Relationship of Parental Drug Use and Parents' Attitude Concerning Adolescent Drug Use to Adolescent Drug Use", *Adolescence*, 19(73): pp. 89-97.
- Meisel, K., and Freidman, J. H., 2012, "Medical Marijuana in Huntington's Disease: Report of Two Cases", *Med Health R I*, 95(6): pp. 178-9.
- Mick, E., and Faraone, S. V., 2000, "Age-Dependent Decline of Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Impact of Remission Definition and Symptom Type", *Am J Psychiatry*, 157(5): pp. 816-819.
- Monastra, V., Lubar, J., Linden, M., et al., 1999, "Assessing Attention Deficit Hyperactivity Disorder Via Quantitative Electroencephalography: An Initial Validation Study", *Neuropsychology*, 13: pp. 424-433.
- Montgomery, C., Seddon, A. L., Fisk, J. E., et al., 2012, "Cannabis-Related Deficits In Real-World Memory", *Human Psychopharmacology*, 27(2): pp. 217-25.
- Monuteaux, M. C., Faraone, S. V., Hammerness, P., et al., 2008, "The Familial Association Between Cigarette Smoking and ADHD: A Study of Clinically Referred Girls With and Without ADHD, and Their Families", *Nicotine Tob Res*, 10(10): pp. 1549-58.
- Nordberg, L., Rydelius, P. A., and Zetterström, R., 1993, "Children of Alcoholic Parents: Health, Growth, Mental Development and Psychopathology Until School Age. Results from a Prospective Longitudinal Study of Children from the Generalpopulation", *Acta Paediatr Suppl*, 387: pp. 1-24.
- Nunes, E., Rubin, E., Carpenter, K., et al., *Mood Disorders and Substance Use*, Ed. D.J. Stein, D.J. Kupfer, and A.F. Schatzberg, The American Psychiatric Publishing Textbook of Mood Disorders, Washington, 2006.
- Ohannessian, C. M., Hesselbrock, V. M., Kramer, J., et al., 2004, "The Relationship Between Parental Alcoholism and Adolescent Psychopathology: A Systematic Examination of Parental Comorbid Psychopathology", *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32: pp. 519-533.
- Ostrander, R., and Herman, K. C., 2006, "Potential Cognitive, Parenting, and Developmental Mediators of the Relationship between ADHD and Depression", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74: pp. 89-98.

Owens, J. A., 2005, "The ADHD and Sleep Conundrum: A Review", *J Dev Behav Pediatr*, 26(4): pp. 312-22.

Ögel, K., Tamar, D., ve Çakmak, D., Uyuşturucu Madde Kullanımının Aile Üstüne Etkisi, T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı, Ankara, 1997.

Ögel, K., Tamar, D., Evren, C., vd, 2000, "İstanbul'da Lise Gençleri Arasında Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı", *Klinik Psikiyatri*, 4: ss. 242-245.

Ögel, K., İnsan, Yaşam ve Bağımlılık Tartışmalar ve Gerekçeler, IQ Kültür Sanat Yayıncılık, İstanbul, 2001.

Ögel, K., Çorapçioğlu, A., Sır, A., vd 2004, "Dokuz İlde İlk ve Ortaöğretim Öğrencilerinde Tütün, Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15: ss. 112-118.

Ögel, K., 2005, "Madde Kullanım Epidemiyolojisi", *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*, 1(47): ss. 61-64.

Ögel, K., Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Önleme, Yeniden Yayınları, İstanbul, 2010.

Öner, Ö., ve Aysev, A, 2000, "Okul Öncesi Dönemde Değişik Belirtilerle Başvuran Çocuklarda Üç Yıl Sonraki Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Sıklığı", *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 7(2): ss. 99-105.

Özcan, M. E., Eğri, M., Kutlu, O., vd, 1998, "Okul Çağı Çocuklarında DEHB Yaygınlığı: Ön Çalışma", *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi* 5(2,3): ss. 138-142.

Polanczyk, G., DeLima, M. S., Horta, B. L., et al., 2007, "The Worldwide Prevalence Of ADHD: A Systematic Review And Metaregression Analysis", *Am J Psychiatry* 164(6): pp. 942-948.

Poole, N., and Dell, C. A., 2005, "Girls, Women and Substance Use", Ottawa. Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA), pp. 1-15.

Rolf, J. E., Johnson, J. L., Israel, E., et al., 1988, "Depressive Affect in School-Aged Children of Alcoholics", *Brj Addict*, 83(7): pp. 841-848.

Schacher, R, and Wachsmuth, R., 1990, "Hyperactivity and Parental Psychopathology", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31: pp. 381-392.

Schubiner, H., Tzelepis, A., Milberger, S., et al., 2000, "Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Conduct Disorder Among Substance Abusers" *J Clin Psychiatry*, 61: pp. 244-251.

Selçuk, Z., Dikkat Eksikliği ve Hiperaktif Çocuklar, Pegem Yayıncılık, Ankara 2000.

Sevinçok, L., Küçükardalı, Y., Dereboy, Ç., vd, 2000, “Genç Erkeklerde Madde Kullanımı: Sosyodemografik Özellikler ve Psikiyatrik Tanılar”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 11(1): ss. 40-48.

Simpson, T. L., and Miller, W. R., 2002, “Concomitance between Childhood Sexual and Psycial Abuse and Substance Use Problems: A review”, *Clinical Psychology Review*, 22: pp. 27-77.

Slutske, W., Heath, A., Dinwiddie, S., et al., 1998, “Common Genetic Risk Factors for Conduct Disorder and Alcohol Dependence”, *Journal of Abnormal Psychology*, 107: pp. 363–374.

Sonuga-Barke, E. J. S, Daley, D., Thompson, M., et al., 2001, “Parent Based Therapies for Preschool Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Randomized, Controlled Trial with a Community Sample”, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40: pp. 402–408.

Spetie, L., and Arnold, E. L., Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Ed. M. Lewis, *Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook*, Baltimore, 2007.

Steinhausen, H. C., Novik, T. S., Baldursson, G., et al., 2006, “Coexisting Psychiatric Problems in ADHD in the ADORE Cohort”, *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15(1): pp. 25-29.

Stevens, S. E., Sonuga-Barke, E. J., Kreppner, J. M., et al., 2008, “Inattention/Overactivity Following Early Severe Institutional Deprivation: Presentation and Associations in Early Adolescence”, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(3): pp. 385-398.

Still, G. F., 1902, “Some Abnormal Psychical Conditions in Children”, *Lancet*, 1: pp. 1008-1012.

Stubbe, D. E., 2000, “Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Overview. Historical Perspective, Current Controversies, and Future Directions. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 9(3): pp. 469-79.

Şahin, M., 2007, “Madde Bağımlılığı Konusunda Türkiye’de Yapılmış Olan Lisansüstü Tezler Üzerine Bir Değerlendirme”, *Sağlık Eğitimi Anabilim Dalı*, Ankara.

Şengül, C., and Herken, H., 2009, “Genetikten Epigenetiğe Alkol Bağımlılığı”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10(3): ss. 239-245.

Şengül, C.B., Şengül, C., Telci, Ş., vd, 2004, “Erken Erişkinlikte Tanı Konan İki Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olgusu”, *Klinik Psikiyatri*, 7: ss. 51-56.

Tarhan, N., ve Nurmedov, S., *Bağımlılık*, İstanbul, 2011.

Taylor, E., 1999, “Developmental Neuropsychopathology of Attention Deficit and Impulsiveness”, *Development and Psychopathology*, 11: pp. 607–628.

Taylor, E., and Sonuga-Barke, E., Disorders of attention and activity. Ed. M. Rutter, D. V. M. Bishop, D. S. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor, A. Thapar, Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, Oxford, 2008.

Taylor, L. A., Saylor, C., Twyman, K., and Macias, M., 2010, "Adding Insult to Injury: Bullying Experiences of Youth With Attention Deficit Hyperactivity Disorder", Children's Health Care, 39: pp. 59-72.

Thapar, A., Langley, K., Owen, M. J., et al., 2007, "Advances in Genetic Findings on Attention Deficit Hyperactivity Disorder", Psychol Med, 37(12): pp. 1681-1692.

Thome, J. and Jacobs, K. A., 2004, "Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in a 19th Century Children's Book", European Psychiatry, 19(5): pp. 303-306.

Tınaz, D., 2004, "Ergen ve Yetişkinde ADHD-Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu. Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi Dergisi, 1: ss. 195-206.

Tufan, A.E., Bilici, R., Topal, Z., vd, 2014, "Tip I Alkolizmi veya Major Depresif Bozukluğu Olan Erkeklerin Çocuklarında Bildirilen Yakınmalar: Kontrollü Bir Araştırma" Bağımlılık Dergisi, 15(3): ss. 131-144.

Türcan, A., 1998, "Türkiye'de Madde Kullananların Profili: Hastane Verilerinin İncelenmesi", Düşünen Adam, 11(3): ss. 56-64.

UNODC, 2010, "The Bolivia Country Programme 2010-2015" Available on site [http://www.unodc.org/documents/bolivia//proyectos\\_bolivia/The\\_UNODC\\_Bolivia\\_Country\\_Program\\_2010-2015.pdf](http://www.unodc.org/documents/bolivia//proyectos_bolivia/The_UNODC_Bolivia_Country_Program_2010-2015.pdf)

UNODC, 2015, "World Drug Report 2015" Available on site [https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World\\_Drug\\_Report\\_2015.pdf](https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf)

Van den Bree B. M., and Pickworth, W. B., 2005, "Risk Factors Predicting Changes in Marijuana Involvement in Teenagers", Archives of General Psychiatry, 62(3): pp. 311-319.

Weis, M., and Weis, G., Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Ed. M. Lewis, Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook, Philadelphia, 2002.

Wilens, T. E., Biederman, J., Spencer, T. J., et al., 1994, "Comorbidity of Attention Deficit Hyperactivity and the Psychoactive Substance Use Disorders", Hosp Community Psychiatry, 45(5): pp. 421-35.

Wilens, T. E., Biederman, J., Mick, E., et al., 1997, "Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is Associated With Early Onset Substance Use Disorders", Journal of Nervous and Mental Disease, 185: pp. 475-482.



Wilens, T., 1998, "Alcohol and Other Drug Use and Attention Deficit/Hyperactivity Disorder", *Alcohol Health & Research World*, 22: pp. 127–130.

Wilens, T. E., Biederman, J., Brown, S., et al., 2001, "Psychiatric Comorbidity and Functioning in Clinically Referred Preschool Children and School-Age Youths With ADHD", *J Am Acad Child Adoles Psychiatry*, 41: pp. 262-268.

Wilens, T. E., Hahesy, A., Biederman, J., et al., 2005, "Influence of Parental SUD and ADHD on ADHD in Their Offspring. Preliminary Results from a Pilot Controlled Family Study", *Am J Addict*, 14: pp. 179–187.

Wurmser, L., *The Hidden Dimension: Psychodynamics in Compulsive Drug Use*, Jason Aronson, New York, 1978.

Yazgan, M. Y., 1998, "Hiperaktivite'nin Klinik Özellikleri: Gelişimsel, Eşbozukluk ve Ayırıcı Tanı Açısından", 3(3): ss. 417-426.

Young, S., Stallings, M. C., Corley, R. P., et al., 2000, "Genetic and Environmental Influences on Behavioral Disinhibition", *American Journal of Medical Genetics*, 96: pp. 684–695.

Yousefi, S. H., Soltanifar, A., and Teymori, S., 2009, "The Comparison of Maternity Tention of ADHD Children with Mothers of Normal Children", *J Mental Health Principles*, 11(2): pp. 115-22.

Yüncü, Z., Savaş, H. A., 2007, "Madde Kullanım Bozukluklarında Genetik: Bir Gözden Geçirme", *Bağımlılık Dergisi*, 8(3): ss. 146-152.

## EK 1: Etik Kurul Onayı



www.uskudar.edu.tr

REKTÖRLÜK - FAKÜLTELER - MESLEK YÜKSEKOKULU  
Altunizade Mah. Haluk Türksoy Sk. No:14 PK:34662 Üsküdar / İstanbul / Türkiye  
Tel: +90 216 400 22 22 Fax: +90 216 474 12 56 E-posta: info@uskudar.edu.tr

### T.C. ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2015 /167

18 Ağustos 15

#### Sayın Ece Çalışkan

Kurulumuza yazmış olduğunuz 05.08.2015 tarihli dilekçeniz değerlendirilmiş olup, 13.03.2015 tarihli, 03 No.lu toplantımızda etik kurul onayı aldığımız başvurunuzun başlığının **“Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Çocuklarında Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Semptom Sıklığının Araştırılması”** başlığıyla değiştirilmesi 14.08.2015 tarihli, 10 No.lu toplantımızda uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Yrd. Doç. Dr. Cumhuri TAŞ  
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik  
Kurulu Başkanı

## EK 2: Kişisel Bilgi Formu

### KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Aşağıda sizleri ve çocuğunuzu tanımamıza yardımcı olacak bir takım bilgiler istenmektedir. Lütfen dikkatli okuyarak kendiniz ve çocuğunuz için en uygun seçeneği işaretleyiniz.

#### FORMU DOLDURAN VELİYE AİT BİLGİLER

Adı Soyadı: \_\_\_\_\_

1. Yaşınız: \_\_\_\_\_

2. Cinsiyetiniz:

2.1. Kadın ( )

2.2. Erkek ( )

3. Medeni Durumunuz:

3.1. Bekâr ( )

3.2. Evli ( )

3.3. Boşanmış/Dul ( )

4. Eğitim Durumunuz:

4.1. Okur-yazar ( )	4.2. İlkokul ( )	4.3. Ortaokul ( )
4.4. Ortaokul terk ( )	4.5. Lise ( )	4.6. Lise terk ( )
4.7. Üniversite ( )	4.8. Lisansüstü ( )	

5. Eğitim yılı (*bugüne kadar aldığınız eğitimlerin toplam yılı*): \_\_\_\_\_

6. Mesleğiniz: \_\_\_\_\_

7. Şuan ki iş durumunuz:

7.1. Düzenli Çalışıyorum ( )	7.2. Düzenli Çalışmıyorum ( )	7.3. Çalışmıyorum ( )
------------------------------	-------------------------------	-----------------------

8. Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız:

<b>8.1.</b> Düşük(1000TL altı) ( )	<b>8.2.</b> Orta(1000-5000 TL) ( )	<b>8.3.</b> Yüksek 5000TL üzeri ( )
---------------------------------------	---------------------------------------	--

9. Daha önce hiç psikiyatrik bir tanı aldınız mı?

<b>9.1.</b> Evet ( )	<b>9.2.</b> Hayır ( )
----------------------	-----------------------

*Cevabınız EVET ise belirtiniz:* \_\_\_\_\_

10. Birinci derece akrabalarınızda psikiyatrik hastalık tanısı alan var mı?

<b>10.1.</b> Evet ( )	<b>10.2.</b> Hayır ( )
-----------------------	------------------------

*Cevabınız EVET ise belirtiniz:* \_\_\_\_\_ *Yakınlığı:* \_\_\_\_\_

11. Düzenli olarak alkol kullanımınız var mı?

<b>11.1.</b> Evet ( )	<b>11.2.</b> Hayır ( )
-----------------------	------------------------

*Yanıtınız HAYIR ise 12. ve 13. Soruyu cevaplamayınız.*

12. Alkolü en son ne zaman kullandınız:

<b>12.1.</b> Bu hafta ( )	<b>12.2.</b> Bu ay ( )	<b>12.3.</b> 1 ay önce ( )
<b>12.4.</b> 6 ay önce ( )	<b>12.5.</b> 1 yıl önce ( )	<b>12.6.</b> Diğer ( ) açıklayınız: _____

13. Alkol kullanma sıklığınız nedir?

<b>13.1.</b> Her gün ( )	<b>13.2.</b> Haftada birkaç gün ( )
<b>13.3.</b> Ayda birkaç gün ( )	<b>13.4.</b> Yılda birkaç gün ( )

14. Uyuşturucu madde kullanımınız var mı?

14.1. Evet ( )	14.2. Hayır ( )
----------------	-----------------

*Yanıtınız HAYIR ise aşağıdaki 15. 16. ve 17. soruyu cevaplamayınız.*

15. Kullandığınız Maddeler:

15.1. Esrar ve türevleri ( )	15.2. Eroin ( )	15.3. Kokain ( )
15.4. Ekstazi ( )	15.5. Uçucu maddeler ( )	15.6. Diğer ( ) açıklayınız: _____

16. Maddeyi en son ne zaman kullandınız?

16.1. Bu hafta ( )	16.2. Bu ay ( )	16.3. 1 ay önce ( )
16.4. 6 ay önce ( )	16.5. 1 yıl önce ( )	16.6. Diğer ( ) açıklayınız: _____

17. Maddeyi kullanma sıklığınız nedir?

17.1. Her gün birkaç defa ( )	17.2. Haftada birkaç defa ( )	17.3. Haftada bir defa ( )
17.4. Ayda bir defa ( )	17.5. Düzensiz aralıklarla ( )	17.6. Diğer ( ) açıklayınız: _____

18. Çocuk sayınız:

18.1. Tek çocuk ( )	18.2. 2 çocuk ( )	18.3. 3 ve daha fazla çocuk ( )
---------------------	-------------------	---------------------------------

## ÇOCUĞA AİT BİLGİLER

1. Adı Soyadı: \_\_\_\_\_

2. Doğum Tarih ve Yaşı: \_\_\_\_\_

3. Cinsiyeti:

3.1. Kız ( )	3.2. Erkek ( )
--------------	----------------

4. Okumakta Olduğu Okul:

4.1. İlkokul ( )	4.2. Ortaokul ( )	4.3. Lise ( )
4.4. Diğer ( ) belirtiniz: _____		

5. Okumakta Olduğu Sınıf: \_\_\_\_\_

6. Çocukla birlikte evde yaşayanlar (uygun olanları işaretleyiniz)

6.1. Anne ( )	6.2. Baba ( )
6.3. Kardeşler ( )	6.4. Büyükanne-baba ( )
6.5. Diğer (belirtin) : _____	

7. Daha önce Psikiyatrik bir tanı aldı mı?

7.1. Evet ( )	7.2. Hayır ( )
---------------	----------------

Cevabınız EVET ise belirtiniz: \_\_\_\_\_

### EK 3: Erişkin DEB/DEHB Tanı ve Değerlendirme Envanteri

## DSM-IV'E DAYALI ERİŞKİN DEB/DEHB TANI VE DEĞERLENDİRME ENVANTERİ

(Turgay, Kasım 1995)

Adınız, Soyadınız:

Tarih:

Yaşınız:

Cinsiyetiniz:

Halen kullandığınız ilaçlar:

Daha önce aldığınız tanılar:

Yukarıdaki bölümü tamamladıktan sonra, aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyun ve şu anki durumunuzu en iyi ifade eden rakamı işaretleyin. Dikkatli ve dürüst yanıtlarınızla teşhisinizin güvenilirliği artacak ve sorunlarınızın şiddeti ve doğası hakkında temel verileri elde edeceğiz.

Anlamadığınız sorular olursa, size bu soru formunu veren hekime danışabilirsiniz.

Bu soru formu aynı zamanda tedavinin sonuçları ve gidişi hakkında nesnel karşılaştırma yapma olanağı sunacaktır.

İşbirliğiniz için teşekkür ederiz.

Bu formun kullanım hakları Entegratif Terapi Enstitüsü (ITI)'ne aittir. Yazarın ya da enstitünün yazılı izni olmadan kullanılamaz.

**Kullanım izni için:** Dr. Atilla Turgay, Clinical Director, Scarborough General Hospital ADHD Clinic, Department of Mental Health Services, 3040 Lawrence East, Scarborough, Ontario, Kanada M1P 2V5.

## 1. BÖLÜM

### Dikkat Eksikliği Bölümü

Sorun	Sorunun şiddeti ve sıklığı			
	Hemen hiç	Biraz ya da bazen	Sıklıkla	Çok sık
1. Ayrıntılara dikkat etmekte zorluk ya da okul, iş ve diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapma	0	1	2	3
2. Dikkat gerektiren görevler ya da işlerde dikkati sürdürme güçlüğü	0	1	2	3
3. Birisiyle yüzyüze konuşurken dinlemede güçlük çekme	0	1	2	3
4. Okul ödevlerini ya da işyerinde verilen görevleri bitirmekte zorlanma, verilen yönergeleri izlemekte zorluk çekme (yönergeleri anlama güçlüğüne ya da inatlaşmaya bağlı değildir)	0	1	2	3
5. Görevleri ve etkinlikleri düzenleme/organize etme güçlüğü	0	1	2	3
6. Uzun zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınma, bu işlerden hoşlanmama ya da bu işlere karşı isteksizlik	0	1	2	3
7. Görev ve etkinlikler için gereken eşyaları kaybetme (örneğin: oyuncak, okul ödevleri, kalem, kitap ya da araç gereç)	0	1	2	3
8. Dikkatin kolayca dağılması	0	1	2	3
9. Günlük etkinliklerde unutkanlık	0	1	2	3

Klinisyenin yanıtlayacağı bölüm

1. bölümde karşılanan kriter sayısı:

1. bölümden elde edilen DEHB puanı:



## 2. BÖLÜM

### a) Aşırı hareketlilik

Sorun	Sorunun şiddeti ve sıklığı			
	Hemen hiç	Biraz ya da bazen	Sıklıkla	Çok sık
1. El ve ayakların kıpır kıpır olması, oturduğu yerde duramama	0	1	2	3
2. Oturulması gereken durumlarda yerinden kalkma	0	1	2	3
3. Koşuşturup durma ya da huzursuzluk hissi	0	1	2	3
4. Boş zaman faaliyetlerini sessizce yapmakta güçlük	0	1	2	3
5. Sürekli hareket halinde olma ya da sanki motor takılıymış gibi hareket etme	0	1	2	3
6. Çok konuşma	0	1	2	3

### b) Dürtüsellik

7. Sorulan soru tamamlanmadan yanıt verme	0	1	2	3
8. Sıra beklemekte zorluk çekme	0	1	2	3
9. Başkalarının işine karışma ya da konuşmalarını bölme	0	1	2	3

Klinisyenin yanıtlayacağı bölüm

2. bölümde karşılanan kriter sayısı:

2. bölümden elde edilen DEHB puanı (aşırı hareketlilik/dürtüsellik):

1. ve 2. bölümlerde karşılanan kriter sayısı:

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

### 3. BÖLÜM

#### DEB/DEHB ile ilişkili özellikler

Sorun	Sorunun şiddeti ve sıklığı			
	Hemen hiç	Biraz ya da bazen	Sıklıkla	Çok sık
1. Hedeflerine ulaşamama ve başarısızlık hissi	0	1	2	3
2. Başlanan bir işi bitirememe ya da işe başlama güçlüğü	0	1	2	3
3. Aynı anda pek çok işle/projeyle uğraşma; bu işleri takipte ve tamamlamakta güçlük	0	1	2	3
4. Zamanı ve yeri uygun olmasa da, aklına geleni o anda söyleme eğilimi	0	1	2	3
5. Sık sık büyük heyecanlar peşinde koşma	0	1	2	3
6. Sıklıma tahammül edememe	0	1	2	3
7. Herkes tarafından izlenen yolları ve kuralları uygulamamak	0	1	2	3
8. Sabırsızlık; engellenme eşiğinin düşük olması	0	1	2	3
9. Dürtüsellik (düşünmeden hareket etme)	0	1	2	3
10. Kendini güvensiz hissetme	0	1	2	3
11. Duygudurumda sık görülen oynamalar	0	1	2	3
12. Aniden parlama, tepki gösterme	0	1	2	3
13. Düşük benlik değeri	0	1	2	3
14. Parmaklarla tempo tutma, ayak sallama ya da ayak vurma	0	1	2	3
15. Sık sık iş değiştirme	0	1	2	3
16. Strese karşı aşırı duyarlılık, dayanamama	0	1	2	3
17. Zamanı ayarlamakta güçlük	0	1	2	3
18. Unutkanlık	0	1	2	3
19. Sözel saldırganlık	0	1	2	3
20. Fiziksel saldırganlık	0	1	2	3
21. Alkol kullanımı	0	1	2	3
22. Madde kullanımı	0	1	2	3
23. Yasal güçlük ve sorunlar	0	1	2	3
24. Çökkünlük (depresyon)	0	1	2	3
25. Kendine zarar verecek davranışlarda bulunma	0	1	2	3
26. Sebepsiz yere sinirli ve gergin olma (kaygı)	0	1	2	3
27. İşinden zevk alamama	0	1	2	3
28. Hayal kırıklığı ve cesaretsizlik hissi	0	1	2	3
29. Uzun süredir devam eden mutsuzluk hissi	0	1	2	3
30. Kapasitesiyle uyumlu bir düzeye ulaşamama	0	1	2	3

**Klinisyenin yanıtlayacağı bölüm:**

3. bölümde karşılanan kriter sayısı:

3. bölümden elde edilen DEHB puanı (aşırı hareketlilik/dürtüsellik):

1. ve 2. bölümlerde karşılanan kriter sayısı+ 3. bölümdeki pozitif semptom sayısı:

1., 2.ve 3. bölümlerden elde edilen toplam DEHB puanı:

**NOT:** Erişkin DEB/DEHB ölçeğinin kullanım izni için ölçeği geliştiren Prof. Dr. Atilla Turgay'a (turgay@sympatico.ca), değerlendirme işlemleri için de ölçeğin geçerlilik, güvenirlik ve norm çalışmasını yapan Psk. Şennur Günay'a (sennurgunay@hotmail.com) başvurulması gereklidir.

## EK 4: Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği

### 4-18 YAŞ ÇOCUK VE GENÇLER İÇİN DAVRANIŞ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

ÇOCUĞUN ADI SOYADI: .....	EV ADRESİ VE TEL NO: .....	ANNE BABA BİLGİLERİ			
CİNSİYETİ: <input type="checkbox"/> ERKEK <input type="checkbox"/> KIZ	YAŞI: .....	BABANIN İŞİ: .....	TEL. NO: .....	EĞİTİMİ: .....	YAŞI: .....
BUGÜNÜN TARİHİ: AY .... GÜN .... YIL ....	ÇOCUĞUN DOĞUM TARİHİ: AY ..... GÜN ..... YIL .....	ANNENİN İŞİ: .....	TEL. NO: .....	EĞİTİMİ: .....	YAŞI: .....
OKULUN ADI: .....	Çocuğunuzun davranışlarıyla ilgili bu formu lütfen görüşlerinizi yansıtacak biçimde yanıtlayınız. Her bir madde ile ilgili bilgi verilebilir ve 2. sayfadaki boşluklara yazabilirsiniz. Teşekkürlerimizle.	BİLGİ VEREN <input type="checkbox"/> ANNE <input type="checkbox"/> BABA			
SINIFI: .....		<input type="checkbox"/> DİĞER ..... Çocukla olan ilişkisi: .....			
OKULA DEVAM ETMİYOR <input type="checkbox"/>					

I. ÇOCUĞUNUZUN YAPMAKTAN EN ÇOK HOŞLANDIĞI SPORLARI SIRALAYINIZ.  
Örneğin; Yüzme futbol, basketbol, voleybol, atletizm, tekvando, jimnastik, bisiklete binme, güreş, balık tutma gibi.

Hiçbiri

	Yaştlarına oranla çocuğunuz her birine ne kadar zaman ayırır?				Yaştlarına oranla çocuğunuz her birinde ne kadar başarılıdır?			
	Bilmiyorum	Normalden az	Normal	Normalden fazla	Bilmiyorum	Normalden az	Normal	Normalden fazla
a. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. ÇOCUĞUNUZUN SPOR DIŞINDAKİ İLGİ ALANLARI, UĞRAŞ, OYUN VE AKTİVİTELERİNİ SIRALAYINIZ.  
Örneğin; pul, bebek, araba, akvaryum, el işi, kitap, satranç, müzik aleti çalmak, şarkı söylemek, resim yapmak gibi (Radyo dinlemeyi veya televizyon izlemeyi katmayınız).

Hiçbiri

	Yaştlarına oranla çocuğunuz her birine ne kadar zaman ayırır?				Yaştlarına oranla çocuğunuz her birinde ne kadar başarılıdır?			
	Bilmiyorum	Normalden az	Normal	Normalden fazla	Bilmiyorum	Normalden az	Normal	Normalden fazla
a. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. ÇOCUĞUNUZUN ÜYE OLDUĞU KURULUŞ, KULÜP, TAKIM YA DA GRUPLARI SIRALAYINIZ.  
(Spor, müzik, izcilik, folklor gibi.)

Hiçbiri

	Yaştlarına oranla çocuğunuz her birinde ne kadar aktiftir?			
	Bilmiyorum	Az Aktif	Normal	Çok Aktif
a. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. ÇOCUĞUNUZ EVDE YA DA EV DIŞINDA YAPTIĞI İŞLERİ SIRALAYINIZ.  
Örneğin: Gazete alma, bakkala gitme, pazara gitme, elektrik-su faturası yatırma, Çocuk bakımı, yatak düzeltme, sofrayı kurma-kaldırma, bir dükkanda çalışma gibi Ödeme yapılan ve yapılmayan her türlü işleri katınız.

Hiçbiri

	Yaştlarına oranla her birini ne kadar başarı ile yapar?			
	Bilmiyorum	Normalden az	Normal	Normalden fazla
a. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V. 1. Çocuğunuzun yaklaşık olarak kaç tane yakın arkadaşı vardır?  
(Kardeşlerini katmayınız.)

Hiç yok       1       2 ya da 3       4 ya da fazla

2. Çocuğunuz okul dışı zamanlarda haftada kaç kez arkadaşlarıyla birlikte olur?  
(Kardeşlerini katmayınız.)

1 den az       1 ya da 2       3 ya da daha fazla

VI. Yaşıtlarına oranla çocuğunuzun:

	Kötü	Normal sayılır	Oldukça iyidir	Kardeşi yoktur
a. Kardeşleriyle arası nasıldır?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Diğer çocuklarla arası nasıldır?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ana babasına karşı davranışları nasıldır?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. kendi başına oyun oynaması ve iş yapması nasıldır?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VII. 1. Çocuğunuzun okul başarısı nasıldır? (6 yaş ve yukarı için)

Çocuğunuz eğer okula gitmiyorsa lütfen nedenini belirtiniz. ....

	Başarısız	Orta	Başarılı	Çok Başarılı
a. Okuma yazma, Türkçe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Hayat bilgisi, Sosyal bilgiler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Aritmetik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Fen bilgisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diğer derslerde nasıldır? Örneğin; Yabancı dil, bilgisayar.  
(Beden Eğitimi, Resim ve Müzik derslerini katmayınız.)

e. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Çocuğunuz alt özel sınıf ya da bir özel eğitim okulunda okuyor mu?

Hayır       Evet-      Ne tür bir sınıf ya da okul? .....

3. Çocuğunuz hiç sınıfta kaldı mı?

Hayır       Evet-      Kaçınıcı sınıfta ve nedeni? .....

4. Çocuğunuzun okulda ders ya da ders dışı sorunları oldu mu?

Hayır       Evet-      Açıklayınız. ....

Bu sorunlar ne zaman başladı? .....

Sorunlar bitti mi? .....

Hayır       Evet-      Ne zaman? .....

5. Çocuğunuzun herhangi bir hastalığı, fiziksel rahatsızlığı ya da zihinsel özürü var mıdır?

Hayır       Evet-      Açıklayınız? .....

6. Çocuğunuzun sizi en çok üzen, kaygılandırıcı özellikleri nelerdir?

7. Çocuğunuzun en beğendiğiniz özelliklerini belirtiniz:

Aşağıda çocukların özelliklerini tanımlayan bir dizi madde bulunmaktadır. Her bir madde çocuğunuzun şu andaki ya da son 6 ay içindeki durumunu belirtmektedir. Okuduğunuz cümle çocuğunuz için çok ya da sıklıkla doğru ise 2, bazen ya da biraz doğru ise 1, hiç doğru değilse 0 rakamlarını yuvarlak içine alınız. Lütfen tüm maddeleri işaretlemeye çalışınız.

0: Doğru Değil (bildiğiniz kadarıyla)			1: Bazen ya da Biraz Doğru	2: Çok ya da Sıklıkla Doğru			
0	1	2	1. Yaşından daha küçük bir çocuk gibi davranır	0	1	2	33. Kimsenin onu sevmediğine inanır ve bundan yakınır
0	1	2	2. Allerjisi vardır (yeme, koklama ile, tozlu bir yerde bulunmakla kaşıntı, döküntü, göz yaşarması olması): .....	0	1	2	34. Başkalarının ona zarar vereceğini, kötülük yapacağını düşünür
0	1	2	3. Çok tartışır	0	1	2	35. Kendini değersiz hisseder
0	1	2	4. Astımı (nefes darlığı) vardır	0	1	2	36. Çok sık bir yerlerini incitir, başı kazadan kurtulmaz
0	1	2	5. Karşı cinsten biri gibi davranır	0	1	2	37. Çok kavga, dövüş eder
0	1	2	6. Kakasını tuvaletten başka yerlere yapar	0	1	2	38. Onunla çok alay edilir (arkadaşları onunla çok alay eder)
0	1	2	7. Övünür, yüksekte atar, hava yapar	0	1	2	39. Başı belada olan kişilerle dolaşır
0	1	2	8. Dikkatini uzun süre bir konu üzerinde toplayamaz	0	1	2	40. Olmayan sesler işitir (açıklayınız): .....
0	1	2	9. Bazı düşünceleri kafasına takar ve bunları aklından çıkaramaz. (açıklayınız) .....	0	1	2	41. Düşünmeden ya da aniden hareket eder (aklına eseni yapar)
0	1	2	10. Yerinde rahat duramaz, çok hareketlidir	0	1	2	42. Başkalarıyla beraber olmaktansa yalnız kalmayı tercih eder
0	1	2	11. Yetişkinlerin dizinin dibinden ayrılmaz, onlara çok bağımlıdır	0	1	2	43. Yalan söyler ve hile yapar
0	1	2	12. yalnızlıktan yakınır	0	1	2	44. Tırnaklarını yer
0	1	2	13. Kafası karışıktır, şakın gözüdür	0	1	2	45. Sinirli ve gergindir
0	1	2	14. Çok ağlar	0	1	2	46. Kas seğirmeleri, tikleri vardır: .....
0	1	2	15. Hayvanlara eziyet eder	0	1	2	47. Gece kabusları, korkulu rüyaları vardır
0	1	2	16. Başkalarına eziyet eder, zalimce ve kötü davranır	0	1	2	48. Diğer çocuklar tarafından sevilmez
0	1	2	17. Hayale dalıp gider, kendini unuttur	0	1	2	49. Kabızlık çeker
0	1	2	18. Bile bile kendine zarara verir ya da intihar girişiminde bulunur	0	1	2	50. Çok korkak ve kaygılıdır
0	1	2	19. Hep dikkat çekmek ister	0	1	2	51. Baş dönmesi vardır
0	1	2	20. Eşyalarına zarar verir	0	1	2	52. Kendini çok suçlu hisseder
0	1	2	21. Ailesine ya da başkalarına ait eşyalara zarar verir	0	1	2	53. Aşırı yemek yer
0	1	2	22. Evde söz dinlemez	0	1	2	54. Aşırı yorgundur
0	1	2	23. Okulda söz dinlemez	0	1	2	55. Çok kiloludur
0	1	2	24. İştahsızdır, az yemek yer	0	1	2	56. Tıbbi nedeni bilinmeyen bedensel şikayetleri vardır:
0	1	2	25. Diğer çocuklarla geçinemez	0	1	2	a. Ağrılar, sızılar
0	1	2	26. Yanlış davranışlarından dolayı suçlanmış gibi görünmez	0	1	2	b. Baş ağrıları
0	1	2	27. Genellikle kıskançtır	0	1	2	c. Bulantı, kusma hissi
0	1	2	28. Yenilip içilmeyecek şeyleri yer, ya da içer (kum, kil, kalem, silgi gibi) (açıklayınız): .....	0	1	2	d. Gözle ilgili şikayetler (açıklayınız): .....
0	1	2	29. Bazı hayvanlardan ve okul dışı ortamlardan ya da yerlerden korkar (açıklayınız): .....	0	1	2	e. Döküntüler ya da başka cilt sorunları
0	1	2	30. Okula gitmekten korkar	0	1	2	f. Mide-karın ağrısı ve kramplar
0	1	2	31. Kötü bir şey düşünmek ya da yapmaktan korkar	0	1	2	g. Kusma
0	1	2	32. Mükemmel olmasının gerektiğine inanır.	0	1	2	h. Diğer (açıklayınız): .....

0: Doğru Değil (bildiğiniz kadarıyla)

1: Bazen ya da Biraz Doğru

2: Çok ya da Sıklıkla Doğru

0	1	2	57. İnsanlara fiziksel saldırıda bulunur	0	1	2	85. Acayip, tuhaf düşünceleri vardır (açıklayınız):
0	1	2	58. Burnuyla, cildiyle, vücudunun başka kısımlarıyla oynar ve yolar (açıklayınız): .....	0	1	2	86. İnatçı, somurtkan ve rahatsız edicidir
0	1	2	59. Herkesin ortasında cinsel organıyla oynar	0	1	2	87. Duygu durumunda ani değişiklikler olur
0	1	2	60. Cinsel organlarıyla çok fazla oynar	0	1	2	88. Çok sık küser
0	1	2	61. Okul başarısı düşüktür	0	1	2	89. Şüphesidir
0	1	2	62. Dengesiz ve sakardır	0	1	2	90. Küfürlü ve açık seçik konuşur
0	1	2	63. Kendinden büyük çocuklarla olmayı tercih eder	0	1	2	91. Kendini öldürmekten söz eder
0	1	2	64. Kendisinden küçük çocuklarla olmayı tercih eder	0	1	2	92. Uykuda yürür ve konuşur (açıklayınız): .....
0	1	2	65. Konuşmayı reddeder	0	1	2	93. Çok fazla konuşur
0	1	2	66. Bazı hareketleri tekrar tekrar yapar (açıklayınız): .....	0	1	2	94. Başkalarıyla çok dalga geçer, alay eder
0	1	2	67. Evden kaçır	0	1	2	95. Öfke nöbetleri vardır, çok çabuk öfkelenir
0	1	2	68. Çok bağırır, çağırır	0	1	2	96. Cinsel konuları fazlaca düşünür
0	1	2	69. Sır vermez, düşüncelerini kendine saklar	0	1	2	97. İnsanları tehdit eder
0	1	2	70. Olamayan şeyleri görür (açıklayınız): .....	0	1	2	98. Parmak emer
0	1	2	71. Sıkılgan ve utangaçtır	0	1	2	99. Temizliğe ve titizliğe aşırı düşkündür
0	1	2	72. Yangın çıkartır	0	1	2	100. Uyku sorunu vardır: .....
0	1	2	73. Cinsel sorunları vardır (açıklayınız): .....	0	1	2	101. Okuldan kaçır, dersi asar
0	1	2	74. Gösterişten hoşlanır, maskaralık yapar	0	1	2	102. Hareketsiz ve yavaştır, enerjik değildir
0	1	2	75. Çekingen ve ürkektir	0	1	2	103. Mutsuz, üzgün, çökkün ve bezgindir
0	1	2	76. Çocukların çoğundan daha az uyur	0	1	2	104. Çok gürültücüdür
0	1	2	77. Çocukların çoğundan gece ve gündüz daha çok uyur (açıklayınız): .....	0	1	2	105. Tıbbi amaç dışında alkol ya da ilaç kullanır (açıklayınız): .....
0	1	2	78. Kakasıyla oynar ya da etrafa bulaştırır	0	1	2	106. Etrafındaki eşyalara amaçsız olarak zarar vermektten zevk alır
0	1	2	79. Konuşma güçlüğü vardır (açıklayınız): .....	0	1	2	107. Gündüz altını ıslatır
0	1	2	80. Boş gözlerle uzun uzun bakar	0	1	2	108. Yatağını ıslatır
0	1	2	81. Evden çalmaları vardır	0	1	2	109. Sızlanır, mızırdanır
0	1	2	82. Evin dışında çalmaları vardır	0	1	2	110. Karşı cinsten olmayı ister
0	1	2	83. İhtiyacı olmayan nesnelere toplar, biriktirir (tanımlayınız): .....	0	1	2	111. İçe kapanıktır, başkalarıyla birlikte olmayı istemez
0	1	2	84. Acayip, tuhaf davranışları vardır (açıklayınız): .....	0	1	2	112. Evhamlıdır, her şeyi dert edinir.
				0	1	2	113. Çocuğunuzun yukarıdaki listede belirtilmeyen başka sorunu varsa lütfen yazınız: .....

TÜM MADDELERİ LÜTFEN CEVAPLAYINIZ.

\* Son 6 aylık sürenin dışında yukarıda sözü edilen özellikler çocuğun yaşamının herhangi bir döneminde görüldü mü?

\* Son 1 yıl içinde Çocuk Ruh Sağlığı Polikliniklerine başvurduğunuz mu?

SİZİ KAYGILANDIRAN MADDELERİN ALTINI ÇİZİNİZ.

Hayır  Evet .....

Hayır  Evet ... ..



## ÖZGEÇMİŞ

### **Kişisel Bilgiler:**

Adı Soyadı: Ece Çalışkan

Doğum Tarihi ve Yeri: 04.07.1991 Gölcük/KOCAELİ

### **Eğitim Bilgileri:**

T.C. Maltepe Üniversitesi, Psikoloji Bölümü (2009 – 2013)

### **Yabancı Dil (ler) ve düzeyi:**

İngilizce - Orta