

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

**“MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU TANILI
ERGENLERDE TEDAVİ HİZMETLERİNİN
ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ”**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Berrin BİLGİÇ

İZMİR 2018

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

**“MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU TANILI
ERGENLERDE TEDAVİ HİZMETLERİNİN
ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ”**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Berrin BİLGİÇ

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ

Doç. Dr. Taner GÜVENİR

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
TABLO LİSTESİ	iii
KISALTMALAR	v
TEŞEKKÜR	viii
ÖZET	1
1. GİRİŞ VE AMAÇ	5
2. GENEL BİLGİLER	9
2.1. Tanım ve Tanı Ölçütleri	9
2.2. Epidemiyoloji	14
2.3. Risk Faktörleri	15
2.4. Bağımlılığın Nörobiyolojisi.....	18
2.5. Maddelerin Etki Mekanizmaları, İntoksikasyon ve Çekilme Belirtileri.....	20
2.6. Eştanılar	26
2.7. Madde Kullanım Bozukluklarının Tedavisi	31
3. GEREÇ VE YÖNTEM	39
3.1. Araştırmanın Tipi	39
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	39
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	39
3.3.1. Olgu grubunun çalışmaya dahil edilme ölçütleri	40
3.3.2. Olgu grubunun çalışmadan dışlanma ölçütleri.....	40
3.4. Veri toplama araçları	41
3.4.1. Değerlendirmede kullanılan formlar ve ölçekler	41
3.5. Etik Kurul Onayı	44
4. BULGULAR	45
4.1. İstatistiksel Yöntem	45
4.2. Sosyodemografik Bulgular	45

5. TARTIŞMA	77
5.1. Sosyodemografik Veriler.....	77
5.2. Çocuklar İçin Genel Değerlendirme Ölçeği (CGAS).....	89
5.3. Aile Değerlendirme Ölçeği.....	90
5.4. Güçler Güçlükler Anketi	91
5.5. HoNOSCA.....	94
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	97
7. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI	98
8. KAYNAKLAR	99
9. EKLER	122

TABLO LİSTESİ

- Tablo 1** : Olgu ve Kontrol Gruplarının Cinsiyet Dağılımı
- Tablo 2** : Olgu ve Kontrol Gruplarının Eğitim Durumu Dağılımı
- Tablo 3** : Olgu ve Kontrol Gruplarının Eğitim Bırakma Durumu Dağılımı
- Tablo 4** : Olgu ve Kontrol Gruplarının Aile Yapısı Durumu Dağılımı
- Tablo 5** : Olgu ve Kontrol Gruplarının Aile Gelir Durumu Dağılımı
- Tablo 6** : Olgu ve Kontrol Gruplarının Ailede Psikiyatrik Hastalık Durumu Dağılımı
- Tablo 7** : Olgu ve Kontrol Gruplarının Ailede Psikiyatrik Hastalık Durumu Dağılımı
- Tablo 8** : Olgu ve Kontrol Gruplarının Ailede Alkol Durumu Dağılımı
- Tablo 9** : Olgu ve Kontrol Gruplarının Ailede Madde Kullanım Öyküsü Açısından Dağılımı
- Tablo 10** : Olgu ve Kontrol Gruplarının Ailede Suç Durumu Dağılımı
- Tablo 11** : Olgu ve Kontrol Gruplarının İstismar Durumu Dağılımı
- Tablo 12** : Olgu ve Kontrol Gruplarının İntihar Durumu Dağılımı
- Tablo 13** : Olgu ve Kontrol Gruplarının Kendine Zarar Verme Durumu Dağılımı
- Tablo 14** : Olgu ve Kontrol Gruplarının Kendisinin Suç Durumu Dağılımı
- Tablo 15** : Olgu ve Kontrol Gruplarının Geçmiş Hastane Yatış Durumu Dağılımı
- Tablo 16** : Olgu ve Kontrol Gruplarının Sigara Kullanma Durumu Dağılımı
- Tablo 17** : Olgu ve Kontrol Gruplarının Alkol Kullanım Durumu Dağılımı
- Tablo 18** : Olgu Grubunun Kullandığı İlk Madde Türü Dağılımı
- Tablo 19** : Olgu Grubunun Komorbid Psikiyatrik Hastalık Dağılımı
- Tablo 20** : Olgu ve Kontrol Gruplarının Geçmiş Psikiyatrik Bozukluk Durumu Dağılımı
- Tablo 21** : Olgu ve Kontrol Gruplarının Geçmiş Psikiyatrik Hastalık Durumu Dağılımı
- Tablo 22** : Gruplar Arasında CGAS₁ Ortalamalarının Değerlendirmesi
- Tablo 23** : Gruplar Arası CGAS₁ Değerlendirmesi (Tukey HSD sonuçları)

- Tablo 24** : Gruplar Arasında CGAS₂ Ortalamalarının Değerlendirmesi
- Tablo 25** : Grupların CGAS Değerlerinin Zaman İçindeki Değişiminin Değerlendirmesi
- Tablo 26** : Poliklinik ve Yatarak Tedavi Gören Gruplar Arası CGAS T1-T2 Farklarının karşılaştırılması
- Tablo 27** : Gruplar Arasında ADÖ Alt Ölçek Ortalamalarının Değerlendirmesi
- Tablo 28** : Güçler Güçlükler Anketinin Çocuk Formunun Değerlendirmesi
- Tablo 29** : T1 ve T2 GGA Çocuk Formunun Farklarının Değerlendirmesi
- Tablo 30** : GGA Aile Ölçeğinin Değerlendirmesi
- Tablo 31** : T₁ ve T₂ Değerlendirmeleri Arasında GGA Aile Formunun Farklarının Değerlendirilmesi
- Tablo 32** : HoNOSCA Ergen Ölçeğinin T₁ Değerlendirmesi
- Tablo 33** : T1 ve T2 Değerlendirmeleri arasında HoNOSCA Ergen Ölçeği Farklarının Değerlendirmesi
- Tablo 34** : HoNOSCA Aile Ölçeğinin Değerlendirmesi
- Tablo 35** : T₁ ve T₂ Değerlendirmeleri Arasında HoNOSCA Aile Ölçeği Farklarının Değerlendirmesi
- Tablo 36** : Yataklı Tedavi Grubunun HoNOSCA-Klinisyen Formunun T₁-T₂ Değerlerinin Karşılaştırılması
- Tablo 37** : HoNOSCA Ölçeklerinin Toplam Skor Korelasyonlarının Değerlendirmesi
- Tablo 38** : HoNOSCA Ölçeklerinin Toplam Skor Korelasyonlarının Değerlendirmesi

KISALTMALAR

AACAP	: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
AMKB	: Alkol Madde Kullanım Bozukluğu
ASAM	: The American Society of Addiction Medicine
ADÖ	: Aile Değerlendirme Ölçeği
AAB	: Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu
APA	: American Psychological Association
BB	: Bipolar Bozukluk
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
CB ₁ ve CB ₂	: Kannabinoid reseptör 1-2
CGAS	: Children's Global Assessment Scale
ÇDGŞG-ŞY	: Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu
ÇEMATEM	: Çocuk ve Ergen Madde Bağımlılığı Araştırma Teadvi ve Eğitim Merkezi
DAT	: Dopamin Transporter Protein
DBT	: Diyalektik Behavioral Therapy
DEHB	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DMT	: Dimetiltriptamine
DRD2	: Dopamin Receptör D2
DSM-IV-TR	: Ruhsal Bozukluklara İlişkin Tanı ve İstatistik El Kitabı-Dördüncü Baskı-Gözden Geçirilmiş (Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders Forth Edition-Text Revised)
DSM-5	: Ruhsal Bozukluklara İlişkin Tanı ve İstatistik El Kitabı-Beşinci Baskı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition)
DXM	: Dekstrometorfan
ECA	: Epidemiologic Catchment Area Study
EGEBAM	: Ege Üniversitesi Çocuk ve Ergen Alkol Madde Bağımlılığı Araştırma Uygulama Merkezi
EMCDDA	: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
ESPAD	: The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs

GABA	: Gamma-aminobütirik Asit (Gamma-Aminobutyric Acid)
GAF	: Global İşlevsellik Değerlendirmesi
GBH	: Gamahidroksibutirat
GGA	: Güçler Güçlükler Anketi
GİS	: Gastrointestinal Sistem
HoNOSCA	: The Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents
ICD-10	: Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması 10. Versiyonu (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision)
KOKGB	: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu
KZVD	: Kendine Zarar Verme Davranışı
LAMS	: Longitudinal Assessment of Manic Symptoms
LSD	: Liserjik Asid Dietilamid
MDMA	: 3,4-Metilendioksimetamfetamin
MSS	: Merkezi Sinir Sistemi
NO	: Nitrik Oksit
NSDUH	: National Survey on Drug Use and Health-Ulusal Uyuşturucu Kullanımı ve Sağlık Anketi
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
PCP	: Fensiklidin
QNIC	: Quality Network for Inpatient Child and Adolescent Mental Health Services
SAMBA	: Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı
SAMHSA	: The Substance Abuse and Mental Health Services Administration
SERT	: Serotonin Transporter Protein
SBIRT	: Screening Brief Intervention Referral to Treatment
SSRI	: Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (<i>Selective Serotonin Re-uptake Inhibitor</i>)
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
TTC12	: Tetratricopeptide repeat domain 12
TUBİM	: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi

THC	: Δ^9 -tetrahidrokannabinol
UNODC	: United Nations Office on Drugs and Crime-Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi
VTA	: Ventral Tegmental Alan
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu
WHO	: World Health Organization



TEŞEKKÜR

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık eğitimim boyunca bilgilerimi ve deneyimlerimi içtenlikle paylaşan, gelişimimi her zaman destekleyen ve üzerimde çok büyük emekleri olan değerli hocalarım **Prof. Dr. Süha MİRAL, Prof. Dr. Özlem GENCER, Prof. Dr. Aynur AKAY, Prof. Dr. Şahbal ARAS, Prof. Dr. Neslihan EMİROĞLU, Doç. Dr. Burak BAYKARA, Doç. Dr. Aylin ÖZBEK, Doç. Dr. Fatma VAROL TAŞ, Uzm. Dr. Burcu Serim DEMİRGÖREN ve Uzm. Dr. Sevay ALŞEN'e**, ayrıca bölümümüzün kurucu öğretim üyesi değerli hocam **Prof. Dr. Aşen BAYKARA'ya**,

Tez sürecimin başından beri her aşamada bana göstermiş olduğu yoğun destek, emek ve yardımları için minnettar olduğum değerli tez hocam **Doç. Dr. Taner GÜVENİR'e**

Çok değerli emekleri olan, hiçbir konuda yardımını ve fedakârlığını esirgemeyen, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, tez çalışmamın oluşumunda ve ilerlermesinde büyük katkıları olan **Uzm. Dr. Enis SARGIN'a**

Uzmanlık eğitimim süresince zor anlarda desteklerini hep yanımda hissettiğim, her zaman yardımlarıyla beni yalnız bırakmayan çok kıymetli meslektaşlarım **Dr. Begüm ŞAHBUDAK ve Dr. Elif UYSAL'a**

Asistanlığım boyunca beraber çalışmaktan keyif aldığım sevgili meslektaşlarım **Aybüke, Mert, Serkan, Bari, Cansu, Seçil, Emin, Çağatay, Oğulcan, Güzde, Ayça, Pelin, Didem, Merve, Gökhan, Beste, Fatmanur, Oğuzhan, Bahar, Ezgi, Berkin, Gonca, Yusuf, Mustafa Can, Murat, Burçin, Deniz, Barış, Önder, Ferhatve** diğer asistan arkadaşlarıma,

Tezimin son aşamasında verdiği büyük destek için **Pelin ÜNAL VARIŞ ve Uzm. Dr. Handan ÖZEK'e**

Psikiyatri rotasyonum sırasında değerli bilgilerinden faydalanma şansına sahip olduğum kıymetli psikiyatri hocalarım **Prof. Dr. Can CİMİLLİ, Prof. Dr. Tunç ALKIN, Prof. Dr. Köksal ALPTEKİN, Prof. Dr. Ayşegül ÖZERDEM, Prof. Dr. Beyazıt YEMEZ, Prof. Dr. Ayşegül YILDIZ, Prof. Dr. Berna Binnur AKDEDE, Prof. Dr. Elif ONUR AYSEVENER, Doç. Dr. Halis ULAŞ, Uzm. Dr. Tolga BİNBAY'a** ve birlikte keyifle çalıştığım Bilge ve Seçil başta olmak üzere tüm psikiyatri asistanlarına,

ÇEMATEM rotasyonum boyunca bana destek olan, tezimin ilerlermesinde büyük katkıları olan Psikolog **Ayşegül Özen, Şükran Hanım** başta olmak üzere tüm ÇEMATEM ailesine,

Çocuk nörolojisi rotasyonum boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım tüm hocalarıma,

Uzmanlık eğitimim boyunca birlikte çalıştığım değerli arkadaşım **Psikolog Özge KARAKUŞ ve Özel Eğitim Uzmanı Aysu ÖZCAN, Uzm. Psikolog Esmahan ORÇIN, Psikolog Ümit ŞAHİN, Sorumlu Hemşire Emel ÇEVRİM,** diğer hemşire arkadaşlarım **Gülcan, Zeynep, Aysel,** anabilim dalı sekreterlerimiz **Naciye ÖZEGEMEN ve Duygu ÖZBEK'e,** poliklinik sekreterlerimiz **Meltem ÇAM, Selcan ULUÇAY ve Yasin KÜÇÜKÇAPRAZ'a,** servis sekreterimiz **Gülçin ALGÜLLER'e,** arşiv sorumlumuz **Ozan ŞAKAR'a** ve diğer tüm çalışanlara,

Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm çocuklara ve ailelerine,

Bugünlere gelmemde en büyük paya sahip olan, tez sürecimde de desteklerini esirgemeyen aileme

Tüm samimiyetiyle sabrını ve desteğini hiç esirgemeyen sevgili eşim **Ethem BİLGİÇ**'e

Tek tek teşekkür ediyorum...

İzmir, 2018



“MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU TANILI ERGENLERDE TEDAVİ HİZMETLERİNİN ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ”

Dr. Berrin BİLGİÇ

Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

drberrinbilgic@gmail.com

ÖZET

Amaç: Gençler arasındaki madde kullanım davranışı ve yaygınlığı birçok ülke için önemli bir endişe kaynağı olup, son yıllarda ülkemizde ve dünyada madde kullanımında artış olduğu bildirilmektedir. Ergenlerin madde kullanmaya başlama açısından önemli bir risk grubunu oluşturduğu göz önüne alındığında bu yaş grubunda madde kullanımını anlamak ve tedavi etmek giderek önem kazanmaktadır. Bu nedenle de bu konuda çalışan özel merkezlere ihtiyaç duyulduğu görülmektedir. Çocuk ve Ergen Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezlerinde (ÇEMATEM) yapılacak bilimsel araştırmalar risk gruplarının saptanması ve önlem alınması konusunda yol gösterici olacaktır. Bu çalışmanın amacı, Türkiye’de az sayıda bulunan ÇEMATEM kliniklerinden birinde uygulanan tedavinin etkinliğini, işlevsellik değerlendirmeleri ile belirlemek ayrıca yataklı tedavi etkinliğini ayaktan tedavi etkinliği ile karşılaştırmak ve bu alanda ülkemize ait verilerin oluşturulmasına katkıda bulunmaktır.

Yöntem: Çalışmaya Tepecik EAH ÇEMATEM kliniğine başvuran, DSM-5 tanı ölçütlerine göre MKB tanısı alan, 12-18 yaş arası, poliklinikte ayaktan tedavi alan 30 ergen, yataklı tedavi alan 30 ergen ve aileleri alınmıştır. Kontrol grubuna ise DEUTF (Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi) Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran, aktif psikopatoloji saptanmayan 30 ergen ve ailesi dahil edilmiştir. Poliklinik tedavisi ve yataklı tedavinin etkinliğini tedavi başlangıcı ve 8 haftalık tedaviden sonra değerlendirildiği çalışmada ölçümler iki zaman diliminde yapılmıştır. T1 zamanında olgu ve kontrol grubu, T2 zamanında yataklı ve ayaktan tedavi alan olgu grubu ile tekrar değerlendirmeler yapılmıştır. Her ergen ve ailesine T1 zamanında MKB’ye eşlik eden tanıların saptanması amacıyla Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY) uygulanmış ve T1-T2 zamanlarında işlevsellik değerlendirmeleri için CGAS ölçeği değerlendirilmiştir. Aile işlevlerini değerlendirmek amacıyla ebeveynlerden Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ), genel psikiyatrik belirtileri değerlendirmek amacıyla olgulardan ve ailelerinden Güçler Güçlükler Anketi (GGA) ve HoNOSCA ölçekleri doldurması istenmiştir. Ayrıca yataklı tedavi alan grupta T1 ve T2 ölçümlerinde tedavi ekibinin puanladığı HoNOSCA ölçeği değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan olgu ve kontrol grubu arasındaki ilk değerlendirmede MKB tanısı olan olgu grubunda kontrollere göre CGAS puanı anlamlı olarak daha düşük, ADÖ alt ölçek puanları, GGA ve HoNOSCA

toplam skor ve alt ölçek puanları anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. MKB tanısı alan grubun 8 haftalık tedaviden sonra değerlendirmelerinde; her iki grupta CGAS puanlarında ki artışın, GGA ve HoNOSCA ölçeklerinde toplam skor ve alt ölçek puanlarında azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğu; genel işlevsellik ve psikiyatrik belirtilerdeki bu iyileşmenin yataklı tedavi alan grupta poliklinik tedavisi alan gruba göre anlamlı olarak daha fazla olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Çalışmamızın bulguları MKB tanısı alan ergenlerde 8 haftalık tedavi ile genel işlevselliğın arttığı, psikiyatrik belirtirde anlamlı iyileşme olduğu; bu iyileşmenin yataklı tedavi alan grupta anlamlı olarak daha fazla olduğunu göstermektedir. Sonraki çalışmaların uzun dönem izleme ilişkin verileri de kapsayacak biçimde oluşturulmasına gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: Madde Kullanım Bozukluğu, yataklı tedavi, ayaktan tedavi, işlevsellik

"ASSESSING EFFICIENCY OF TREATMENT PRACTICES IN ADOLESCENTS DIAGNOSED WITH SUBSTANCE USE DISORDER"

Dr. Berrin BILGIC

drberrinbilgic@gmail.com

Child and Adolescent Psychiatry Department, School of Medicine, Dokuz Eylul University

ABSTRACT

Aim: Substance abuse has been an increasingly common entity among youth, that has turned into one of the major concerns for almost all countries in the world. Accordingly, it was also reported that there has been an observed increase regarding substance abuse recently, both in our country and worldwide. As teenagers constitute an important risk group regarding onset of substance abuse, it would be much more important to recognise the process and treat it in an appropriate manner, especially for this group. Specialized treatment centers serving specifically this issue is highly warranted. Scientific research to be conducted within Child and Adolescent Substance Dependency Treatment Centers (CASDTC) would provide guidance to determine risk groups and take precaution and prevention. The aim of this study was to explore efficacy of treatment applied in one of the rare CASDTCs in Turkey along with functional assessment of cases, compare efficacy of inpatient treatment with outpatient treatment, and finally, hope to contribute to relevant literature that included scarce scientific data, in our country.

Methods: Thirty adolescents aged between 12-18 years old that were diagnosed with SUD (substance use disorder) according to DSM-5 diagnostic criteria, and being followed up in the outpatient unit of Child and Adolescent Substance Dependency Treatment Center (CASDTC) of Tepecik Research and Training Hospital and 30 adolescents that had been treated in the inpatient unit of the same center at the time of study were included, along with their families. Thirty adolescents that had applied to Pediatrics Unit of Dokuz Eylul University Hospital for routine check up, that did not have any active psychiatric diagnosis or symptoms comprised the control group, along with their parents. Measurements were carried out at two different time frames, where efficacy of both outpatient and inpatient treatment were assessed in the beginning of treatment and following completion of the 8-week treatment programme. At T1, case and control groups were reassessed, while at T2, re-evaluations were carried out with the case group that had been treated in the inpatient unit and the other case group that had participated in the outpatient treatment programme. In order to determine comorbid diagnoses with SUD at T1, Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia- Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) was applied to each adolescent and his/her parent. Children's Global Assessment Scale was used to evaluate overall

functioning of participants at T1-T2. Cases and parents were asked to complete Family Assessment Device (FAD) to evaluate family functions; Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) and Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA) to assess general psychiatric symptoms. HoNOSCA scales that were scored by the treatment team at T1 and T2, for cases that received inpatient treatment have also been evaluated.

Results: Initial evaluation of data collected from cases and controls revealed significantly lower CGAS scores in the case group with individuals diagnosed with SUD, compared to those in the control group. On the contrary, FAD subscale scores, SDQ and HoNOSCA total scores and subscale scores were significantly higher in the case group, compared to controls. As for posttreatment assessments of the group diagnosed with SUD following 8-week treatment programme; it was seen that the increase in CGAS scores of both groups, and decline in the total and subscale scores of SDQ and HoNOSCA instruments were statistically significant; and this measurable improvement of overall functioning and psychiatric symptoms was in significantly higher levels among participants that had been treated in the inpatient unit, compared to those that had received treatment in the outpatient settings.

Conclusion: Results of our study suggested better overall functioning, significant improvement of psychiatric symptoms among adolescents diagnosed with SUD, following their participation in an 8-week treatment programme; and the improvement was much better in those that had been treated in the inpatient unit. Further studies with long-term follow up data in these populations are warranted and we believe, shall contribute greatly to the relevant literature.

Keywords: Substance Use Disorder, treatment, functioning

1. GİRİŞ VE AMAC

Gençler arasındaki madde kullanım davranışı ve yaygınlığı birçok ülke için önemli bir endişe kaynağıdır. Son yıllarda ülkemizde ve dünyada madde kullanımında artış olduğu bildirilmektedir. Bununla birlikte madde kullanımının kişi, aile ve toplum üzerinde yarattığı tehlikelere yönelik bir ilgi artışı olmuştur. Ergen yaş grubu madde kullanımına başlama açısından önemli bir risk grubunu oluşturmaktadır. Beyin gelişimi açısından kritik dönem olarak kabul edilen ergenlik döneminde bağımlılık yapıcı maddelerle karşılaşmanın ergen beyninde kalıcı gelişimsel hasara neden olma riski yüksektir. Biyolojik, ruhsal ve sosyal gelişimin çok hızlı olduğu bu dönemde madde kullanımının başlaması ciddi gelişimsel sorunlara yol açabilmektedir. Akademik başarının düşmesi, okul kaybı, meslek edinememe, aile ile yaşanan sorunlar, yasal sorunlar, şiddet, suç işleme, riskli cinsel davranışlar bunlardan bazılarıdır (1,2).

Ergenlikte madde kullanımının en sık atlanılan tanı gruplarından birini oluşturduğu göz önüne alındığında, bu yaş grubunda madde kullanımını anlamak ve tedavi etmek giderek önem kazanmaktadır (3). Bu nedenle de bu konuda çalışan özel merkezlere ihtiyaç duyulduğu görülmekte olup, Çocuk ve Ergen Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri'nde (ÇEMATEM) yapılacak bilimsel araştırmalar risk gruplarının saptanması ve önlem alınması konusunda yol gösterici olacaktır (4).

Ülkemizde ergenlerde psikoaktif madde kullanım sıklığını tespit eden geniş çaplı araştırmalar yoktur. Madde kullanım bozukluklarının yaygınlığını değerlendirecek çalışmaların yapılması, madde kullanan kişilerin bunu gizleme eğiliminde olması, genel örnekleme madde kullanan gruba ulaşmanın zor olması, kullanıcıların genellikle bazı bölgelerde toplanmasına bağlı olarak sıklığın genel dağılıma uymaması gibi nedenlerle oldukça zordur.

Madde Kullanım Bozukluğunda psikiyatrik eş tanılarının ortaya çıkması neredeyse bir kuraldır. Epidemiyolojik Dağılım Alanı (ECA) araştırma programı, Alkol veya Madde Kullanım Bozukluğu tanısı konan bireylerin yaklaşık yarısının ek bir psikiyatrik hastalık tanısına sahip olduğunu ortaya koymuştur (5). Klinik örneklemlerde psikiyatrik eş tanı sıklığı %70- 80'lere varmaktadır. Komorbid psikiyatrik hastalıklar, ergenlerde madde kullanım bozukluğunun gidişini, tedavisini ve sonuçlarını etkilemesi nedeniyle önemlidir. Madde

kullanım bozukluğuna eklenen psikiyatrik bozukluklar, işlevsellik kaybında artmaya, tedaviye uyumda azalmaya, madde kullanım bozukluğunun kötüleşmesine, tıbbi komplikasyon olasılığının ve sağlık giderlerinin artmasına neden olmaktadır. Eş tanıları belirlemek, hastalıkların etiyolojisini ve doğal seyrini anlayabilmede ve tedaviyi planlamada önemli role sahiptir. Madde Kullanım Bozukluğu (MKB) tedavisinin zorluğu düşünöldüğünde, çocuk ve ergenlere eşlik eden psikiyatrik durumların belirlenmesi ve tedavi edilmesi, çocuk ve ergenlerin işlevselliğini, yaşam kalitesini arttıracak, uzun vadede madde kullanım bozukluğunun nöropatolojisini aydınlatmak açısından faydalı olacaktır (6).

Çocuğun sosyal ve kognitif gelişiminde ailenin birincil rol oynadığı göz önüne alındığında duygulanımdan yoksun olma ve/veya aşırı derecede eleştirelilik veya hostilite, yetersiz disiplin ve süpervizyon ve yakınlaşmada eksiklik ile karakterize yetersiz bir anne-babalık çocukta agresyon ve antisosyal davranış paterninin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Anne-babanın çeşitli sorunlarla karşılaştıklarında bunları çözmek için kullandıkları başa çıkma yolları, gencin de sorunlarla karşılaştığında anne-babayı örnek alarak başa çıkmak için bu stratejileri kullanmasına neden olabilmektedir. Anne-baba arasındaki çatışma, aile içindeki iletişimin zayıf olması, anne-babanın alkol kötüye kullanımı ve yüksek dışa vurulan duygulanım işlevsel olmayan aile yapısının göstergeleridir (3). Yapılan çalışmalarda madde kullanımı olan gruplarda olmayan gruplara göre ebeveyn kontrolü ve aile işlevselliğinin daha bozuk olduğu bulunmuştur (7).

Tüm kronik hastalıklar gibi madde bağımlılığı erken tanınır ve tedavi edilirse başarı oranı daha yüksek olacaktır. Tedavi ergenin ailesini, sosyal çevresini ve diğer psikiyatrik problemlerini de ele alacak şekilde çok boyutlu olarak planlanmalıdır. Tedavide son hedef madde kullanımının bırakılması, davranış değişikliği, mesleki kimlik kazanımı ve ergenin topluma sağlıklı üretken bir birey olarak geri dönmesini sağlamaktır (8). Ergen madde bağımlılığı tedavisi en sık ayaktan sunulmaktadır. Tedavi programı iyi yönetildiğinde ağır olamayan vakalarda son derece etkilidir. Ayaktan tedavi hizmetlerinin türü ve yoğunluğu ergenin klinik durumuna göre değişir. Yataklı tedavi genellikle ruh sağlığı ve tıbbi ihtiyaçları sağlamak ve bağımlılık davranışlarından kurtarmayı mümkün kılmak için 24 saatlik yapılandırılmış ortam gerektiren, bağımlılığı ve davranış bozuklukları, ek psikiyatrik sorunları ciddi seviyede olan ergenlerde tercih edilebilir. Yataklı tedavi modeli, tüm dünyada çocuk ve

ergen ruh sağlığında yaygın olarak kullanılan, yoğun bir tedavi ve rehabilitasyon Şekli olup, yapılan çalışmalar ergen ruh sağlığı yataklı servislerinin psikiyatrik sorunların tedavisinde etkili olduğunu göstermiştir (9). Ancak yatarak tedavi gören ocuk ve ergenlerin uzun dönem faydalanımları, sosyal ve emosyonel uyumları konusunda halen çok az Şey bilinmektedir. Yazında yer alan az sayıdaki çalışma yatış sırasındaki değerlendirme sürecinden başlayarak taburculuk ve sonrasındaki belirli zaman dilimlerinde devam eden ölçümler ile bu alanlardaki değerimleri saptamaya çalışmıştır (10,11).

Ülkemizde, ocuk ve ergen ruh sağlığı hizmetlerinde madde bağımlılığına yönelik yataklı tedavi modelinin gelişimin henüz çok yenidir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre, 2017 Ekim ayı itibarı ile yataklı madde bağımlılığı tedavi merkezi sayısı beş adet olup, ayaktan tedavi hizmeti veren ocuk ve ergen madde bağımlılığı tedavi merkezi sayısı ise sekiz adettir. Madde bağımlılığı alanında çalışan özel merkezlere ihtiyaç duyulduğu açıkça görülmekte olup, ÇEMATEM' de yapılacak bilimsel araştırmalar risk gruplarının saptanması ve önlem alınması konusunda yol gösterici olacaktır.

Türkiye'de ki madde bağımlılığı tedavisine yönelik yataklı hizmetlerinin uzun dönem sonuçlarına ilişkin verilere rastlanmamıştır. Bu çalışmanın amacı, Türkiye'de az sayıda bulunan ÇEMATEM kliniklerinden biri olan Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi ÇEMATEM kliniğinde uygulanan tedavinin etkinliğini, işlevsellik değerlendirmeleri ile belirlemek ayrıca yataklı tedavi etkinliğinin ayaktan tedavi etkinliği ile karşılaştırmak ve MKB tanısı olan ergenlerin sağlıklı kontrollere göre aile işlevselliğini ve eşlik eden psikiyatrik tanıları açısından karşılaştırmak ve bu alanda ülkemize ait verilerin oluşturulmasına katkıda bulunmaktır.

Araştırmanın Hipotezleri

- MKB tanısı olan ergenlerde; sağlıklı kontrollere göre genel işlevsellik puanları daha düşüktür.
- Tedavi ncesi değerlendirmede MKB tanısı ile yataklı tedavi alan grupta poliklinik tedavisi alan gruba göre genel işlevsellik puanları daha düşüktür.
- MKB tanısı ile yataklı tedavi alan grupta poliklinik tedavisi alan gruba göre işlevsellik puanlarında artış daha fazladır.

- MKB tanısı ile yataklı tedavi alan grupta genel psikiyatrik belirtilerde azalma poliklinik tedavisi alan gruba göre daha fazladır.
- MKB tanısı olan ergenlerde eşlik eden komorbid tanılar sağlıklı kontrollere daha fazladır.
- MKB tanısı olan ergenlerde; hastalık öncesi dönemde psikiyatrik tanı alma oranı daha yüksektir.
- MKB tanısı olan ergenlerde aile işlevselliği sağlıklı kontrollere daha kötüdür.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tanım ve Tanı Ölçütleri

Bağımlılık; bir maddenin amacı dışında ve o maddeye karşı gelişen tolerans sonucu gittikçe artan miktarlarda alınması, kişinin yaşamında sorunlara neden olmasına rağmen kullanımının sürdürülmesi ve madde alımı azaltığında ya da bırakıldığında yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması ile giden bir tablodur.

Madde bağımlılığı ölçütünden farklı olarak madde kötüye kullanımı ölçütleri tolerans, yoksunluk ya da kompulsif kullanımı içermez, madde kötüye kullanımında yalnızca zararlı sonuçlarına karşın yineleyen bir kullanım vardır. DSM-IV-TR'ye göre madde kötüye kullanımı, 12 aylık bir dönem içinde belirtilerin en az birinin kendini göstermesi üzerine konur (12). DSM-IVTR'ye göre madde kötüye kullanımının tanı ölçütleri aşağıda verilmiştir.

Madde Kötüye Kullanımı Tanı Kriterleri

A- Aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) ile kendini belli edecek şekilde, son 12 aylık bir peryod içinde ortaya çıkan, klinik olarak anlamlı bir bozulmaya ya da sıkıntıya yol açan maladaptif madde kullanım paterni:

1. Kişinin işinde, okulunda ya da evinde yükümlü bulunduğu önemli rollerini yerine getirmesinde yetersizliğe yol açan tekrarlayıcı biçimde madde kullanması (mesela, madde kullanımı ile ilgili olarak tekrarlayan biçimde işe gitmeme ya da işteki performansın zayıflaması; madde kullanımı ile ilişkili olarak okula gitmeme, okulu asma veya okuldan atılmalar; çocukları veya ev halkını ihmal etme)
2. Tekrarlayan biçimde fizik olarak tehlikeli durumlarda madde kullanımı (mesela, madde kullanımının ortaya çıkardığı etkiler olduğu halde otomobil sürme veya bir makineyi çalıştırma)
3. Madde ile ilişkili olarak tekrarlayan yasal problemler (mesela, maddeyle ilişkili davranış bozuklukları yüzünden tutuklanmalar)
4. Maddenin etkileriyle ortaya çıkmış veya alevlenmiş, sürekli ya da tekrarlayan sosyal ya da kişiler arası problemlere rağmen madde kullanımına devam edilmesi (mesela, eşyle entoksikasyonun sonuçları hakkında sürüp giden tartışmalar, fi ziki kavgalar)

B- Bu semptomlar, bu grup madde için Madde Bağımlılığı kriterlerini hiçbir zaman doldurmamıştır.

(DSM-IV-TR'den alınmıştır)

Madde Bağımlılığı (Substance Dependence): Alışılmış olan herhangi bir ilaç veya maddenin, kişi için psikolojik ve fizyolojik bir ihtiyaç haline gelmesi, alınması için engellenmesi imkansız bir istek duyulması, alınan miktarın ve alınma sıklığının giderek artması, alınmadığı zaman yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması ve bu ilaç veya madde alınmadan günlük hayatın sürdürülmesinin imkansız hale gelmesidir.

Madde Bağımlılığı Tanı Kriteri

1. Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere tolerans gelişmiş olması
 - a) Entoksikasyon ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artmış miktarlarda madde kullanma gereksinmesi
 - b) Sürekli olarak aynı miktarda madde kullanılması ile belirgin olarak azalmış etki sağlanması
2. Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere yoksunluk gelişmiş olması
 - a) Söz konusu maddeye özgü yoksunluk sendromu
 - b) Yoksunluk semptomlarından kurtulmak ya da kaçınmak için aynı madde ya da benzeri alınır
3. Madde, çoğu kez tasarlandığından daha yüksek miktarlarda ya da daha uzun bir dönem süresince alınır.
4. Madde kullanımını bırakmak ya da denetim altına almak için sürekli bir istek ya da boşa çıkan çabalar vardır.
5. Maddeyi sağlamak, maddeyi kullanmak ya da maddenin etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcama
6. Madde kullanımı yüzünden önemli toplumsal, mesleki etkinlikler ya da boş zamanları değerlendirme etkinlikleri bırakılır ya da azaltılır.
7. Maddenin neden olmuş ya da alevlendirmiş olabileceği, sürekli olarak var olan ya da yineleyici bir biçimde ortaya çıkan fizik ya da psikolojik bir sorununun olduğu bilinmesine karşın madde kullanımı sürdürülür.

(DSM-IV-TR'den alınmıştır)

DSM-5'te bağımlılık ve kötüye kullanım terimleri kaldırılmış, bu terimler "Madde Kullanım Bozuklukları" başlığı altında toplanmış ve şiddet ölçüsü eklenmiştir. DSM-5'e göre madde kullanım bozukluğu tanısı koyabilmek için 12 aylık bir dönem içinde belirtilerin en az 2'sinin bulunması gerekir. DSM-5 10 ayrı madde kümesini kapsar; Alkol, kafein, kenevir (kanabis), hallüsinojenler (fensiklidin ya da benzer etkili arilsikloheksilaminler), uçucular, opiyatlar, dindinleştirici, sakinleştirici ve kaygı gidericiler (sedatif-hipnotik ve anksiyolitikler), uyarıcılar (amfetamin türü maddeler, kokain ve diğer uyarıcılar), tütün ve diğer / ya dabilinmeyen maddeler (13).

DSM-5 (2013) Madde Kullanım Bozukluğu Tanı Ölçütleri

1. Çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak madde alınır
2. Madde kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da sonuç vermeyen çabalar vardır
3. Madde elde etmek madde kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır
4. Madde kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme
5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememeye ile sonuçlanan, yineleyici madde kullanımı
6. Maddenin etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişiler arası sorunlar olmasına karşın madde kullanımını sürdürme
7. Madde kullanımından ötürü önemli birtakım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması
8. Yineleyici bir biçimde tehlikeli olabilecek durumlarda madde kullanma
9. Büyük bir olasılıkla maddenin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın madde kullanımı sürdürülür
10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere tolerans gelişmiş olması
 - a) Esrikliği (entoksikasyonu) ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde madde kullanma gereksinimi
 - b) Aynı ölçüde madde kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması

11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlanması üzere, yoksunluk gelişmiş olması

- a) Kullanılan maddeye özgü yoksunluk sendromu
- b) Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için madde ya da yakından ilişkili başka bir madde alır.

(DSM-5'ten alınmıştır)

Ergenlikte madde kullanım spektrumu 4 evreden oluşan bir süreklilik gösterir. Bu dört evreyi belirleyen özellik her evrede madde kullanımı ile ortaya çıkan duygudurumda ki değişikliklerdir. Bu kapsamda duygudurumda ki dalgalanmalar psikoaktif madde alımı ile ergenin içseldurumunda ortaya çıkan etkilenmeler anlamına gelmektedir (14).

2.2. Ergenlikte Madde Kullanım Evreleri

Evre 1: Deneysel Kullanım (Duygudurumda oluşan dalgalanmaları öğrenme)

İlk evre ergenin kimyasal bir madde kullandığı zaman duygudurumunda değişiklikler olduğunu keşfetmesidir. Bu evre maddeleri deneme ve araştırma evresidir. Genellikle maddelerden bir tanesinin 4-5 kezden fazla olmamak üzere kullanılmasıdır. Bu deneme aşamasında maddenin entoksikasyon etkisinin yaşanması ve yaşantının denetim altına alınması ergen için önem kazanmaktadır. Bu dönemdeki diğer bedensel ve korkulan yaşantıların nasıl bir şey olduğunun araştırılması, söylendiği kadar korkutucu olup olmadığının kanıtlanması ve denetim altına alınması ile koşuttur. Birçok ergen için bu deneme ikinci evreye geçişe yolaçar.

Evre 2: Sosyal Kullanım (duygudurumdaki dalgalanmaları arama)

İkinci evre ergenin özellikle sosyal ortamlarda madde kullanımı ile emosyonel durumundaki değişiklikleri sağlamaya devam etmesi evresidir. Ergenin bu davranışı kendi gibi duygudurumunda dalgalanmalar oluşmasını isteyen akranları ile birlikte ortaya çıkar. Bu evrede ergen daha sık sarhoş olur. Bu evre sosyal içicilik olarak tanımlanabilir. Bu tanım ergenin sosyal ortamlarda madde kullanmasının uygun ve onaylanabilir bir davranış olduğu anlamına gelmemelidir. İkinci evreden sonra ergen bir sonraki evreye geçemeyebilir. Bu sosyal kullanım evresinde birçok risk bulunduğu unutulmamalıdır.

Evre 3: Operasyonel Kullanım (Duygudurumda dalgalanma ile aşrı meşguliyet)

Madde kullanımının üçüncü evresi ergende madde kötüye kullanımı geliştiği anlamına gelmektedir. Bundan sonra bağımlılık gelişme olasılığı artmaktadır. Bu evredeki herhangi bir madde kullanımı kendi kendine tedavi (self-medication) olarak kabul edilebilir. Anksiyete ve gerilimden kurtulmak veya yalnızca eğlenmek amacı ile madde kullanılır. Ergen bu kendi kendine tedaviyi adaptif bir yaşantı olarak algılayabilir, ancak bu gerçekte maladaptiftir. Operasyonel olarak madde kullanan ergenler iki gruba ayrılır. Birinci gruptakiler zevk almayı devam ettirmek için kullanırlar, bu bir başka deyişle “hedonistik kullanım” dır. Maddelerin öforik etkilerini yaşamak için madde kullanımı olur. Bu tür kullanıcılar çoğunlukla sosyal kullanıcılar olarak karşımıza çıkarlar, ancak gerçekte hedonistik kullanım kimyasal olarak zevk alma duygusunu devam ettirme gereksinimi amacını güder. İkinci gruptaki ergenler acıdan kaçınan gruptur, bu “telafi edici” grup olarak adlandırılır. Bu kişiler maddeyi disfori veya diğer acı verici duyguları tedavi etmek amacıyla kullanırlar. Operasyonel olarak madde kullanan ergenler her iki grubun özelliklerini taşıyabilmektedirler.

Evre 4: Bağımlı Kullanım (Normal hissetmek için kullanma)

Dördüncü evre gencin yaşamını devam ettirebilmesi için bir kimyasal maddeye bağımlı olduğu evredir. Ergen bu evrede maddelerle oluşan duygudurum dalgalanmaları yaşantısını tekrarlamak için duyduğu kuvvetli bir istekle kompülsif olarak madde kullanır. Kimyasal olarak değişikliğe uğratılmış içsel durum bu kişi tarafından normal olarak adlandırılır. Bu evrede artık bağımlılığın geliştiği kabul edilir. Ergenin operasyonel evrede mi yoksa bağımlılık evresinde mi olduğunu ayırt etmek genellikle güçtür. Bir çok biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin etkisiyle ergen bu evrelerin birinden diğerine geçebilir. Birçok ergen madde kullanımının birinci ve ikinci evresinde kalırken, çok daha az bir kısmı operasyonel ve bağımlı kullanım evresine geçer. Bu evrelerden daha az sorunlu evreye geçme veya tamamen kullanım kesilmesi genellikle dıştan gelen bir müdahale ile mümkün olmaktadır, kendiliğinden gerileme çok ender görülen bir durumdur.

2.3. Madde Kullanım Bozukluklarının Epidemiyolojisi

Madde kullanımı, özellikle gençler arasında hızla yayılmakta, hem bireysel hem de toplumsal bağlamda çok ciddi; bazen geri dönüşümlükün olmayan zararlara yol açmaktadır (15).

Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi (UNODC) 2014 raporu, 2009 yılında Dünya nüfusunun %3-6,1'nin geçmiş bir yıl içinde en az bir kez madde kullandığını ortaya koymaktadır.2012 yılında bu oran %3,5-7 olarak tespit edilmiştir. Her yıl madde kullanımına bağlı yaklaşık 200.000 ölüm gerçekleşmektedir (16). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nin Ulusal Uyuşturucu Kullanımı ve Sağlık Anketi (NSDUH), rastgele seçilen 12 yaş ve üzeri yaklaşık 70.000 kişi üzerinde yapılan bir ulusal araştırmadır. NSDUH raporuna göre 2010 yılında son bir ay içinde yasadışı madde kullanım oranı %10,1, 2011 de %10,1, 2012'de %9,5, 2013 yılında %8,8 olarak bulunmuştur.

Avrupa ülkelerinde sigara, alkol ve yasadışı madde kullanım yaygınlığı anketi olarak kullanılan The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) dört yılda bir tekrarlanmaktadır. Türkiye ESPAD çalışmasında yer alan ülkeler arasında nüfusu en kalabalık ülkeler arasında yer almaktadır ve yine genç nüfus oranı en yoğun ülkelerdendir (17). Bu durum Türkiye'yi madde kullanım bozuklukları açısından riskli kılmaktadır. 2011'de 36 ülke yer almıştır ve 2015'te 40'ın üzerinde ülkenin katılımı hedeflenmiştir. 2011 ESPAD raporunda ortalama madde kullanım oranı %18 iken ülkeler arası ciddi oranda farklar olduğu anlaşılmıştır. Tüm Avrupa ülkelerinde ortalama olarak, erkeklerin %21'i ve kızların %15'i yaşamları boyunca en az bir kez yasadışı madde kullanmıştır (18).

Ülkemizde on sekiz yaş altı için hayatında en az bir kez madde deneme oranı farklı araştırmalarda %1-5 arasında değişmektedir (19). 2012'de Evren ve arkadaşları tarafından yapılan, yaklaşık 4800 lise iki öğrencisinin katıldığı anket çalışmasında, yaşam boyu en az bir kez deneme oranı en yüksek olarak nargile (%45,4) saptanmış, nargileyi sırayla alkol (%34,2), sigara (%24,4), uçucu maddeler (%4,9), benzodiazepin (%3,8), esrar (%2,9), kokain (%0,6) ve eroin (%0,4) izlemiştir (20).

Türkiye’de madde kullanımı ile ilgili epidemiyolojik çalışma sayısı az olmakla beraber eğitimine devam etmeyen çocuk ve ergenlerde madde kullanımı ile ilgili veri çok azdır. Okula devam ediyor olmanın madde kullanımına karşı koruyucu bir faktör olduğu düşünüldüğünde, esas riskli gruplardaki yaygınlık ile ilgili araştırmaların yetersiz olduğu görülmektedir (21). Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları ve Tedavi Hizmetleri Daire Başkanlığı’ndan alınan ÇEMATEM verilerine göre 2014 yılında poliklinik ve yatan hasta sayıları sırasıyla 7913 ve 407 iken; 2015 yılında sırası ile 5451 ve 247 olarak kaydedilmiştir. 2015 yılı yatan hastalarla birlikte verisi tam olarak kaydedilen poliklinik hastalarının birlikte değerlendirildiği analizlerde 18 yaş altı 633 hasta için kullanım sıklığına göre maddeler şu şekildedir; eroin (%48,4, n=307), esrar (%12,6, n=80), uçucular (%8, n=51), metamfetamin (%5, n=34), MDMA (%2, n=17). Toplum örneklemini açısından bakıldığında en sık kullanılan maddeler sırasıyla esrar, uçucular ve ekstazidir (22).

Erkeklerde kızlara göre tüm maddelerin kullanım oranı daha yaygındır. Birçok toplumda ebeveyn denetimi kız çocuklarının üzerinde daha fazla olmakta, kızlarda madde kullanan ya da suç işleyen akranla ilişki daha az olmaktadır (23).

2.4. Madde Kullanımı İçin Risk Faktörleri

Madde kullanım bozukluğu etiyolojisi tam olarak bilinmeyen, patogenezinde birçok değişkenin rol oynadığı bir hastalıktır. Yatkınlığı olan bireylerde çevresel faktörlerin etkisi ile bağımlılığın ortaya çıktığı kabul edilmektedir. Sosyokültürel, kişilerarası, psikodavranışsal ve genetik faktörler MKB gelişiminde rol oynar (24). Madde kullanımı ile mücadelede risk faktörlerini belirlemek önemlidir. Madde kullanımı için risk etmenleri gözden geçirildiğinde; bireysel etmenler, aile ve akran etkisi ve çevresel etmenlerden bahsedilir (25).

Bireysel Risk Faktörleri

Prenatal olarak sigara, kanabis, alkol ve diğer maddelere maruziyet madde kullanım bozuklukları gelişimi için önemli risk etmenidir (26). Premorbid dönemde Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB), Davranış Bozukluğu, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), depresyon, özkıyım girişimi, anksiyete bozukluğu ya da birinci ekseninde başka bir psikiyatrik hastalık varlığının ergenleri madde kullanımına yönlendirdiği saptanmıştır. Ek

olarak MKB ile ikinci eksen bozuklukları arasında önemli bir ilişki olduğu ve MKB'ye en sık antisosyal kişilik bozukluğunun eşlik ettiği bildirilmektedir (27). Ergenlerde kişilik özellikleri ve psikopatolojiler değerlendirildiğinde, dürtüsellik, heyecan arama, anksiyete duyarlılığı, umutsuzluk, davranışsal disinhibisyon ve nörotik kişilik özelliklerinin MKB gelişiminde etkili olduğu gösterilmiştir. Belirtilen kişilik özellikleri ve MKB arasındaki nedensel ilişki, madde kullanma davranışından alınan hazzın pozitif pekiştirici ve olumsuz duygulanımı azaltan negatif pekiştirici etkilerine dayanmaktadır. Kendini uyarma ya da kendini tedavi etme amaçlı bir yöntem olarak madde kullanımını geliştirmektedir (28). Çocukluk çağında travma ve ihmale maruz kalanlarda yetişkin yaşamlarında depresif bozukluklar, kaygı bozuklukları gibi çeşitli ruhsal bozukluklar dahil olmak üzere alkol/madde kullanım bozukluğu geliştirme riskinin yüksek olduğu literatürde bildirilmiştir (29).

Sonuç olarak ergenlik döneminde kişilik özellikleri, psikopatolojiler ve ilişkili MKB risk faktörlerinin incelenmesi, gelecekte MKB tanısı alma riski yüksek olan gençlerin erken saptanması ve gerekli önlemlerin alınması açısından büyük önem taşımaktadır.

Ailesel Risk Faktörleri

Ailelerin, çocukların madde kullanımı üzerine birçok açıdan etkileri vardır. Ergenlerin aileleri ile şimdiki ve geçmiş ilişkileri ve bu ilişki tarzından olumlu veya olumsuz etkilenme durumları, madde kötüye kullanımında önemli bir risk faktörüdür (30). Anne babanın şiddet kullanması, ailede alkol ve madde kullanım öyküsünün bulunması, aile içi iletişimin sorunlu olması, boşanmış aileler, ebeveynlerden birinin ölümü, baskıcı ve ilgisiz aile, var olan ilişkinin kalitesinin iyi olmaması, aile içinde gencin örnek alacağı bir kimsenin olmayışı, anne-baba desteğinin az olması, anne-babaların gencin sigara ve alkol kullanımına izin verici, fazla toleranslı bir tutum içerisinde bulunması, tutarsız disiplin anlayışı, anne-babanın disiplinde farklı tutum sergilemeleri gibi birçok durum madde kullanımında risk altındaki aile tipleri olarak sıralanmaktadır (30). West ve Prinz alkol bağımlısı ebeveyne sahip bireylerin çocukluklarında dışadönüklüğün yanı sıra içe dönüklük yaşama ihtimalinin fazla olduğunu, bu durumun anksiyete ve depresyona yol açabildiğini ve bağımlı ebeveyne sahip bireylerin yüksek derecede depresyon ve anksiyete yaşama riski altında olduğunu belirtmektedir. Bu durum olumsuz duygular ile baş etme esnasında madde kullanım riskini de artmaktadır (31).

Çevresel Risk Faktörleri

Çocukluktan ergenliğe ulaşıldığında akran etkisi çok daha yoğun bir hal alır. Literatürde alkol ve madde kullanımında ve bağımlılığın geliştirilmesinde arkadaş çevresinin önemi dikkat çekilmektedir (32). Arkadaşlar arasında madde kullanımının varlığı ergenin madde kullanması için önemli bir öncüdür. Akran etkisi arkadaşların bir model oluşturması ve birbirini taklit etmesi şeklinde, sosyal baskı ve değerlerin birbirlerine nakledilmesi yoluyla madde kullanımını teşvik eder. Sosyal seçim teorisine göre ergenlerin kendilerine benzer özellikleri ve sorunları olan akranlarla grup olma eğilimde olduğunu öne sürülmektedir. Benzer özelliklerden yola çıkılarak kurulan arkadaşlıklarda benzer davranış kalıpları benimsenmekte alkol veya madde kullanımı gibi zararlı eğilimler de grup içinde genelleşmektedir. Dolayısıyla erken yaşta alkol kullanımına başlama ve bu tarz tehlikeli alışkanlıkların yerleşmesinde akran seçimi ve ilişkileri hayati rol oynamaktadır.

Akran etkisi dışında, kişinin yaşadığı çevrenin alkol ya da madde kullanımını doğal karşılaması, medyada özendirici haberlerin yer alması madde kullanımını yaygınlaştıran faktörlerdendir. Göç, işsizlik, asimetrik gelir dağılımı, gelişen teknolojik olanaklar, iletişim araçlarının yaygınlaşmasına rağmen eğitimin paralel şekilde gelişmemesi çocuk ve gençleri teknolojinin, internetin zararlarına açık hale gelmesi ve bu alanda yetersiz denetimin olması madde kullanım sıklığını arttıran diğer faktörlerdir (33). Madde kullanımında etkili sosyokültürel faktörlerin bilinmesi koruyucu önlemlerin alınması açısından önemlidir.

Koruyucu Faktörler

Aile desteğinin yanı sıra zeka seviyesinin yüksekliği ve yüksek benlik saygısı, etkin baş etme becerilerinin aile tarafından öğretilmesi, aile öyküsünde madde kullanım öyküsünün bulunmaması, toplumsal değerlere bağlılık, suç işlememiş ve madde kullanmayan arkadaşlar, toplumsal değer yargılarına önem veren arkadaş grupları, farklı alanlarda başarıyı destekleyen eğitim sistemi, okula bağlı olma, gelecekle ilgili hedeflerin olması, sağlık ve sosyal destek servislerinin yeterliliği, madde kullanımını kabul etmeyen güvenli yakın çevre, ergeni madde kullanımından koruyucu faktörler olarak sayılabilir (34).

Genetik Risk Faktörleri

Madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı büyük ölçüde kalıtsaldır ve güçlü bir genetik komponente sahip gibi görünmektedir. Belirgin klinik heterojenite, çevresel risk ve koruyucu etkenlerin etkisi şüpheli gen tespitini zorlaştırmaktadır. Bağımlılık riskini etkileyen doğrudan farmakogenetik etkileri olan kuşkusuz çok sayıda farklı potansiyel genetik mekanizmanın varlığından söz edilmektedir. Risk alma davranışı ve zayıf dürtü kontrolü gibi psikopatoloji veya kişilik özellikleri ile ilişkili yatkınlıklar, belirli maddelerin psikoaktif ve ödül etkilerini azaltan beyin reseptör ve yollarındaki değişiklikler ve metabolizmadaki farklılıklar bu mekanizmalar arasında sayılabilir. Bu kritik yolak ve süreçlerin her birinde, madde kullanma riskini artıracak ya da azaltacak çok sayıda gen ve düzenleyici mekanizma bulunmaktadır (35).

Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin birinci derece akrabalarında MKB oranının kontrol grubu ile karşılaştırıldığında anlamlı ölçüde artış gösterdiği saptanmıştır (35).

Bazı çalışmalarda olumsuz sonuçlar alınsada pek çok çalışmada dopamin D₂ reseptör gen (DRD₂) polimorfizmleri madde bağımlılığı ile ilişkilendirilmiştir (36). Kromozom 11'de yer alan DRD₂ gen lokusu etrafında yer alan genler NCAM1 (Neuronal Cell Adhesion Molecule 1), TTC12 (Tetratricopeptide Repeat Domain 12), ANKK1 (Ankyrin Repeat and Kinase Domain 12) genleri madde bağımlılığı özellikle de eroin bağımlılığı ile bağlantılı olabileceği ileri sürülmüştür (37). DRD₄ geni de DEHB, risk alma ve yenilik arayışı gibi mizaç özellikleri üzerinden madde kullanım bozukluklarına yol açıyor gibi gözükmektedir (38). Kannabinoid reseptör genlerindeki değişiklikler özellikle delesyonlar (CB₁), kanabis kullanımı dışında kokain, ekstazi (MDMA), metamfetamin gibi stimulan maddelerin kullanımı ile de ilişkilendirilmiştir (39).

2.5. Bağımlılığın Nörobiyolojisi

Bağımlılık nörobiyolojik zemini olan bir Merkezi Sinir Sistemi (MSS) hastalığıdır. Beyinde bağımlılığa neden olan süreçler içinde en iyi bilineni beyin ödül sisteminin etkilenmesine bağlı olarak ortaya çıkan bozukluklardır. Beyinde mezokortikolimbik yolak olarak adlandırılan nöronal yolda ventral tegmental alandan (VTA) nükleus akumbens yolu ile prefrontal kortekse doğru dopamin salınması ve dopamin aktivitesinde artış, bağımlılık

sürecini başlatan ve bağımlılık yapan maddelerin ödüllendirici ve pozitif pekiştirici etkileri ile yakından ilişkili olan bilinen en önemli mekanizmadır. Çeşitli ilaç ve maddeler bu yolla dopamini ateşleyerek keyif duyumsanmasına neden olur. Alkol, nikotin, kokain, esrar gibi maddeler bu yolağı uyararak bağımlılığa neden olabilir. Ödül sisteminde görev yapan önemli bir başka beyin oluşumu da amigdaladır. Amigdala deneyimlenen olayın keyif verici olduğunu ve bununla ilişkili ipuçlarını öğrenir. Böylece bu ipuçlarıyla karşılaştığında VTA'daki DA nöronlarını uyararak iyi bir şeyin gelmekte olduğunu bildirir ve sonra nükleus akumbensten DA salıverilmesine yol açar. Daha sonra talamusun GABA-erjik girdileri ve prefrontal korteksin talamik girdileri tetiklenir ve şiddetli madde/arama davranışına zemin hazırlanmış olur (40,41).

Dopamin işlevindeki değişiklikler, arzulama-ödül-motivasyon sistemi ve koşullu öğrenme yoluyla kişide sürekli istek ve durdurulamayan madde kullanımına sebebiyet verir. Striatumdaki artmış D₂ reseptör yoğunluğu madde ve alkol kullanımı için önleyici olabilir. D₂ reseptör düzeyleri düşük (özellikle akübens çekirdeğinde) olan bireyler, haz alma eşikleri daha yüksek ve yenilik arama davranışları daha belirgin bireyler olduğundan, bu kişilerde madde bağımlılığı riski daha yüksektir (42).

Serotonin ve endokannabinoid sistem, akübens çekirdeği ve amigdaladaki opioid peptid, dopamin ve GABA sistemleri üzerindeki düzenleyici etkilerinden dolayı hem doğrudan hem de dolaylı etkileriyle madde ve alkol bağımlılığı etiopatogenezinde rol alırlar (43). Güncel literatür, bunlara ilave olarak nitrik oksid (NO) ve agmatin gibi yeni bazı nörotransmitterlerin de bağımlılık süreçlerinde önemli katkıları olabileceğine işaret etmektedir (44).

Her ne kadar genetik bir zemini olsada, nörobiyolojik düzlemde bağımlılığın tesisi için çeşitli endojen biyolojik elementlerde bazı değişikliklerin ortaya çıkması kadar genetik ve çevresel faktörler arasında yeterli bir etkileşimin de olması gereklidir. Madde bağımlılığının oluşumu ile ilişkili nörobiyolojik süreçlerin iyi anlaşılması tedaviye yönelik geçerli hipotetik psikofarmakolojik yaklaşımlar oluşturabilmemiz için gereklidir.

2.6. Maddelerin Etki Mekanizmaları, İntoksikasyon ve Çekilme Belirtileri

Alkol

İnsanların tükettiği alkol türü etil alkoldür. Alkol sıvı haldedir ve mideden başlayarak, kolon dahil gastrointestinal sistemden çok hızlı bir şekilde emilir. Alkol genel olarak GABA-A reseptörü üzerinden etki gösterir. GABA'erjik etkiyi güçlendirir ve santral sinir sistemi üzerine baskılayıcı etki oluşurur. Alkol ile ilişkili ödül mekanizmaları dopamin, endorfin, opioid (mü reseptörü), endokannabinoid (CB1 reseptörü) sistemle ilişkili olabilir. Alkol endorfin salınımında artışa yol açar, bu da dopamin üzerindeki baskılayıcı etkiyi kaldırarak ödül ve haz sistemini uyarır (45).

Alkol ilk başta disinhibisyon, konuşmada artış, anksiyetede azalma, kendine güvende artış, öforiye neden olur. Alkol alımı devam ederse yargılama ve reaksiyon zamanında bozulma, artmış duygusal patlamalar ve ataksi gelişir. Yüksek alkol alımı sedatif, hipnotik etki gösterir fakat uyku kalitesini bozar. Kronik alkol kullanımında alkol çekilmesi delirium tremens, hallüsinasyonlar ve nöbetlere yol açabilir. Kornik alkolizmde geri çekilme belirtileri son alkol alımından 6-24 saat sonra ortaya çıkar. Başlangıç belirtileri tremor, anksiyete, uyku bozuklukları, canlı rüyalar görme, iştahsızlık, bulantı ve baş ağrısıdır. Taşikardi, kan basınca artış, derin tendon reflekslerinde artış, terleme ve hipertermi görülebilir. Bu bulgular genelde günler içinde geçer (46).

Nikotin

Nikotin asetilkolin ve dopaminerjik transmisyonu güçlendirir. İnsanlarda nikotin, psikostimülan ve duygudurum düzenleyici olarak etki eder. Nikotin geçici olarak uyanıklık ve uyarılma sağlasada, sigara bağımlıları genel olarak sakinleştirici etkisi nedeniyle kullanmaya devam ederler.

Nikotin sempatik sinir sistemi üzerinden kan basıncı, nabız, kardiyak atım hacmini arttırır ve kutanöz vazokonstruksiyona neden olur. Çok yüksek dozlarda ise nikotin hiptansiyon, nabızda düşmeye yol açar. Nikotinin santral sinir sistemi üzerine olan etkileri ile kişide uyarılma, rahatlama, pozitif duygulanım, dikkat ve reaksiyon zamanında kuvvetlenme ve bazı nöropsikolojik işlevlerde güçlenme meydana gelir. DSM-5'te tütüne bağlı çekilme belirtileri

irritabilite, anksiyete, konsantrasyon zorluğu, iştah artışı, huzursuzluk, depresif duygudurum ve insomnia olarak belirtilmiştir (47).

Kannabis

Cannabis sativa bitkisinden üretilen kannabis içinde Δ^9 -tetrahidrokannabinol (THC) etjen maddesi bulunmaktadır. Genellikle inhalasyon yoluyla, nadiren oral ya da intravenöz olarak kullanılır (48). THC, kannabinoid reseptörleri CB₁ ve CB₂'ye bağlanır ve parsiyel agonistik etki gösterir. CB₁ reseptörleri neokorteks, hipokampus, bazal ganglionlar ve serebellumda yoğun olarak bulunurlar. CB₁reseptörleri, THC'nin davranışsal etkilerinden sorumludur.

DSM-5'te yer alan kannabis intoksikasyon bulguları; bozulmuş motor koordinasyon, öfori, anksiyete, zamanın yavaş aktığı hissi, bozulmuş yargılama, sosyal geri çekilme, konjunktival hiperemi, iştah artışı, ağız kuruluğu, taşikardi olarak sıralanmıştır (47).

Kannabis alındıktan sonra 30 dakika içinde psikolojik etkiler pik yapar ve bu etki 2-4 saat kadar sürebilir. Kronik veya ağır kullanım akut psikotik bulgulara yol açabilir. Öncesinde psikopatoloji varlığı kannabis kullanımına bağlı panik atak ve psikotik bozukluk görülme olasılığını arttırır (49).

Kronik kannabis kullanımı depresif özellikler, isteksizlik, hırs kaybı, avolasyon, anhedoni, sorumluluk almama, kendine bakımda azalma, plan yapamama ile karakterize "amotivasyonel sendrom"a yol açabilir (50). Kannabisin yakın zamana kadar çekilme belirtilerine yol açmadığı iddia edilmekteydi. DSM-5'te kannabise bağlı çekilme belirtileri içinde; irritabilite, sinirlilik, agresyon, anksiyete, huzursuzluk, uyku bozuklukları, iştah azalması, kilo kaybı, depresif duygudurum ve karın ağrısı, tremor-titrete, terleme, baş ağrısı, soğuk soğuk terleme gibi somatik belirtiler yer alır (47). Kannabis çekilme belirtiler fiziksel olmaktan daha çok davranışsal ve afektiftir.

Sedatif ve Hipnotikler

Bu grup içinde benzodiazepinler, barbitüratlar, benzodiazepin olmayan hipnotikler, paraldehid, kloral hidrat, gama-hidroksibutirat (GBH) yer alır. Benzodiazepinler içinde klinik olarak en sık kullanılan alprozolam, lorazepam, klonazepam ve diazepam'dır. Benzodiazepinler

GABA-A reseptörü üzerine pozitif modülatuar etki gösterirler ve dopamin tranmisyonunu güçlendirirler. İnhibitör iletimi arttırarak sedatif, anksiyolitik, miyorelaksan ve antiepileptik etki gösterirler (51). Klinik kullanımda benzodiazepinler; çok çabuk rahatlama sağlamaları, disforiyi azaltmaları, kendinden hoşnut olma, daha konuşkan olma, daha kendinden emin olma ve artmış kendine güven, daha hızlı düşündüğü hissi, insanlar arasında daha popüler olduğunu hissetme gibi çok olumlu etkileri nedeniyle kötüye kullanılabilirler (52). Kronik hipnotik-anksiyolitik kullanımı psikolojik ve fiziksel bağımlılık geliştirebilir. Kronik kullanımda benzodiazepin çekilmesi; uykusuzluk, baş ağrısı, disfori, tremor, kas seğirmeleri, anksiyete artışı, ajitasyon, taşikardi, hipertansiyon, kabuslar, tinnitus, bulantı, psikotik bulgulara, deliryuma, grand mal nöbetlere neden olabilir (47).

Opioidler

Eroin ve birçok opioid analjezik, mü opioid reseptörlerine (MOP-r) tam ya da parsiyelagonist etki gösterirler. En sık bilinen opioidler eroin, morfin, kodein, methadon, meperidin ve diğer sentetik opioidlerdir. Eroin; İntravenöz ve intranazal kullanılsa da Türkiye’de daha çok inhalasyon-folyo-kaydırma yolu ile alınır. Çok hızlı etki başlangıcı vardır (5 dakikada pike ulaşabilir) ve kısa zamanda vücuttan elimine edilir. Kronik kullanıcılarda daha çok yoksunluk-hastalık belirtilerini yok etmek için kullanılmaya başlanır ve kronik kullanıcılarda öforik etkisi yarım saati geçmez (53).

Opioidler hipotermi, myozis, solunum depresyonu, kafa içi basıncında artış, konstipasyona neden olur. Santral sinir sistemini baskırlar. Tolerans gelişimi nedeniyle, opioid aşırı doz alımı her zaman kasıtlı ya da kazara olmayabilir. Solunum depresyonu etkisine daha yavaş ama öforik etkiye daha hızlı tolerans gelişimi ölümle sonuçlanan durumlara yol açabilir. Eroin çekilme belirtileri son alımdan yaklaşık 6-12 saat sonra ortaya çıkar. Son alımdan 2-3 gün sonra çekilme bulguları pik yapar ve 5. günden sonra azalmaya başlar. 7-10. günlerde belirgin kaybolur. Bu akut evreden sonra ise psikolojik belirtilerin (depresyon, anksiyete, uyku bozuklukları) ve craving-aşermenin yoğun olduğu 6-8 aylık bir dönem başlar (54). Opioid çekilme belirtileri; Kas-eklem-bel-sırt ağrıları, karın ağrısı, bulantı, kusma, diyare, rinore, lakrimasyon, piloereksiyon, midriazis, termoregülasyon sorunları, taşikardi, terleme, üşüme, esneme, sıcak ve soğuk basması, akatizi, halsizlik, yorgunluk, yerinde duramama,

tremor, ajitasyon, iritabilite, anksiyete artışı, uykusuzluk, disfori, ciddi aşırme, madde bulma ile ilgili, aşırı meşguliyeti içerir.

Stimülanlar

En belli başlı uyarıcılar (stimülanlar); kokain, kafein, efedrin, khat, ephedra, amfetaminler, metamfetamin ve metilfenidattır. Çoğu stimülan madde fenetilamin denilen ortak bir yapı içerirler ve norepinefrin, dopamin gibi endojen katekolamin nörotransmitterleri üzerine etki ederler (55). Stimülanlar başlangıçta artmış enerji, alarme olma, sosyallikte artış, elavasyon, öfori, azalmış yorgunluk hissi, azalmış uyku ihtiyacı, iştahsızlık, konuşma artışı, artmış kendine güven hissi, hipomani benzeri bulgular, artmış cinsel istek meydana getirirler. Kokain öfori ve psikomotor ajitasyon ardından disfori ve psikomotor retardasyona neden olur. Stimülanlar kronik kullanımda ve yüksek dozlarda ise bu etkilerin yanında disfori, anksiyete, panik ataklar, kuşkuculuk, paranoya, hipervijilans, psikotik bulgular, yargılama kusurları, sanrı ve hallüsinasyonlar ortaya çıkarabilirler (56). Stimülan kullananlarda akut ve kronik dönemde huzursuzluk, ajitasyon, tremor, diskinezi, tekrarlayıcı stereotipik obsesif-kompulsif davranışlara sık rastlanır. Sempatik uyarı sonucu taşikardi, midriazis, bulantı ve terleme sık olarak görülür Kokain, metamfetamin ve diğer stimülanlara bağlı çekilme belirtileri genellikle intoksikasyon bulgularının tam tersidir ve intihar dışında hayatı tehdit edici deildir. Genellikle 1-2 hafta sürerler. Stimülanlara bağlı çekilme belirtileri arasında; depresif duygudurum, disfori, anhedoni, istek-ilgi kaybı, motivasyon kaybı, içe kapanma, aşırı yorgunluk hissi, artmış uyku ihtiyacı, kontrasyon zorluğu, uyku kalitesinde azalma ve REM uykusunda bozulma (artış), kabuslar görme ve iştah artışı, bazı olgularda, kokaine bağlı çekilme belirtileri aylarca sürebilir ve intihara da neden olabilir.

Sentetik Kannabinoidler

THC, parsiyel kannabis CB1 reseptör agonistiyken, sentetik kannabinoidler CB1 üzerine tam agonist etki gösterirler, yani daha potentirler. Çok hızlı bağımlılık ve tolerans gelişir.

Etkinlikleri 1-2 dakika gibi çok kısa sürede başlar, etki süreleri madde ve bireye göre farklılık gösterir. Ülkemizde daha çok bomzai, Jamaika olarak adlandırılırlar (57). Sentetik kannabinoid kullanımında sedasyon ya daeksitasyongörülebilir. Sentetik kannabinoid

kullanımında kannabise göre ajitasyon ve nöbetler (GABA inhibisyonu) daha sıktır. Sentetik kannabinoid entoksikasyonu, kannabis dışında stimulan ve semptomimetik zehirlenmelerine de benzemektedir.

Sentetik kannabinoidler bedensel olarak; hipertansiyon- hipotansiyon, taşikardi/bradikardi, solunum depresyonu, tremor, ST-segment değişiklikleri, göğüs ağrısı, taşiaritmi, myokard infarktüsü, serebrovasküler olay, konvülsiyon, somnolans, canlı refleksler, bulantı-kusma, iştah artışı, anoreksi, hipokalemi, konjunktival hiperemi, hiperglisemi, rabdomiyoliz, akut böbrek yetmezliği, kreatinin, kreatin kinaz ve karaciğer fonksiyon testlerinde yükselme, ağız kuruluğu, midriyazis, aşırı terleme ve ölüme yol açabilir (58). Sentetik kannabinoidlerle ilişkili yoksunluk sendromunda huzursuzluk, anksiyete, craving-aşerme, terleme, tremor, baş ağrısı, kabuslar, insomnia, irritabilite, ajitasyon, konsantrasyon zorluğu, bulantı, duygu durum dalgalanmaları ve depresif duygu durum görülür (59).

Hallüsinojenler

Hallüsinojenler içinde Liserjik Asid Dietilamid (LSD), Psilocybin, Dimetiltriptamine (DMT), Meskalin, 3,4-Metilendioksümetamfetamin (MDMA-Ekstazi) yer alır. 5HT_{2A} reseptörü üzerine parsiyel agonist etki, serotonin taşıyıcısı (SERT) ve dopamin taşıyıcısını (DAT) inhibe ederek etki gösterirler.

MDMA ile iştah kaybı, bulantı, bruksizm ya da çene hareketleri, kas gerginliği ve görme bulanıklığı sıklıkla görülür. Terleme, belirgin kan basıncı artışı (sistolik 20-35 mm Hg, diastolik 10-20 mm Hg), taşikardi (nabızı 10-20 atım/dk arttırır), vücut ısısında artış, rabdomiyoliz ve akut böbrek yetmezliği yaratabilir. MDMA'nın artmış enerji, öfori ve yükselmiş duygudurum gibi stimulan etkileri kısa zamanda ortaya çıkar. 1-2 saat kadar süren hangover-black out durumu, 1-2 gün süren uykusuzluk yorgunluk, kas ağrıları ve disforik duygulanım görülebilir. Hallüsinatuar etki daha azdır. Derealizasyon ve depersonalizasyon, cinsel ilgide artış görülür (60). Hallüsinojenlerin çekilme belirtileri pek belirgin değildir ve DSM-5'te yer almaz. Fakat madde alımı sırasında yaşanan deneyimlere yönelik geriye dönük yaşantılamalar (flashback), canlı hatırlamalar olabilir. DSM-5'te bu durum "hallüsinojenlere bağlı süregelen algılama bozukluğu-hallucinogen persisting perception disorder" olarak sınıflandırılmıştır (47).

Dissosiyatif Maddeler

Dissosiyatif maddeler içinde PCP-Fensiklidin (melek tozu), DXM (Dekstrometorfan), ketamin, nitroz oksit yer alır. Etkileri yönünden kısmen halüsinojenlere benzeselerde, disosiyatif maddeler glutamaterjik NMDA reseptörlerine etki (antagonizm) ederler. Bu maddelerin psikotik bulgular yaratması şizofrenide görülen hipoglutamaterjik durumu yaratmaları ile ilişkili olabilir (61). DSM-5'te yer alan fensiklidin intoksikasyon bulguları şunlardır; vertikal ya da horizontal nistagmus, hipertansiyon, taşikardi, uyuşukluk, ağrılı uyarana azalmış yanıt, ataksi, dizartri, kas rijiditesi, hiperakuzi, komaya eşlik nöbetlerdir (47). PCP düşük dozlardan, yüksek dozlara doğru sırasıyla şu etkilere neden olur; akut psikolojik etkiler (dissosiyatif bulgular), subjektif psikolojik etkiler (psikotik yaşantılar), nistagmus, duruş anomalileri, ataksi, kan basıncı artışı, konfüzyon, EEG'de teta yavaşlaması, analjezi, anestezi etki, amnezi, ajitasyon, istemsiz hareketler, kas katılığı, rijidite, katatonik bulgular, konvulziyon, solunum depresyonu ve ölüm (62). Dissosiyatif maddelere bağlı belirgin çekilme belirtileri gözlenmez ve DSM-5'te de bu durum yer almamaktadır. Ağır PCP kullanıcıların dörtte birinde çekilme sırasında depresif afekt, anksiyete, irritabilite, hipersomnolans, aşırı terleme ve tremor görülür. DXM çekilmesinde ise aşırma, disfori ve insomnia görülebilir.

İnhalan ve Solventler

İnhalan ve solventler içinde volatil (uçucu) alkil nitratlar, nitroz oksit, tolüen, ksilen, trikloroetilen, tetrakloretilen, difluoroetan, butan, izopropan, eter, izofluran ve ketonlar yer alır. Ülkemizde bali, tiner, uhu ve özellikle son yıllarda çakmak gazı ergenler arasında sıklıkla kullanılmaktadır (63). İnhalan ve solventler büyük olasılıkla GABA, glutamat ve asetilkolin reseptörleri üzerinden etki etmektedir. Alkole benzer şekilde santarl sinir sistemi üzerine baskılayıcı etki göstermektedir. Alkolden farklı olarak bu maddelerin intoksikasyonunda hallüsinasyonlar, tremor ve epileptik nöbetler görülebilir (64). İnhalan ve solventler sıklıkla fatalite ile ilişkilendirilmiştir. DSM-5'te inhalan entoksikasyonu için vurgulanan bulgular içinde; baş dönmesi, nistagmus, motor inkoordinasyon, dizartrik konuşma, denge kaybı, letarji, azalmış refleksler, psikomotor retardasyon, tremor, yaygın kas güçsüzlüğü, diplopi ya da görme bulanıklığı, stupor-koma ve öfori yer almaktadır (47). İnhalan çekilme belirtieri DSM-5'te tanımlanmamıştır. Ergenlerin %11'inde çekilme belirtileri olabilir. İnhalan çekilme belirtileri

giderek daha fazla araştırılmaktadır ve depresif afekt, yorgunluk, anksiyete, taşikardi, terleme, kaslarda kasılmalar, opioid yoksunluğunda olduğu gibi lakrimasyon ve rinore, baş ağrısı, bulantı, kusma, aşırme olduğu ileri sürülmektedir. İnhalasyon çekilme belirtileri için spesifik bir tedavi bulunmamaktadır (65).

2.7. Madde Kullanımında Sık Görülen Eş Tanılar

Komorbidite madde kullanım bozukluğu ve başka bir psikiyatrik bozukluk tanısının aynı bireyde birlikte karşılandığı koşullar için geçerli bir durumdur. Psikiyatrik hastalıklar madde kullanım bozukluğuna yol açabilir, madde kullanım bozukluğunun sonucu olarak ortaya çıkabilir, madde kullanım bozukluğunun şiddetini arttırabilir veya madde kullanım bozukluğu ile ortak bir kaynaktan köken alabilir. Komorbid psikiyatrik hastalıklar, ergenlerde madde kullanım bozukluğunun gidişini, tedavisini ve sonuçlarını etkilemesi nedeniyle önemlidir. Madde kullanan ergenlerde hem şimdiki zamanda hem de yaşam boyunca eş psikiyatrik bozuklukların saptanması bu komorbid psikiyatrik tanıların zaman içindeki stabilitesinin ve gelişimsel patolojilerin değerlendirilebilmesi için önemlidir.

2006 yılında yapılan bir metaanaliz çalışmasında MKB tedavisi alan ergenlerin %74'nün en az bir eş psikiyatrik bozukluğa sahip olduğu, %64'ünde Davranım bozukluğu, %26 Duygudurum bozukluğu, %22'sinde DEHB, %11'inde TSSB, %7 Anksiyete Bozukluğu eşlik ettiği bildirilmiştir (66). MKB olan ergenlerle yapılan genel toplum çalışmalarının gözden geçirildiği bir derlemede eş tanı oranı %60 saptanırken MKB ile en sık ilişkili tanılar Davranım Bozukluğu ile Karşıt Olma Karşı Gelme ve Depresif Bozukluk olarak bildirilmiştir. Psikopatoloji varlığı (özellikle Davranım Bozukluğu) daha erken yaşta madde kullanımı ile ilişkili bulunmuştur. Aynı çalışmada MKB'de komorbid psikiyatrik hastalık için 4,7 kat artmış risk olduğu bildirilmiştir (67).

Aşağıda, madde kullanım bozukluğu ile birlikte sık görülen psikiyatrik bozukluklar tanımlanacaktır.

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

Normal popülasyona göre madde bağımlılığı için tedavi alan bireylerdeki DEHB sıklığının 2-3 kat daha fazla olduğu öne sürülmektedir. 2012 yılında yapılan bir metaanaliz

çalışmasında madde kullanım bozukluğu olan ergen ve yetişkinleri kapsayan grupta DEHB prevalansı %23 olarak bulunmuştur (68).

Çocukluk dönemi DEHB'nin erişkinlik döneminde de %72,8 oranında devam ettiği, erişkin madde kullanım bozukluğu olan olguların %22,7'sinde aynı zamanda DEHB olduğu bildirilmiştir (69). Artmış DEHB belirtileri tüm tip madde kullanımları ile ilişkili bulunmuştur. DEHB olan gençler DEHB olmayan gençlere göre daha fazla MKB geliştirmişlerdir. Yine erişkin DEHB olanlar, DEHB olmayanlara göre legal veya illegal madde kullanımı eğilimi daha erken yaşta başlamakta ve bunlarda daha sonra MKB gelişmektedir (70).

Maddelerin tamamı, özellikle beynin ödül merkezi olan nükleus akkumbensteki sinaptik dopamin konsantrasyonunu arttırarak haz verir. Stimülan tedavileri de presinaptik dopamin taşıyıcılarını inhibe ederek striatumdaki dopamin konsantrasyonunu arttırır ve DEHB belirtilerini azaltır. DEHB'li bazı bireylerin kendi kendine tedavi girişimi olarak, sinaptik dopamin konsantrasyonu arttırmak amacıyla madde kullandığı söylenebilir (71).

Stimülanlarla tedavi edilen DEHB gençler tedavi edilmeyenlere göre %50 daha az MKB geliştirmektedirler (72). DEHB'deki düzelme MKB'yi daha kolay kontrol altına almayı sağlayabilir (73).

Davranış Bozukluğu

Davranım Bozukluğu sosyal normları ihlal etme, agresif davranışlar, yalan söyleme, okuldan kaçma gibi belirtilerle karakterize bir sendromdur (74). Yazında davranım bozukluğunun çoğunlukla MKB öncesinde başladığı bildirilmiştir (75). Bununla birlikte davranım bozukluğunun daha çok MKB sonrasında başladığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (76). Bu veriler davranım bozukluğu ve MKB arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Erken başlangıçlı davranış problemleri, DEHB'nin varlığı, ileride antisosyal davranışların ortaya çıkmasına neden olmakta ve madde kullanım riskini arttırmaktadır (77). Epidemiyolojik çalışmalar davranım bozukluğu olan gençlerin madde kullanımına daha erken başladığını ve bu grupta madde kullanım bozukluklarının daha yüksek oranda olduğunu göstermektedir (78).

Armstrong and Costello tarafından 2002 yılında yapılan 15 çalışmanın alındığı bir derlemede, MKB olan ergenlerde komorbid psikiyatrik bozuklukların %61-88 arasında

değiştii, bunların içinde davranım bozukluğu en yaygın komorbid tanı olarak bildirirken (%24-82) depresyonun onu izlediği belirtilmiştir (79). Birçok alışma davranım bozukluğunun madde kullanımı için gcl bir prediktör olduğunu bildirmiştir (80).

Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu

Karşıt olma karşı gelme bozukluğu tekrarlanan olumsuz, karşı gelen, kurallara uymayan ve düşmanca davranışların en az altı aydır varlığıyla karakterize edilen çocukluk çağının psikiyatrik bozukluklarından biridir (APA 2004).

2017 yılında yayınlanan bir metaanaliz çalışmasında çocukluk ağı yıkıcı davranış bozukluklarında (DEHB, DB, KOB) madde kullanım bozukluğu riskinin arttığı bildirilmiştir. Ayrıca DEHB ile birlikte DB/KOB olan grupta yaşamın ilerleyen dönemlerinde madde ile ilgili sonuçların ciddiyetinin etkilendiği sonucuna varılmıştır (81).

Duygudurum Bozuklukları

Madde kullanım Bozukluğu olan ergenlerdeki en sık komorbiditelerden biri majör depresif bozukluktur. Duygudurum bozuklukları komorbiditesi ergenlerde daha kötü prognoz, daha fazla psikiyatrik semptomatoloji ve daha sık tamamlanmış intihar girişimlerine yol açar.

MKB'ye eşlik eden depresyon, tedaviyi bırakma, tedaviye kötü yanıt, erken relaps, tamamlanmış intihar riskini arttırmakta, bu ergenlerin psikiyatrik yatış ihtiyacı daha fazla olduğu belirtilmiştir (82).

Ergen madde kullanım bozukluğu olanlarda bipolar afektif bozukluğa daha nadir rastlanılsada, ergenlerde bipolar bozukluk tanısı madde kullanma riskini belirgin lde arttırmaktadır (83,84). 6 yıllık bir takip çalışmasında, 685 ocuk ve ergen çalışmaya alınmış, Longitudinal Assessment of Manic Symptoms (LAMS) study grubu çalışmayı yapmış. %11,9 düzenli alkol kullanımı, %30,1 madde kötüye kullanımı, %16,2 düzenli madde kullanımı saptanmış. Herhangi bir madde kullanımının belirleyicileri; tek ebeveyne sahip olma, ebeveynlerde madde kullanımı ve stresli çocukluk ağı olayları olarak saptanmış. Düzenli olarak madde kullanımının belirleyicileri; ebeveynlerin evlilik durumları, stresli çocukluk ağı

olayları ve altta yatan yıkıcı davranım bozuklukları olması iken, daha önceden ilaç kullanımı olması düzenli madde kullanım riskini azalttığı görülmüş (85).

Anksiyete Bozuklukları

Literatürde bazı anksiyete bozukluklarının MKB riskini arttırdığı, bazı anksiyete bozukluklarının da maddeye başlamayı geciktirdiği, daha az madde kullanımı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (86). Ayrılık anksiyetesi bozukluğunun madde kullanmayı geciktirirken, TSSB, sosyal fobi ve panik bozukluğun MKB gelişimine katkıda bulunduğu ileri sürülmektedir (87)

Ergenliğin ilk dönemlerinde yaygın anksiyete bozukluğu tanısı, madde kullanma riskini azaltsada, orta ergenlik döneminde yaygın anksiyete bozukluğunun olması madde kullanım riskini artırıyor olabilir (88). 2004 yılında Goodwin ve arkadaşlarının yaptığı kohort çalışmasında, anksiyete bozukluğu olan ergenlerde, anksiyete bozukluğu olmayan ergenlere göre MKB gelişme riski yüksek bulunmuştur (89). 2007 yılında yapılan klinik örneklemlerle bir çalışmada da MKB olan olguların %35'i travma sonrası stres bozukluğu, %15'i panik bozukluk, %5'i özgül fobi, %2'si sosyal fobi, %1'i obsesif kompulsif bozukluk ve %1'i de yaygın anksiyete bozukluğu tanısı almıştır (90).

Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Özellikle erken yaşlardaki travmaveTSSB sıklıkla MKB'ye öncülük eder (91,92). Erken dönemlerde ki travma strese cevap sistemlerinde bir disregülasyonla sonuçlanıp, TSSB ve MKB gelişime yatkınlığı arttırabilir (93).

2014 yılında yapılan bir çalışmada MKB'de yaşam boyu TSSB oranı %11-%41 olarak bildirilmiştir (94). TSSB'li bireyler TSSB olmayan travmalı bireylere göre MKB'ye 4 kat daha yatkındır (95). İstismar ve saldırı kurbanı olan travma sonrası stress bozukluğuna sahip ergenler, şiddet, felaket, kazaya tanık olan ergenlere göre daha fazla madde kullanırlar. Psikososyal travma öyküsü olanlarda madde kullanım bozukluklarının prognozu daha kötüdür ve daha sık suisid girişimi ile ilişkilidir. Madde kullanımı, travma öyküsü olanlarda TSSB'yi kendi kendine tedavi etme yöntemi girişimi olabileceği gibi, madde kullanan bireyler zaten riskli davranışlara açık olduğundan daha fazla TSSB tanısı da alıyor olabilir (96).

Psikotik Bozukluklar

MKB'nin de başlangıcının sıklıkla ergenlik dönemi olduğu düşünüldüğünde, şizofreni ve MKB'nin başlangıç dönemlerinin örtüştüğü göze çarpmaktadır (97). Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü'nün Epidemiyolojik Alan Çalışması'nda (ECA), şizofreni spektrum bozukluğu olan bireylerde yaşam boyu alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu yaygınlığı %47 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada şizofreni tanılı hastalarda madde kullanım bozukluğu sıklığının 4.6, alkol için 3.3, diğer maddeler için 6,7 kat arttığı saptanmıştır. Bu oran genel populyasyonda %16 olarak bildirilmiştir. Şizofreni ve MKB etyolojik ilişkisi henüz tam olarak bilinmemekle beraber, bu konuda 4 varsayım vardır:

1. Her iki hastalık içinde artmış duyarlılık modeli: Şizofreni hastaları negatif duygulanımlarını düzenlemek için madde kullanmaktadırlar.

2. İkincil madde kullanım modeli: Şizofreni hastalarında MKB açıklayan en eski kabul edileni selfmedikasyon teorisidir. Buna göre hastalar pozitif ve negatif belirtilerini ya da belirtilerin tedavisi için verilen ilaçların yan etkilerini azaltmak için madde kullanmaktadırlar.

3. İkincil psikotik bozukluk modeli: Madde kullanımı ile tetiklenen psikotik bozuklukları ifade eder.

4. Ortak nörobivolojik ve psikolojik etkileşimlerle her iki hastalığın devamını sağlayan iki yönlü (bidirectional) model: Bu modele göre şizofreni belirtilerinin altında yatan mezokortikolimbik dopamin yollarındaki düzensizliğin, madde kullanımı olan hastalarda beyin ödül devresi eksikliğinden de sorumlu olması ile açıklanmaktadır. Madde kullanımı şizofreni hastalarında geçici olarak normal aktivitelerden haz almalarına olanak sağlayarak bu eksikliği gidermekle birlikte hastalığın kötüleşmesine de yol açmaktadır (98).

Kannabis kullanımı genel topluma göre psikoz riskini iki kat arttırmaktadır. Kannabis kullanım öyküsü olan şizofrenik bireylerde bulgular daha ağır olma eğilimindedir. Kannabis, psikoz başlangıç yaşını azaltsada, ergenlerde sık görülen çoklu madde kullanımı psikoz gelişim riskini daha fazla arttırıyor olabilir. Öncesinde anksiyete bulguları yoğun olan ergenlerde kannabis kullanımına bağlı psikoz gelişme riski daha yüksektir (99). Daha önceden madde

kullanan bireylerdeki psikoz, daha çok maddeye bağlanırken, artık pek çok olguda prodromal dönem başladıktan sonra özellikle duygudurumu düzeltmek, anhedoniyi azaltmak, sosyal anksiyeteyi azaltmak, psikotik bulgularla başa çıkabilmek için madde kullanımının başladığı bilinmektedir (100).

İntihar

İntihar, dünya genelinde özellikle ergenlik ve genç erişkinlik dönemi için önemli bir halksağlığı sorunu olarak görülmektedir. Batı ülkelerinde intihar, ergenlik dönemindeki en sık ikinci ya da üçüncü ölüm nedenidir (101). Alkol ve madde kötüye kullanımının tamamlanmış intiharlar üzerine daha belirgin olmak üzere intihar davranışları ile ilişkili olduğu bilinmektedir (102). Madde kullanım bozukluğu ve intihar arasındaki ilişki gözönüne alındığında bu ikisi arasındaki bağlatının doğası ve mekanizmalarını anlamak, uygun müdahaleleri tasarlamak ve geliştirmek için önemlidir. Genel toplum ile karşılaştırıldığında tamamlanmış intihar riskimadde kullanan bireylerde 14 kat fazla olduğu bildirilmiştir (103).

Madde kötüye kullanımının intihar davranışlarını arttırıcı etkisinin, özellikle eşlik eden psikiyatrik bozuklukların varlığı halinde daha belirgin olduğu görülmektedir. Bipolar bozukluk, depresyon ve TSSB ve madde kullanım bozuklukları gibi psikiyatrik morbiditenin etkileşimi, intihar davranışı üzerinde belirgin bir etkiye sahiptir ve gelecekte uygun müdahalelerin geliştirilmesine yardımcı olan ortak nörobiyolojik ve klinik mekanizmaların tanımlanması önemlidir (104).

2.8. Madde Kullanım Bozukluklarının Tedavisi

Madde bağımlılığı ergenlik döneminde ortaya çıktığında temel gelişimsel süreçleri etkiler. Bu durum potansiyel olarak ömür boyu sürececek kalıcı sonuçların doğmasına sebep olabilir. Tüm kronik hastalıklar gibi madde bağımlılığı erken tanınır ve tedavi edilirse başarı oranı daha yüksek olacaktır. Bağımlılık tedavisi sadece maddeyle ilgili sorunları gidermeye yönelik yapılırsa eksik kalır ve nüks kaçınılmaz olur.

Ergenlerin madde kullanım davranışları ve tedavi ihtiyaçları yetişkinlerden farklıdır. Madde Bağımlılığı tedavisine ihtiyaç duyan 12-17 yaş arasındaki çocuk ve ergenlerin sadece %10'u madde bağımlılığı konusunda herhangi bir tedavi hizmeti aldığı bildirilmiştir (105). Uyuşturucu problemi yaşayan gençlerin çoğu yardıma ihtiyaç duymaz veya düşünmez; ebeveynler ise genellikle genç çocuklarının uyuşturucu kullanıyor olabileceği yönündeki göstergelere kördür veya bu belirtilerin ergenlikten kaynaklandığını düşünme eğilimindedir (106). Bu sebeple ergenler için erişkinlerden farklı tedavi programları gerekmektedir (107). Günümüzde sosyal çevre, davranışsal işlevsellik, bilişsel süreçler ve etkin başa çıkma stratejilerinin iyileşme süreci için önemi daha iyi kavranmış ve kabul edilmiştir. Sosyal ve bilişsel öğrenme teorileri de son zamanlarda bu alanda kullanılabilir olmaya başlamıştır. Bununla birlikte bağımlılık tedavisi konusundaki araştırmalar devam etmektedir ve her geçen gün çoğalmaktadır. Madde bağımlılarının yaşadıkları sorunları ve kullandıkları madde miktarını azaltmaya verilen önem giderek artmaktadır.

The American Society of Addiction Medicine (ASAM) alkol ve madde kullanım bozukluklarını tedavi etmek için uygulayıcılara rehberlik edecek 5 bakım seviyesi tanımlamıştır. Seviye 0.5 erken müdahale servisleri, seviye 1 ayaklı tedavi hizmetleri, seviye 2 yoğun ayaklı tedavi servisleri, seviye 3 yataklı tedavi servisleri ve seviye 4 tıbbi olarak yönetilen yoğun yataklı tedavi servisleri. SAMHSA bireysel, grup ve / veya aile terapisi; madde kullanımı ve ruhsal bozukluklarla ilgili psikoeğitim gibi haftalık belirli saatler için yapılandırılmış temel hizmetler kümesini tanımlar.

Psikofarmakolojik Tedaviler

Tedavi programlarının birincil yaklaşımı, hastaların uyuşturucu içermeyen bir duruma gelmesine yardımcı olmaktır. Opioid agonist veya antagonistleri ile farmakolojik tedavi, genel olarak bağımlılığı tedavi etmeimkanı sağlamaktadır. Madde Kullanım Bozukluğu olan ergenlere yönelik farmakoterapi araştırmalarının çoğunluğu Depresif Bozukluk, DEHB gibi komorbid psikiyatrik durumların tedavisine yöneliktir. MKB'ye yönelik farmakolojik müdahaleler yerine koyma tedavisi, detoksifikasyon, bloke etme tedavileri, aşermeyi azaltma ve kaçınma tedavilerini içermektedir (108). Yerine koyma tedavileri, maddenin psikotropik etkilerine aracılık eden reseptörlere bağlanan yoksunluğu önlemek, aşermeyi ortadan kaldırmak, öforik etkileri bloke etmek için agonist kullanımını (örn; nikotin replasman tedavisi,

opioid bağımlılığı için metadone idame tedavisi) ya da bir parsiyel agonist (örn: opioid bağımlılığı için buprenorfin tedavisi) içerir. Detoksifikasyon stratejileri genellikle agonist kullanımı ya da semptomatik rahatlama sağlayan medikasyonları kullanır (örn; opioid çekilme belirtileri için klonidin, alkol çekilme belirtileri için benzodiazepin). Spesifik çalışmaların yokluğu nedeniyle gerektiğinde farmakoterapide erişkin tedavilerine benzer tedavi protokolleri kullanılabilir. Kaçınma önlemleri (disulfiram gibi), blokaj stratejileri (örn; opioid bağımlılığı için naltrekson), aşermeyi önleyen tedaviler (alkol bağımlılığı için naltrekson, akamprosot ve ondansetron, nikotin için bupropion, opioidler için buprenorfin gibi) yüksek motivasyonu olan hasta gruplarında oldukça etkilidir (108). Bupropion ve buprenorfin için adolesan yaş grubunda kullanımı destekleyen tutarlı kanıtlar mevcuttur. Bu ajanlar gençlere önceki tedavi girişimleri ayrıntılı olarak göz önünde bulundurularak reçete edilmelidir. Kanabis bağımlılığı nedeniyle tedavi arayışında olan ergenlerin katıldığı 8 haftalık çift kör randomize-plasebo kontrollü bir çalışmada mükerrer N-Asetilsistein tedavisini alan ergenlerin tedavi süresince idrar taramalarında kanabis saptanmadığı bildirilmiştir. Bu çalışmada N-Asetilsistein tedavisinin iyi tolere edildiği ve minimal yan etkiye neden olduğu saptanmıştır (109). Buprenorfin bir parsiyel agonisttir. Buprenorfin ve nalokson (opioid antagonisti) kombinasyonunun intravenöz olarak kötüye kullanımı güçtür. Nalokson oral olarak absorbe edilmez, kombinasyonun sublingual yoldan alımında bu sebeple aktif değildir. Eğer kombinasyon tedavisi enjekte edilirse, nalokson opiat reseptörlerini ve buprenorfinin öforik etkilerini bloke eder. Klonidine kıyasla buprenorfinin tedaviyi sürdürüm oranlarının daha yüksek olduğu, idrar taramalarında pozitifliği daha fazla azalttığı ve tedaviden ayrılma oranlarının daha düşük olduğu saptanmıştır (110). Çoğu araştırma psikiyatrik komorbidite için tedavinin iyileşme sağladığına işaret ederken (DEHB, Bipolar Bozukluk, Depresif Bozukluk için fluoksetin, lityum, stimulan tedavileri gibi) bazı çalışmalar etki olmadığını öne sürmektedir. Genellikle sonuçlar Madde Kullanım Bozukluğuna yönelik eş zamanlı ve özel terapilerin yokluğunda farmakolojik tedavi ile komorbid durumlara sahip adolesanlarda psikiyatrik belirtilerde iyileşmenin minimal olduğunu ileri sürmektedir. Stimulanlar gibi bazı yaygın kullanılan farmakolojik ajanların kötüye kullanım riski mevcuttur. Terapötik ajanların adolesanlar, aile üyeleri ya da akran kümesi tarafından kötüye kullanım riski açısından uygun değerlendirmelerin hızlı bir şekilde yapılması gerekmektedir (örn; kötüye kullanım riski olan diğer ajanların kullanım öyküsü, madde kullanımı açısından aile öyküsü, antisosyal davranışlar

gibi). Klinisyen ayrıca stimulanlara alternatif atomoksetin, a- agonist, bupropion gibi kötüye kullanım riski olmayan ajanların seçiminde göz önünde bulundurmalıdır. Anksiyete semptomlarının büyük kısmı da davranışçı terapi gibi psikososyal müdahalelerle başarılı bir şekilde tedavi edilmektedir. Eğer farmakolojik ajan seçilecekse seçici serotonin geri alım inhibitörleri benzodiazepinlere tercih edilmelidir.

Psikoterapötik Müdahaleler

Farmakolojik tedaviyi motivasyonel görüşme teknikleri ve bilişsel terapilerden oluşan diğer müdahalelerle desteklenmesi kaçınılmazdır. Motivasyonel görüşme tekniği alkol ve madde kullanım bozukluğu tedavi birimlerinde yaygın olarak kullanılan bir psikososyal yaklaşım türüdür. Danışan odaklı bu görüşmelerde davranış değişimi için bireyin otonomisi desteklenir, içsel motivasyonu keşfedilerek kuvvetlendirilir (111). Waldron ve Turner 'ın 17 randomize kontrollü çalışma ve 46 tedavi durumunu değerlendirdiği metaanalizde “Çok Boyutlu Aile Terapisi”, “Fonksiyonel Aile Terapisi” ve “Bilişsel Davranışçı Terapi” müdahalelerinin pozitif sonuçları olduğu bildirilmiştir. Multisistemik Terapi, Bilgilendirme Stratejili Aile Terapisi, Davranışsal Aile Terapisini de içeren aile terapilerinin etkin olabileceği, Ergen Topluluk Güçlendirme yaklaşımı, diğer bireysel davranışçı terapi teknikleri gibi bireysel tedavi girişimlerinin de gelecek vaat eden tedaviler olabileceği ancak daha çok araştırma yapılmasına gereksinim duyulduğu belirtilmiştir (112). Aile terapisi yaklaşımları çalışmalar ile en çok desteklenen (etkin olduğu bildirilen) tedavi girişimleridir (113). Madde kullanımı tedavisinde aileye yönelik tedavilerin temel hedefleri madde kullanım bozukluğu ile ilgili psikoeğitim, tedaviye ailenin direncini azaltmak, motivasyon ve bağlanmayı artırmak, ebeveyn ve diğer aile üyelerini ergenin uygun tedaviyi bulması ve tedaviye devamını sağlama hakkında bilgilendirmek, motive etmek, aile üyelerine ergenin boş zaman aktivitelerini değerlendirme ve yapılandırma konusunda rehberlik etmek, tutarlı sınır koymaya rehberlik etmek, aile üyeleri arasında etkileşim ve iletişimi artırma, diğer aile üyelerini tedaviye veya destek gruplarına dahil etmektir.

Ergen temelli ya da ergen grupları temelli tedavilerin de (BDT, BDT+ Motivasyon Arttırıcı Terapi) etkin ve cost-efektif olduğu bildirilmiştir (114). Yalnız BDT veya motivasyon arttırıcı tedavinin eklendiği çalışmalarda bu tedavilerin de etkin olduğu bildirilmiştir (115).

Olasılık Yönetimi yaklaşımları; olasılıklar ile anlaşma/ sözleşmeleri ve buna dair dökümanları içerir. Bu yaklaşım umut veren yaklaşımlardan biridir (116). Değerlendirme, Bilgilendirme Müdahaleleri ve Tedaviye Yönlendirme (SBIRT- Screening Brief Intervention, Referral to Treatment) içinde değerlendirilen madde kullanım bozukluğu olan ergenlerle 1-4 seans arasında değişen motivasyonel görüşme bunlardan birisidir. Motivasyonel görüşme; danışan merkezli rehberlik hizmetidir ve burada değişen davranışların keşfedilmesi ve ambivalansın çözümlenmesini içeren madde kullanımı ve patolojik kullanımı değiştirmeyi hedefleyen bir görüşme şeklidir (117). Motivasyon görüşmesi temelli müdahaleler madde kullanımı olan ergenlerde belirgin düzelmelerin olduğunu göstermiştir. Bilgilendirme müdahalelerinin birinci düzey sağlık hizmetleri, acil servisler ve okullarda uygulanması daha geniş bir kesime ulaşılmasını sağlamaktadır (118). Motivasyon görüşmeleri aynı zamanda BDT ve Olasılık Yönetimi ile kombine edilerek daha etkin kullanılabilir (119).

Adsız Alkolikler Derneği (Alcoholic Anonymous) ve Adsız Narkotikler (Narcotics Anonymous) gibi 12 basamaklı yaklaşımlar tedavinin temeli olarak Amerika’ da yaygın olarak kullanılmaktadır. Madde kullanım bozukluğu olan ergenlerle yapılan natüralistik doğadaki çalışmalarda, tamamlayıcı tedavi ve bireysel destekli gruplar (Adsız Alkolikler, NA) olumlu sonuçlarla ve bırakma oranının daha yüksek olmasıyla ilişkilendirilmiştir (120). MKB sıklıkla devam / sürdürüm tedavisi gerektiren kronik hastalık olarak nitelendirilir. Tamamlayıcı tedavi programına alınan ergenlerde daha belirgin düzelmeler gösterilmiştir (121). Sürdürüm tedavisinde tedaviler komorbid psikiyatrik hastalıklar, ergen ve ailesinin ihtiyaçlarını içermelidir (122).

Ülkemizde uygulanan Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı (SAMBA) ilk olarak 1998 yılında geliştirilen ve etkinliği gösterilen Alkol Madde Tedavi Programı ile Denetimli Serbestlik Bağımlılık Programı temel alınarak hazırlanmıştır. SAMBA programı genel olarak Bilişsel Davranışçı tekniklere dayanmaktadır. SAMBA’ da Diyalektik Davranış Terapisinin (DBT) bazı öğelerinden de yararlanılmaktadır. DBT grupları kişilerarası etkileşim, farkındalık, stresle başa çıkma ve emosyon regülasyonu becerilerini arttırmaya yöneliktir (123). Genç SAMBA, 15-18 yaş grubuna yönelik olarak geliştirilmiş bir programdır. Oturumlar interaktif uygulamalar şeklinde düzenlenmiş olup, aktiviteler ve didaktik öğeler içermektedir. Program 12 oturumdan oluşmaktadır. Bu oturumlarda Alkol ve Madde etkileri, bağımlılık,

motivasyon, istekle başa çıkma, girdaptan çıkış, riskli durumlar, ısrarla başa çıkma, bağımsızlık yolunun temel taşları, sigara ve etkileri konuları çalışılmaktadır (124).

Tedavinin etkinliği genellikle hastanın tedaviye ve tedavinin olumlu sonuçlarına olan inancı ve bağlılığıyla yakından ilgilidir. Hastanın tedaviye bağlılığı aynı zamanda tedaviye katılımın yoğunluğu ve süresiyle de ilintili bulunmuştur. Tedavinin süresinin uzunluğu, madde kullanıcılarında tedavinin başarısını belirleyen bir etkidir. Hizmetin sürekliliğinin tedavinin başarısı üzerinde önemli bir etkisi olduğu düşünülmektedir.

Ergen madde bağımlılığı tedavisi en sık ayaktan sunulmaktadır. Tedavi programı iyi yönetildiğinde ağır olamayan vakalarda son derece etkilidir. Ayaktan tedavi hizmetlerinin türü ve yoğunluğu ergenin klinik durumuna göre değişir.

Araştırmanın yürütüldüğü Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi ÇEMATEM' de haftanın beş günü madde kullanımı olan ergenlere yönelik poliklinik hizmeti verilmektedir. 2017 yılında Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi ÇEMATEM polikliniğine 426 hastanın ilk kez başvurduğu ve bu olguların 108'inin poliklinik kontrollerine devam ettiği saptanmıştır. Polikliniğe başvuran olguların bağımlılık profillerinin yanı sıra komorbid durumları ve psikososyal işlevselliğine yönelik ayrıntılı değerlendirme yapılır. Herhangi bir acil durumun olup olmadığı, madde kullanım sorununun başlangıcından itibaren geçen süreç, bağımlılık derecesinin değerlendirilmesi, madde kullanımından kaynaklanan sorunların tanımlanması ve riskli davranışların saptanması, diğer tıbbi, sosyal ve ruh sağlığı sorunlarının belirlenmesi, hastanın tedaviden beklentilerinin anlaşılması ve değişim için ne kadar hazır ve motive olduğunun belirlenmesi, tedavi için gerekli olan yetkinlik derecesinin saptanması amaçlanır. Gerekli durumlarda farmakolojik tedavi ve psikoterapi süreçleri birlikte yürütülür. Olgular ilk aşamada üç hafta süresince haftalık kontrollere devam eder. Bu süreçte idrar tarama testlerinin üç hafta üst üste negatif sonuçlanması durumunda, kontroller iki haftada bir olacak şekilde devam eder.

Yataklı tedavi genellikle ruh sağlığı ve tıbbi ihtiyaçları sağlamak ve bağımlılık davranışlarından kurtarmayı mümkün kılmak için 24 saatlik yapılandırılmış ortam gerektiren, bağımlılığı ve davranış bozuklukları, ek psikiyatrik sorunları ciddi seviyede olan ergenlerde tercih edilebilir. Yataklı servislerde, çeşitli etkinlikler olmalı, hastanın düzeni ve dengeli

katılımı sağlanmalıdır. Bunlar arasında grup terapileri, bireysel görüşmeler, psikosozal becerileri artırmaya yönelik eğitimler, sosyal etkinlikler sayılabilir. Fizyoterapi, relaksasyon egzersizleri, yoga, düzenli spor gibi hastanın genel sağlık durumunu iyileştirmeyi hedefleyen aktiviteler de olabilir. Oyunları ve sanatsal etkinlikleri içeren eğlenceli aktiviteler de organize edilebilir. Tedavi ortamında hastanın, madde ve madde alımı üzerine kurulu olmayan ve hastaların uygulanabilir buldukları, yeni bir yaşam biçimi ve günlük iş programı geliştirmeye başlayacağı umulur.

Yataklı tedavi modeli, tüm dünyada çocuk ve ergen ruh sağlığında yaygın olarak kullanılan, yoğun bir tedavi ve rehabilitasyon şekli olup, yapılan çalışmalar ergen ruh sağlığı yataklı servislerinin psikiyatrik sorunların tedavisinde etkili olduğunu göstermiştir (125,126,127,128).

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi ÇEMATEM kliniğinin yataklı servis birimi 6 kız-6 erkek olmak üzere 12 yatak kapasitesi ile medikal ve psikosozal tedavi girişimlerinin entegre olarak uygulandığı bir klinikdir. ÇEMATEM kliniğine ait 2017 yılı verileri incelendiğinde 2017 yılında 119 hastanın yataklı tedavi birimine kabul edildiği, çalışmamızın yürütüldüğü Nisan-Aralık 2017 tarihleri arasında 30 hastanın 8 haftalık tedavi sürecini tamamladığı saptanmıştır. Yataklı servis birimine kabulde gönüllülük esastır. Sekiz haftalık tedavi sürecinde antagonizm ve yerine koymaya yönelik farmakolojik tedaviler ile birlikte psikosozal girişimler yoğun olarak uygulanmaktadır. Klinikte Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı uzmanı, 1 psikolog, 6 hemşire, 1 yaratıcı drama eğitmeni, 1 psikodrama – dans ve hareket terapisti, 1 iş-uğraş eğitmeni ile olgulara bireysel görüşmeler, SAMBA Genç Programı (haftada 4 saat), SAMBA Aile programı (haftada 2 saat), bulaşıcı hastalıklar, uyku, hijyen ve beslenme eğitimleri, haftanın 4 günü psikodrama, yaratıcı drama, iş-uğraş terapisi, dans-hareket terapisi gibi psikosozal girişimler sunulmaktadır. Özellikle psikosozal tedavi, ilaç destekli tedaviye uyumu artırarak ve tedaviye devamı sağlayarak tedaviyi güçlendirmektedir. Klinikte yatarak tedavisini tamamlayan hastalar taburculuktan sonra bireysel tedavilerine devam etmektedir.

Yatarak tedavi gören çocuk ve ergenlerin uzun dönem faydalanımları, sosyal ve emosyonel uyumları konusunda halen çok az şey bilinmektedir. Yazında yer alan az sayıdaki çalışma yatış sırasındaki değerlendirme sürecinden başlayarak taburculuk ve sonrasındaki

belirli zaman dilimlerinde devam eden ölçümler ile bu alanlardaki değişimleri saptamaya çalışmıştır.

Tedavinin etkinliği karışık bir kavramdır. Tedavi, farklı özelliklere sahip kişiler için farklı hedefler belirleyen, farklı yöntemler ve uygulama şekillerinden oluşan bir süreçtir. En basit anlatımıyla tedavi, değişimi başlatmayı ve korunmayı sağlamayı hedefler. Kullanılan maddeyi bırakmak ilk aşama, maddeden uzak kalmak ise ikinci aşamadır. Madde bağımlılığı tedavisi içerik, süre, yoğunluk, hedefler, uygulama şekli, uygulayıcı ve hedef kitleden oluşan geniş kapsamlı bir müdahaledir. Ergenler için uygulanan bu ölçümlerde geçerliliği ve güvenilirliği kabul edilmiş ve iyi uygulanabilir HoNOSCA (The Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents) ve CGAS (Child Global Assessment Scale) ölçeklerinin her ikisinin de kullanımı yaygındır ve QNIC (Quality Network for Inpatient child and adolescent mental health services) tarafından önerilir (129). HoNOSCA klinisyen ve hasta tarafından puanlanan, hastanın davranış, bozukluk, semptom ve sosyal alanlardaki global işlevselliğini özetleyen rutin çıkış ölçütlerinden biridir (130). Bu çalışmanın amacı, Türkiye’de az sayıda bulunan çocuk ve ergen madde bağımlılığı tedavi merkezlerinden biri olan Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi ÇEMATEM kliniğinde uygulanan tedavinin etkinliğini, işlevsellik değerlendirmeleri ile belirlemektir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma prospektif izlem çalışması olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma Mart 2017-Aralık 2017 tarihleri arasında Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi ÇEMATEM ve Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinde gerçekleştirilmiştir. ÇEMATEM polikliniği Türkiye'deki sayılı ergen madde tedavi merkezlerinden biridir ve çoğunluğu İzmir ili içinden olmak üzere Türkiye'nin diğer birçok ilinden ailelerin başvurduğu bir klinikdir. ÇEMATEM polikliniğinde ve yataklı servisinde aileleri tarafından getirilen, kurum bakımında olan, adli nedenlerle getirilmiş olan veya denetimli serbestlik sisteminde olan gençler takip edilmektedir.

3.3. Araştırmanın Örneklemi

Dokuz aylık dönem içerisinde ÇEMATEM kliniğine başvurmuş, MKB tanısı alan ve araştırmaya katılmayı kabul eden, çalışmanın içleme-dışlama ölçütlerini karşılayan, yatarak tedavi gören 30 olgu ve poliklinikte ayaktan tedavi gören 30 olgu ve aileleri araştırmaya dahil edilmiştir. Kontrol grubunda ise Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran, aktif psikopatoloji saptanmayan, olgu grubu ile yaş, cinsiyet açısından eşleştirilmiş, çalışmanın içleme-dışlama kriterlerini karşılayan 30 çocuk ve ailesi araştırmaya dahil edilmiştir. Poliklinik tedavisi ve yatalı tedavinin etkinliğinin incelendiği çalışmada ölçümler iki zaman diliminde yapılmıştır. T1 zamanı kontrol grubu ve olgu grubunun yataklı ve ayaktan tedaviye başladığı ilk değerlendirme ölçümlerini, T2 zamanı olgu grubu için 8 haftalık tedaviden sonraki 2. ölçümleri içermektedir. Her ergen ve ailesine T1 zamanında MKB'ye eşlik eden tanıların saptanması amacıyla Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY) uygulanmış ve T1-T2 zamanlarında işlevsellik değerlendirmeleri için CGAS ölçeği değerlendirilmiştir. Aile işlevlerini değerlendirmek amacıyla ebeveynlerden Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ), genel psikiyatrik belirtileri değerlendirmek amacıyla olgulardan

ve ailelerinden Güçler Güçlükler Anketi (GGA) ve HoNOSCA ölçekleri doldurması istenmiştir. Ayrıca yataklı tedavi alan grupta T1 ve T2 ölçümlerinde tedavi ekibinin puanladığı HoNOSCA ölçeği değerlendirilmiştir.

3.3.1. Olgu grubunun çalışmaya dahil edilme ölçütleri

1. 12-18 yaş arasında olmak
2. Klinik olarak normal zeka düzeyinde olmak
3. DSM-V ölçütlerine göre Madde Kullanım Bozukluğu tanısı almış olmak
4. ÇEMATEM Kliniğinde en az 4 hafta yataklı ve ayaktan tedavi görmeyi kabul etmiş olmak
5. Çocuklardan ve/veya kendileri hakkında karar vermeye yetkili birinci derecede yakınlarından çalışmaya katılmak için yazılı onam almış olmak.

3.3.2. Olgu grubunun çalışmadan dışlanma ölçütleri

1. 12-18 yaş arasında olmak
2. Klinik olarak zeka geriliği olması
3. ÇDŞG-ŞY uygulamayı zorlaştıracığından çocuk ve ergenlerin akut psikoz tablosu veya mani-karma duygudurum atağı içinde olması
4. Ailede bilgi vermeyi zorlaştıran mental kapasite düşüklüğü olması veya ailenin okur-yazar olmaması

3.3.3. Kontrol grubunun çalışmaya dahil edilme ölçütleri

1. 12-18 yaş arasında olmak
2. Klinik olarak normal zeka düzeyinde olmak
3. Aktif psikopatoloji saptanmamış olması
4. Çocuklardan ve/veya kendileri hakkında karar vermeye yetkili birinci derecede yakınlarından çalışmaya katılmak için yazılı onam almış olmak.

Görüşme sırasında madde etkisinde olan olgularda değerlendirme başka bir zamana ertelenmiştir.

3.4. Veri toplama araçları

3.4.1. Değerlendirmede kullanılan formlar ve ölçekler

1) Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmada yer alan çocuk ve ergenlerinin sosyodemografik özelliklerini saptamak amacıyla yazarlar tarafından oluşturulmuştur. Sosyodemografik bilgiler ve adres bilgileri (olgunun adı soyadı, doğum tarihi, cinsiyeti, iletişim bilgileri, kardeş sayısı, eğitim durumu, anne ve babanın her birinin yaşı, mesleği ve eğitim durumu, aile ekonomik düzeyi), tıbbi ve psikiyatrik özgeçmiş (fiziksel ve cinsel istismar öyküsü, suç öyküsü, intihar girişimi ve kendini yaralayıcı davranış öyküsü), soy geçmiş bilgileri (ebeveynlerde, kardeşlerde ve akrabalarda psikiyatrik hastalık, madde kullanımı, alkolizm ve suç öyküsü), Madde kullanım öyküsü (başlangıç tarihi, madde türleri, kullanım sıklığı ve miktarı) saptamak amacıyla yüz yüze görüşme esnasında doldurulmuştur. Sosyodemografik veri formu EK. 2’de sunulmuştur.

2) Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Simdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDGŞG-ŞY) (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children Present and Life-time Kiddie-SADS-PL)

Kaufman ve arkadaşları (1997) tarafından çocuk ve ergenlerde görülen psikiyatrik bozuklukların değerlendirilmesinde ve araştırmalarda kullanılmak üzere Chambers ve arkadaşları tarafından geliştirilen (1984) K-SAD-P’den uyarlanmış ve son şekli verilmiştir. Hem çocuklara hem de ebeveynlerine uygulanan bu yapılandırılmış görüşme duygulanım bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, davranış bozuklukları, madde kötüye kullanımı ve diğer bozukluklar olmak üzere beş adet tanı eki, bu tanıların alt tanı ekleri ve çocuklar için genel değerlendirme ölçeğini içermektedir. Türkçe’de geçerlilik, güvenirlik çalışması Gökler ve arkadaşları tarafından 2004 yılında yapılmıştır (131).

3) Güçler Güçlükler Anketi

Çocuk ve gençlerde ruhsal sorunların taranmasında kullanılması için 1997 yılında Robert Goodman tarafından Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA)/ Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) geliştirilmiştir. Bu anketin, 4-16 yaşlar için ebeveyn formu ve öğretmen formu ile 11-16 yaşlar için ergenin kendisinin doldurduğu ergen formu bulunmaktadır. Anketin hem elle işaretlenen hem de bilgisayarda doldurulabilen formları mevcuttur. GGA bazıları olumlu bazıları olumsuz davranış özelliklerini sorgulayan 25 soru içerir. Bu sorular kendi içinde 5 alt başlıkta toplanmıştır bu başlıklar davranış sorunları, dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik, duygusal sorunlar, akran sorunları ve sosyal davranışlardır. Her başlık kendi içinde değerlendirildiği gibi ilk dört başlığın toplamı 'toplam güçlük puanı'ni vermektedir. Sosyal davranıştaki yüksek puanlar bireyin sosyal alandaki güçlü yönlerini yansıtırken; diğer dört alandaki (davranış sorunları, dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik, duygusal sorunlar, akran sorunları) yüksek puanlar sorun alanlarının şiddetli olduğunu yansıtmaktadır. Bunun yanında bireyin ruhsal güçlüklerle ilgili etkilenme düzeyini belirleyen etkilenme puanları da ölçekten hesaplanabilmektedir. Etkilenme puanlarının yüksek olması ruhsal güçlüklerin bireyi daha fazla etkilediğini bildirmektedir. Güvenir ve arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanan ölçeğin tutarlı ve güvenilir olduğu gözlenmiştir (132).

4) Çocuklar için Global Değerlendirme Ölçeği (CGAS- Children's Global Assessment Scale)

ÇGDÖ, erişkinler için hazırlanan ve psikiyatrik bozuklukların şiddetini ölçmeye yarayan İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi ve Sağlık Hastalık Ölçeklerinin çocuk ve ergenlere uyarlanmış halidir. ÇGDÖ, sağlık ve hastalık arasındaki düzlemde düzlemde, çocuk ya da ergenin işlevselliğini en ağır şekilde bozan durumu göz önüne alarak klinisyenin yaptığı tahmini skorlamayı içerir. 1'den 100'e kadar puanlanır ve en sağlıksızdan en sağlıklıya doğru giden 10 bölüm içinde incelenir. Her bölüm içinde belirtilen örnek durumlara uygunluğuna göre belirlenen bölüm aralığında bir puan verilir (133).

5) Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)

Aile değerlendirmesinde kullanılacak önemli bir araç olan ADÖ, ailenin altı farklı alandaki işlevselliği ve genel işlevselliği hakkında bilgi verir. ADÖ; McMaster Aile Değerlendirme Ölçeği (Family Assessment Device), ABD’de Brown Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ve İnsan Davranışları Bölümü ile Butler Hastanesi iş birliği ile geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenilirliği Ebstein ve ark. tarafından yapılmıştır (134). ADÖ’nün Türk ailelerindeki geçerlilik ve güvenilirliği 1990 yılında Bulut tarafından yapılmıştır (135). ADÖ; anne, baba ya da 18 yaşından büyük bir aile bireyi tarafından doldurulabilir. 60 maddeden oluşan ölçek yedi farklı alanı değerlendirir: Bu alanlar; problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevlerdir. Her alanın toplam puanı 1 ile 4 arasında değişir, 1 puan sağlıklı, 4 puan sağlıklı işleyişi gösterir. Ailenin bir alandaki puanı 2’yi geçtiğinde o alanda problem olduğu düşünülür.

6) HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for children and Adolescent)

1999 yılında Gowers ve ark. Tarafından klinik ortam sonuçlarını değerlendirmek için İngiltere’de geliştirildi. Değerlendirmeden önceki 2 hafta içinde bir hastanın sosyal, davranışsal ve fiziksel işlevselliğini, psikiyatrik belirtileri ve bozukluklarını özetleyen 15 maddelik bir ölçektir. İlk 13 madde şu klinik özellikleri değerlendirir: Yıkıcı davranışlar, hareketlilik ve dikkat sorunları, kendine zarar verme (davranışsal skor), madde kötüye kullanımı, skolastik/dil becerileri (bozulma skoru), fiziksel hastalık, sanrı/varsanı, organik olmayan somatik belirtiler (semptomatik skor), kişisel bakım, aile ilişkileri, akran ilişkileri ve okul devamlılığı (sosyal skor). Son 2 madde sunulan hizmet ve ebeveynlerin gencin güçlüklerini anlama veya bu konuda bilgi edinme eksikliklerini içerir. Her madde için 0-4 arasında değişen bir puan verilir. Yüksek puanlar bu nedenle disfonksiyonun şiddetini temsil eder. Hasta ve ebeveynleri ve doktor tarafından yönetilen multidisipliner bir ekip tarafından puanlandırılan 2 formu bulunmaktadır (136). Türkçe’ye uyarlanan ölçeğin tutarlı ve güvenilir olduğu gözlenmiştir (137).

3.5. Etik Kurul Onayı

Bu çalışmaya başlamadan önce Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 26.01.2017 Tarihli 1 Karar No.lu kararıyla onay alınmıştır



4. **BULGULAR**

4.1. İstatistiksel Yöntem

Analizler için SPSS for Windows version 22.0 istatistik paket programı kullanıldı. Analizlerde verilerin tanımlayıcı analizleri, kategorik değişkenler için sayı ve yüzdeler, sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma olarak sunulmuştur. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Skewness, Kurtosis değerleri, Kolmogorov-Smirnov testi, ortalama ve standart sapma değerleri, histogram grafiklerinin incelenmesiyle değerlendirilmiştir. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi, ki-kare testi varsayımlarının sağlanmadığı durumlarda ise Fisherin kesin testi kullanılmıştır. Bağımsız iki grubun sürekli değişkenlerinin karşılaştırılmasında normal dağılım koşullarının sağlanabildiği durumlarda bağımsız gruplar t testi, normal dağılım koşullarının sağlanamadığı durumlarda Mann Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız grubun sürekli değişkenlerinin karşılaştırılmasında One-Way ANOVA testi, normal dağılım koşullarının sağlanamadığı durumlarda Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. One-Way ANOVA testi anlamlı çıktığında farkın kaynaklandığı grubu belirlemek için Tukey-HSD; Kruskal-Wallis Testi anlamlı çıktığında farkın kaynaklandığı grubu belirlemek için ise Bonferroni düzeltmeli İkili Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Bağımlı iki grubun sürekli değişkenlerinin karşılaştırılmasında normal dağılım koşullarının sağlanabildiği durumlarda paired t testi, normal dağılım koşullarının sağlanamadığı durumlarda Wilcoxon testi kullanılmıştır. Normal dağılmayan iki sürekli değişken arasındaki ilişkinin belirlenmesi için Spearman Korelasyon analizi uygulanmıştır. Analizlerde istatistiksel anlamlılık değeri $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

4.2. Bulgular

Yaş

Olgu grubunda yer alan poliklinikte tedavi gören çocukların yaş ortalaması $15,97 \pm 1,13$, yatarak tedavi gören çocukların yaş ortalaması $15,93 \pm 1,05$, kontrol grubunda yer alan çocukların yaş ortalaması $15,50 \pm 1,33$ olarak bulunmuştur. Grupların yaş ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır (One-Way Anova, $p=0,236$).

Cinsiyet

Poliklinikte tedavi alan çocukların %66,7'si (n:20), yatarak tedavi gören grubun %56,7'si (n:17), kontrol grubundakilerin ise %53,3'ü (n:16) erkektir. Gruplar arasında cinsiyet dağılımı açısından anlamlı fark bulunmamıştır (Pearson Ki-Kare, p=0,551).

Özellik	Erkek		Kadın		Toplam		p*
	n	%**	n	%**	n	%**	
Poliklinik tedavi grubu	20	66,7	10	33,3	30	100	0,551
Yataklı tedavi grubu	17	56,7	13	43,3	30	100	
Kontrol grubu	16	53,3	14	46,7	30	100	
Toplam	53	58,9	37	41,1	90		

*Pearson Ki-Kare **Satır yüzdesi

Eğitim Durumu

Vaka ve kontrol gruplarının eğitim durumlarına bakıldığında kontrol grubundakiler diğer gruplara göre daha fazla lise düzeyinde eğitim aldığı ve okul bırakma durumları daha az olduğu bulunmuştur. Poliklinik tedavisi grubundakilerde %40, yatarak tedavi grubundakilerin de %70'inin okulu bıraktığı; kontrol grubunda ise sadece bir kişinin okulu bıraktığı görülmektedir (p:<0,001, Fisherin kesin testi).

Özellik	İlköğretim		Lise		Okul Bırakma veya Açık lise		Toplam		p*
	n	%**	n	%**	n	%**	n	%**	
Poliklinik	7	23,3	11	36,7	12	40	30	100	<0,001
Yataklı tedavi	3	10	6	20	21	70	30	100	
Kontrol	4	13,3	25	83,3	1	3,3	30	100	
Toplam	14	15,6	42	46,7	34	37,8	90		

*Fisherin kesin testi **Satır yüzdesi

Eğitim Bırakma

Okul bırakma ve madde kullanımını ilişkisi değerlendirildiğinde; Kontrol grubundakilerin tamamının okula devam ettiği, yatarak tedavi goren gruptakilerin ise %66,7'sinin madde kullanımına başladıktan sonra okulu bıraktığı bulunmuştur ($p < 0,001$, Fisherin kesin testi).

Tablo 3: Olgu ve Kontrol Gruplarının Eğitim Bırakma Durumu Dağılımı

Özellik	Eğitime devam		Maddeden önce bırakma		Maddeden sonra bırakma		Toplam		p*
	n	%**	n	%**	n	%**	n	%**	
Poliklinik Tedavisi	13	43,3	6	20	11	36,7	30	100	<0,001
Yataklı tedavi	8	26,7	2	6,7	20	66,7	30	100	
Kontrol	30	100	0	0	0	0	30	100	
Toplam	51	56,7	8	8,9	31	34,4	90		

*Fisherin kesin testi **Satır yüzdesi

Aile Yapısı

Poliklinik tedavisi grubundaki hastaların ebeveynlerinin %66,7'si (n:20) birlikte, %20'si(n:6) boşanmış, %13,3'ünün (n:4) ise ebeveynlerinden birisi vefat etmiştir. Yataklı tedavi grubundaki hastaların ebeveynlerinin %70'i (n:21) birlikte, %26,7'si (n:8) boşanmış, %3,3'ünün (n:1) ise ebeveynlerinden birisi vefat etmiştir. Kontrol grubundaki hastaların ebeveynlerinin %76,7'si (n:23) birlikte, %16,7'si(n:5) boşanmış, %6,7'sinin (n:2) ise ebeveynlerinden birisi vefat etmiştir. Gruplar arasında aile yapısı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p:0,685$).

Tablo 4: Olgu ve Kontrol Gruplarının Aile Yapısı Durumu Dağılımı							
Özellik	Birlikte		Diğer (Boşanmış, vefat, ayrı)		Toplam		p*
	n	%**	n	%**	n	%**	
Poliklinik Tedavisi	20	66,7	10	33,3	30	100	0,685
Yataklı tedavi	21	70	9	30	30	100	
Kontrol	23	76,7	7	23,3	30	100	
Toplam	64	71,1	26	28,9	90		
*Pearson Ki-Kare		**Satır yüzdesi					

Anne-Baba Yaşı

Poliklinik tedavi alan grubun (n=30) anne yaşı ortalaması $40,87 \pm 5,26$, yatarak tedavi alan grubun (n=30) anne yaşı ortalaması $41,30 \pm 6,06$, kontrol grubunun (n=30) anne yaşı ortalaması $43,50 \pm 4,94$ olarak bulunmuştur. Gruplar arasında anne yaşı ortalaması açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır (One-Way Anova, $p=0,139$). Poliklinik tedavisi gören grubun (n=27) baba yaşı ortalaması $44,07 \pm 5,11$, yatarak tedavi alan grubunun (n=29) baba yaşı ortalaması $46,31 \pm 6,15$, kontrol grubunun (n=28) baba yaşı ortalaması $47,11 \pm 4,65$ olarak bulunmuştur. Gruplar arasında baba yaşı ortalaması açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır (One-Way Anova, $p=101$).

Anne ve Babaların Eğitim Durumu

Vaka ve kontrol grupları arasında annelerin eğitimi durumu yönünden istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p: 0,392$). Poliklinik tedavisi alan gruptakilerin %46,7'sinin, yatarak tedavi gören gruptakilerin %50'sinin, kontrol grubundakilerin ise %63,3'ünün annesi ortaokul ve üstü eğitim almıştır. Vaka ve kontrol grupları arasında babaların eğitim düzeyi açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p:0, 104$). Poliklinik tedavisi alan gruptakilerin %48,1'inin, yataklı tedavi alan grubun %72,4'ünün, kontrol grubundakilerin ise %71,4'ünün babası ortaokul ve üstü eğitim almıştır.

Anne ve Babaların Meslek Durumu

Vaka ve kontrol grupları arasında babaların meslek durumu açısından istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmamıştır (p:0, 084). Poliklinik tedavisi alan gruptaki olguların babalarının %7,4'ünün memur, %48,1'inin işçi, %44,4'ünün serbest meslek-emekli-işsiz kategorisinde yer aldığı, yataklı tedavi alan gruptaki olguların %10,3' ünün memur, %20,7'sinin işçi, %69'unun serbest meslek-emekli-işsiz kategorisinde yer aldığı bulunmuştur.

Vaka ve kontrol grupları arasında annelerin çalışması yönünden istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır (p:0, 302, Pearson Ki-Kare). Poliklinik tedavisi alan gruptakilerin %40'ının, yatarak tedavi gören gruptakilerin %50'sinin, kontrol grubundakilerin ise %60'ının annesi herhangi bir işte çalışmaktadır.

Ailenin Gelir Durumu

Örneklem grubunun sosyoekonomik durumunu değerlendirmek amacıyla olgulara aylık gelir düzeyleri sorulmuştur. 1500 TL'ye kadar olan aylık gelirler düşük, 1500-3000 TL arası orta, 3000 TL üzeri yüksek sosyoekonomik düzey olarak sınıflandırılmıştır. Olgu ve kontrol grupları arasında aile gelir durumu dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p:0, 366).

Tablo 5: Olgu ve Kontrol Gruplarının Aile Gelir Durumu Dağılımı

Özellik	Düşük		Orta		Yüksek		Toplam		p*
	n	%**	n	%**	n	%**	n	%**	
Poliklinik Tedavisi	6	20	20	66,7	4	13,3	30	100	0,366
Yataklı Tedavi	3	10	18	60	9	30	30	100	
Kontrol	2	6,7	20	66,7	8	26,7	30	100	
Toplam	11	12,2	58	64,4	21	23,3	90		

*Fisherin kesin testi **Satır yüzdesi

Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü

Ebeveynlerdeki psikiyatrik hastalıklar açısından incelendiğinde; poliklinik tedavisi alan gruptaki olguların ebeveynlerinin %20'sinin (n:6), yataklı tedavi alan gruptaki olguların ebeveynlerinin %40'ının (n:12), kontrol grubundaki olguların ebeveynlerinin ise %26,7'sinin (n:8) psikiyatrik hastalık tanısı olduğu bildirilmiştir. Gruplar arasında ebeveynlerde psikiyatrik hastalık bulunması yönünden anlamlı fark bulunmamıştır (p:0,220, Pearson Ki-Kare).

Özellik	Ailede Psikiyatrik Hastalık Tanısı Olan		Ailede Psikiyatrik Hastalık Tanısı Olmayan		Toplam		p*
	n	%**	n	%**	n	%**	
Poliklinik Tedavisi	6	20	24	80	30	100	0,220
Yataklı Tedavi	12	40	18	60	30	100	
Kontrol	8	26,7	22	73,3	30	100	
Toplam	26	28,9	64	71,1	90		

*Pearson Ki-Kare **Satır yüzdesi

Özellik	Poliklinik Tedavisi		Yataklı Tedavi		Kontrol		Toplam		
	n	%**	n	%**	n	%**	n	%**	
Yok	24	80	18	60	22	73,3	64	71,1	
Psikotik Boz.	0	0	1	3,3	0	0	1	1,1	
Bipolar Boz.	0	0	1	3,3	0	0	1	1,1	
MDB	6	20	7	23,3	3	10	16	17,8	
Anksiyete Boz.	0	0	2	6,7	2	6,7	4	4,4	
OKB	0	0	0	0	2	6,7	2	2,2	
DEHB	0	0	0	0	1	3,3	1	1,1	
Diğer	0	0	1	3,3	0	0	1	1,1	
Toplam	30	100	30	100	30	100	90		

**Sütun yüzdesi

Poliklinik tedavisi alan gruptaki hastaların ebeynlerinin %80'inin (n:24) psikiyatrik bozukluk tanısı olmadığı, %20'sinin (n:6) MDB tanısının olduğu bulunmuştur. Yatarak tedavi alan hastaların ebeynlerinin %60'ının (n:18) psikiyatrik hastalık tanısının olmadığı, %3,3'ünün Psikotik Bozukluk tanısı, %3,3'ünün Bipolar Bozukluk, %23,3'ünün MDB, %6,7'sinin Anksiyete Bozukluğu tanısı aldığı bulunmuştur. Kontrol grubundakilerin ailesinde ise %73,3 psikiyatrik hastalık tanısının olmadığı, %10'unda MDB, %6,7'sinde Anksiyete Bozukluğu, %6,7'sinde OKB, %3,3'ünde DEHB tanısının olduğu bulunmuştur.

Ailede Alkol ve Madde Kullanım Öyküsü

Poliklinik tedavisi alan grubun %56,7'sinin (n:17), yatarak tedavi alan grubun %30'unun (n:9), kontrol grubundakilerin ise %3,3'ünün (n:1) ailesinde alkol kullanımı olduğu bulunmuştur. İstatistik değerlendirmede vaka grubunda kontrol grubuna göre ailede alkol kullanım oranı anlamlı olarak daha yüksektir.

Özellik	Ailede Alkol Olan		Ailede Alkol Olmayan		Toplam		p*
	n	%**	n	%**	n	%**	
Poliklinik Tedavisi	17	56,7	13	43,3	30	100	<0,001
Yataklı Tedavi	9	30	21	70	30	100	
Kontrol	1	3,3	29	96,7	30	100	
Toplam	27	30	63	70	90		

*Pearson Ki-Kare **Satır yüzdesi

Poliklinik tedavisi alan grubun ailelerinde (n:16) %53,3 oranında, yatarak tedavi alan grubun ailelerinde (n:15) %50 oranında madde kullanım öyküsü olduğu bulunurken; kontrol grubunun ailelerinde madde kullanım öyküsü saptanmamıştır. Poliklinik tedavisi alan ve yataklı tedavi alan grupta ailede madde kullanım öyküsü daha fazla bulunmuştur (p<0,001)

Tablo 9: Olgu ve Kontrol Gruplarının Ailede Madde Kullanım Öyküsü Açısından Dağılımı							
Özellik	Ailede Madde Boz. Olan		Ailede Madde Boz. Olmayan		Toplam		p*
	n	%**	n	%**	n	%**	
Poliklinik Tedavisi	16	53,3	14	46,7	30	100	<0,001
Yataklı Tedavi	15	50	15	50	30	100	
Kontrol	0	0	30	100	30	100	
Toplam	31	34,4	59	65,6	90		
*Pearson Ki-Kare **Satır yüzdesi							

Ailede Suç Öyküsü

Poliklinik tedavisi alan grubun %30'unun (n:9), yataklı tedavi alan grubun %40'ının (n:12) ailesinde suç işleme öyküsü görülürken, kontrol grubundakilerin ailesinde suç işleme öyküsü görülmemektedir. Vaka grubunda kontrol grubuna göre ailede suç işleme öyküsü anlamlı olarak daha fazla saptanmıştır (p<0,001).

Tablo 10: Olgu ve Kontrol Gruplarının Ailede Suç Durumu Dağılımı							
Özellik	Ailede Suç Olan		Ailede Suç Olmayan		Toplam		p*
	n	%**	n	%**	n	%**	
Poliklinik Tedavisi	9	30	21	70	30	100	<0,001
Yataklı Tedavi	12	40	18	60	30	100	
Kontrol	0	0	30	100	30	100	
Toplam	21	23,3	69	76,7	90		
*Pearson Ki-Kare **Satır yüzdesi							

İstismar Öyküsü

Vaka ve kontrol grupları arasında istismar öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p: 0,014, Fisherin Kesin Testi). Poliklinik tedavisi alan grubun %10'unda, yatarak tedavi alan grubun %23,3'ünde istismar öyküsü saptanırken, kontrol grubunda istismar öyküsü saptanmamıştır. Yataklı tedavi alan grupta poliklinik tedavisi alan gruba göre istismar

oranı daha yüksek saptanmıştır ancak iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,166$, Pearson Ki-Kare). Poliklinik tedavisi alan grupta istismar öyküsü olan olguların ikisinin cinsel istismar, birisinin fiziksel istismar öyküsü olduğu saptanmıştır. Yataklı tedavi alan grupta istismar öyküsü olanlar arasında 5'inin cinsel istismar, 2'sinin fiziksel istismar öyküsü olduğu bulunmuştur.

Özellik	İstismar Olan		İstismar Olmayan		Toplam		p*
	n	%**	n	%**	n	%**	
Poliklinik Tedavisi	3	10	27	90	30	100	0,014
Yataklı Tedavi	7	23,3	23	76,7	30	100	
Kontrol	0	0	30	100	30	100	
Toplam	10	11,1	80	88,9	90		

*Fisherin kesin testi **Satır yüzdesi

İntihar

Vaka ve kontrol grupları arasında intihar girişimi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p:<0,001$, Person Ki-Kare). Poliklinik tedavisi alan gruptaki olguların %26,7'sinde, yataklı tedavi alan gruptakilerin ise %43,3'ünde intihar girişim öyküsü olduğu bulunmuştur. Kontrol grubunda ise intihar girişimi olan yoktur.

Özellik	İntihar Olan		İntihar Olmayan		Toplam		p*
	n	%**	n	%**	n	%**	
Poliklinik Tedavisi	8	26,7	22	73,3	30	100	<0,001
Yataklı Tedavi	13	43,3	17	56,7	30	100	
Kontrol	0	0	30	100	30	100	
Toplam	21	23,3	69	76,7	90		

*Pearson Ki-Kare **Satır yüzdesi

Kendine Zarar Verme Davranışı

Vaka ve kontrol grupları arasında kendine zarar verme davranışı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,001$). Poliklinik tedavi alan gruptaki hastaların %53,3'ünde, yataklı tedavi alan gruptaki hastaların ise %56,7'sinde kendine zarar verme davranışı olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda ise kendine zarar verme davranışı olan yoktur.

Özellik	KZVD +		KZVD -		Toplam		p*
	n	%**	n	%**	n	%**	
Poliklinik Tedavisi	16	53,3	14	46,7	30	100	<0,001
Yataklı Tedavi	17	56,7	13	43,3	30	100	
Kontrol	0	0	30	100	30	100	
Toplam	33	36,7	57	63,3	90		

*Pearson Ki-Kare **Satır yüzdesi

Suç İşleme Öyküsü

Poliklinik tedavi alan grubun %16,7'sinde (n:5), yataklı tedavi alan grubun %26,7'sinde (n:8) suç işleme öyküsü olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundakilerde ise suç işleme öyküsü yoktur. Vaka ve kontrol grupları arasında suç işleme öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.

Özellik	Var		Yok		Toplam		p*
	n	%**	n	%**	n	%**	
Poliklinik Tedavisi	5	16,7	25	83,3	30	100	0,006
Yataklı Tedavi	8	26,7	22	73,3	30	100	
Kontrol grubu	0	0	30	100	30	100	
Toplam	13	14,4	57	85,6	90		

*Fisherin kesin testi **Satır yüzdesi

Madde Kullanımına Yönelik Tedavi İçin Hastaneye Yatış Öyküsü

Poliklinik tedavisi alan grubun %20'sinde (n:6) bir kez yatış, %10'unda (n:3) birden fazla yatış öyküsü olduğu bulunmuştur. Yataklı tedavi grubunda ki olguların %56,7'sinde (n:17) bir defa, %33,3'ünde (n:10) birden fazla hastane yatış öyküsü saptanmıştır. Yataklı tedavi alan grupta diğer gruplara göre daha önce hastane yatış öyküsü olması açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p:<0,001).

Özellik	Var		Yok		Toplam		p*
	n	%**	n	%**	n	%**	
Poliklinik Tedavisi	9	30	21	70	30	100	<0,001
Yataklı Tedavi	27	90	3	10	30	100	
Kontrol	0	0	30	100	30	100	
Toplam	36	40	54	60	90		

*Pearson Ki-Kare **Satır yüzdesi

Sigara Kullanım Miktarı ve Başlama Yaşı

Poliklinik tedavisi alan grubun (n=30) sigaraya başlama yaşı ortalaması 12,20± 1,88, yataklı tedavi alan grupta (n=30) sigara başlama yaşı ortalaması 11,93±1,93, kontrol grubunda (n=15) sigaraya başlama yaşı ortalaması 14,20±0,67 olarak bulunmuştur. Sigaraya başlama yaşı açısından vaka ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur (One-Way Anova testi, p:<0,001). Vaka ve kontrol gruplarının sigara kullanım miktarları incelendiğinde; Vaka grubunda kontrollere göre daha fazla miktarda sigara kullandığı görülmektedir. Poliklinik tedavisi alan gruptakilerin %76,7'si, yataklı tedavi alan gruptakilerin %73,3'ü 20 adet/gün'den fazla sigara içmekte iken kontrol grubundakilerin ise %6,7'si 20 adet/gün'den fazla sigara içmektedir.

Tablo 16: Olgu ve Kontrol Gruplarının Sigara Kullanma Durumu Dağılımı											
Özellik	Yok		<10 adet/gün		10-20 adet/gün		>20 adet/gün		Toplam		p*
	n	%**	n	%**	n	%**	n	%**	n	%**	
Poliklinik tedavi grubu	0	0	1	3,3	6	20	23	76,7	30	100	<0,001
Yataklı tedavi grubu	0	0	3	10	5	16,7	22	73,3	30	100	
Kontrol grubu	15	50	4	13,3	9	30	2	6,7	30	100	
Toplam	15	16,7	8	8,9	20	22,2	47	52,2	90		

*Pearson Ki-Kare **Satır yüzdesi

Alkol Kullanım Durumu ve Alkole Başlama Yaşı

Poliklinik tedavi alan grupta (n=23) alkole başlama yaşı ortalaması 13,26±1,17, yataklı tedavi alan grupta (n=25) alkole başlama yaşı ortalaması 13,42±1,1, kontrol grubunda (n=4) alkole başlama yaşı ortalaması 15±0 olarak bulunmuştur. Vaka ve kontrol grupları arasında alkole başlama yaşı ortalaması açısından istatistiksek olarak fark bulunmamıştır (Kruskal Wallis, p=0,021).

Kontrol grubundaki hastaların %86,7'si alkol kullanmadığını, %13,3'ü ise sosyal içici olduğunu bildirmiştir. Poliklinik tedavisi alan gruptaki hastaların %16,7'si alkol kullanmadığını, %26,7'si sosyal içici olduğunu, %13,3'ü haftada 1 kez alkol kullandığını, %40'ı haftada 2-3 kez, %3,3'ü ise her gün alkol kullandığını bildirmiştir. Yataklı tedavi alan gruptakilerin ise %16,7'sialkol kullanmadığını, %10'u sosyal içici olduğunu, %26,7'si haftada 1 kez alkol kullandığını, %33,3'ü haftada 2-3 kez, %13,3'ü ise her gün alkol kullandığını bildirmiştir. Vaka ve kontrol gruplarının alkol kullanma sıklığı değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p:<0,001).

Özellik	Poliklinik Tedavi Grubu		Yataklı Tedavi Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		p*
	n	%**	n	%**	n	%**	n	%**	
Alkol kullanımı yok	5	16,7	5	16,7	26	86,7	36	40	
Sosyal içici	8	26,7	3	10	4	13,3	15	16,7	<0,001
Haftada 1	4	13,3	8	26,7	0	0	12	13,3	
Haftada 2-3 kez	12	40	10	33,3	0	0	22	24,4	
Hergün	1	3,3	4	13,3	0	0	5	5,6	
Toplam	30	100	30	100	30	100	90		

*: Fisherin kesin testi **Sütun yüzdesi

İlk Kullanılan Madde Türü ve Başlama Yaşı

Poliklinik tedavisi alan grubun (n=30) madde kullanımına başlama yaşı ortalaması 13,7±1,44, yataklı tedavi alan grubun (n=30) madde kullanımına başlama yaşı ortalaması 13,33±1,09 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında madde kullanımına başlama yaşı ortalaması açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır (Bağımsız gruplar t testi, p=0,272).

Poliklinikte tedavi görenlerin kullandığı ilk maddenin türü değerlendirildiğinde; %46,7'si esrar, %13,3'ü sentetik kanabinoid, %23,3'ü uyarıcı hap, %13,3'ü uçucu madde, %3,3'ü sedatif ve hipnotik grubu madde olarak bulunmuştur. Yataklı tedavi gören grupta ise ilk kullanılan madde türünün %63,3'ü esrar, %16,7'si sentetik kanabinoid, %10'u uyarıcı hap, %10 uçucu madde kullandığını bildirmiştir.

Özellik	Poliklinik Tedavi Grubu		Yataklı Tedavi tedavi		Toplam	
	n	%**	n	%**	n	%**
Yok	0	0	0	0	0	0
Esrar	14	46,7	19	63,3	33	55
Sent. Kanabinoid	4	13,3	5	16,7	9	15
Uyarıcı Hap	7	23,3	3	10	10	16,7
Uçucu	4	13,3	3	10	7	11,7
Sedatif	1	3,3	0	0	1	1,6
Toplam	30	100	30	100	90	

**Sütun yüzdesi

Kullanılan 2. ve 3. Madde Madde Türleri

İkinci madde türleri incelendiğinde; Poliklinik tedavisi alan gruptaki hastaların %6,7'si ikinci madde kullanmadığı, %23,3'ü esrar, %26,7'si sentetik kanabiooid, %6,7'si opiat, %36,7'si uyarıcı hap kullandığı bulunmuştur. Yataklı tedavi alan grupta ise hastaların %16,7'si esrar, %10'u sentetik kanabinoid, %16,7'si opiat, %43,3'ü uyarıcı hap, %13,3'ü kokain kullandığını bildirmiştir. Yataklı tedavi alan gruptaki olguların tamamının 2. Bir madde türü kullandığı bulunmuştur. 3. madde türleri incelendiğinde; poliklinik tedavisi alan grubun %43,3'ünün üçüncü madde türü kullanmadığı, %13,3'ünün esrar, %13,3'ünün sentetik kanabiooid, %3,3'ünün opiat, %16,7'sinin uyarıcı hap, %3,3'ünün uçucu madde, %6,7'sinin kokain kullandığı saptanmıştır. Yataklı tedavi alan gruptakilerin ise %26,7'sinin üçüncü bir madde türü kullanmadığı, %16,7'sinin sentetik kanabiooid, %36,7'sinin opiat, %16,7'sinin uyarıcı hap, %3,3'ünün uçucu madde kullandığı saptanmıştır. Poliklinik tedavisi alan ve yataklı tedavi alan gruplar arasında üçüncü madde türünün kullanım sıklıkları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p:0, 697).

Komorbid Psikiyatrik Hastalıklar

Komorbid psikiyatrik hastalık durumları incelendiğinde; Poliklinik grubundaki olguların %40 Davranış bozukluğu, %30 DEHB, %13,3 Depresif Bozukluk tanısını karşıladığı; yataklı tedavi grubunun %33,3'ünün Davranış bozukluğu, %23,4'ünün DEHB, %16,6'sının Depresif Bozukluk tanısı aldığı bulunmuştur.

Özellik	Poliklinik Tedavi Grubu		Yataklı Tedavi Grubu		Toplam	
	n	%**	n	%**	n	%**
Yok	0		0	0	0	0
DEHB	9	%30	7	%23,4	16	%26,6
KOKGB	2	%6,7	1	%3,3	3	%5
Davranış Boz.	12	%40	10	%33,3	22	%36,6
Depresif Boz.	4	%13,3	5	%16,7	9	%15
TSSB	2	%6,7	4	%13,4	6	%10
Psikotik Bozukluk	0	0	1	%3,3	1	%1,7
Sosyal Fobi	0	0	1	%3,3	1	%1,7
YAB	0	0	1	%3,3	1	%1,7
Tik Boz.	1	%3,3	0	0	1	%1,7
Toplam	30	100	30	100	90	

*Satır yüzdesi

Geçmiş Psikiyatrik Tanılar

Vaka ve kontrol gruplarının geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsü durumu değerlendirildiğinde; vaka gruplarında kontrollere göre anlamlı olarak daha fazla psikiyatrik hastalık tanısı öyküsü olduğu bulunmuştur. Poliklinik tedavisi alan gruptakilerin %62,1'inde, yataklı tedavi alan gruptakilerin ise %70'inde madde kullanımından önce psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu saptanmıştır.

Özellik	Var		Yok		Toplam		p*
	n	%**	n	%**	n	%**	
Poliklinik Tedavisi	18	62,1	11	37,9	30	100	<0,001
Yataklı Tedavi	21	70	9	30	30	100	
Kontrol	2	6,7	28	93,3	30	100	
Toplam	41	46,1	48	53,9	90		

*Pearson Ki-Kare **Satır yüzdesi

Vaka ve kontrol gruplarının geçmiş psikiyatrik hastalık tanıları tabloda özetlenmiştir. Buna göre poliklinik grubundaki hastaların %34,5’inde madde kullanmadan önce DEHB tanısı olduğu görülmektedir. Yataklı tedavi alan grubun ise %30’unda madde kullanmadan öncepsikiyatrik hastalık tanısı saptanmazken, %33,3’ünde DEHB tanısı olduğu saptanmıştır.

Tablo 21: Olgu ve Kontrol Gruplarının Geçmiş Psikiyatrik Hastalık Durumu Dağılımı									
Özellik	Poliklinik		Yatarak tedavi		Kontrol		Toplam		
	n	%**	n	%**	n	%**	n	%**	
Yok	12	37,9	9	30	28	93,3	48	53,9	
DEHB	10	34,5	10	33,3	0	0	20	22,5	
KOKGB	5	17,2	4	13,3	0	0	9	10,1	
Davranış Boz.	2	6,9	4	13,3	0	0	6	6,7	
Depresif Boz.	1	3,4	0	0	0	0	1	1,1	
AAB	0	0	0	0	1	3,3	1	1,1	
YAB	0	0	0	0	1	3,3	1	1,1	
Sosyal Fobi	0	0	3	10	0	0	3	3,4	
Toplam	30	100	30	100	30	100	90		
**Sütun yüzdesi									

Çocuklar İçin Genel Değerlendirme Ölçeği (CGAS)

Poliklinik grubunun tedaviye başlamadan önceki CGAS ortalaması 51,10±7,0; yataklı tedavi alan grubun tedavi öncesi CGAS ortalaması 46,13±5,9; kontrol grubunun ise 81,0±3,36’dır. Gruplar arasında CGAS başlangıç değerleri açısından istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (p:<0,001).

Tablo 22: Gruplar arasında CGAS1 ortalamalarının değerlendirilmesi						
Özellik	Gruplar	N	Ortalama	SS		
					F	p değeri*
CGAS1	Poliklinik Tedavisi	30	51,10	7,0	336,618	<0,001
	Yataklı Tedavi	30	46,13	5,9		
	Kontroller	30	81,0	3,36		
*: One-Way ANOVA						

Farkın kaynaklandığı grubun belirlenmesi için yapılan ikili karşılaştırmalarda 3 grup arasında anlamlı fark saptanmıştır. Yataklı tedavi gören grupta poliklinik tedavisi alan grup ve kontrollere göre daha düşük (p: 0,003; <0,001); poliklinik tedavisi görenlerde ise kontrollere göre daha düşük CGAS ortalamaları saptanmıştır (p:<0,001).

		p değeri*
Poliklinik grubu	Yataklı tedavi grubu	0,003
	Kontroller	<0,001
Yataklı tedavi grubu	Poliklinik grubu	0,003
	Kontroller	<0,001
Kontroller	Poliklinik grubu	<0,001
	Yataklı tedavi grubu	<0,001

*: Tukey HSD

Poliklinik tedavisi alan ve yataklı tedavi alan gruplar arasında 8 haftalık tedavi sonrası yapılan 2. değerlendirmede CGAS değerleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p:0, 859).

Özellik	Gruplar	N	Ortalama	SS		
					t	p değeri*
CGAS2	Poliklinik Tedavisi	30	63,43	6,78	-0,178	0,859
	Yataklı Tedavi	30	63,73	6,22		

*: Bağımsız gruplar t testi

Özellik	Poliklinik Grubu		Yataklı Tedavi Grubu	
	Ortalama	SS	Ortalama	SS
CGAS1	51,10	7,0	46,13	5,9
CGAS2	63,43	6,78	63,73	6,22
p değeri*	<0,001		<0,001	

*: Paired t testi

Hem poliklinik tedavisi alan hem de yataklı tedavi alan gruplar arasında birinci ve ikinci CGAS değerleri arasında anlamlı fark görülmüştür ($p:<0,001$; $<0,001$). Her iki grubun CGAS puanlarında artış görülmüştür.

Tablo 26: Poliklinik ve yatarak tedavi gören gruplar arası CGAS T1-T2 farklarının karşılaştırılması

Özellik	Gruplar	N	Ortalama	SS		
					F	p değeri*
CGAS T1-T2 farkı	Poliklinik	30	-12,33	4,53	5,427	<0,001
	Yatarak Tedavi	30	-17,60	6,69		

*: Bağımsız gruplar t testi

Yataklı tedavi grubunun CGAS 1-2 değerleri arasındaki fark poliklinik grubundakilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. ($p:<0,001$, Bağımsız gruplar t testi).

Aile Değerlendirme Ölçeği

ADÖ ölçeği ilk değerlendirme görüşmesinde ebeveynler tarafından doldurulmuştur. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) 7 alt testten oluşmaktadır. (1) Problem çözme: Ailenin sorun çözme ve yöntemini değerlendirir. (2) İletişim: Aile içinde bilgi alış-verişinin etkinliğini, yaygınlığını ve iletişimin açıklığını değerlendirir. (3) Roller: Ailede yiyecek kaynaklarının hazırlanması, barınma, bakım ve destek olma gibi rollerin hangi etkinlikte uygulandığını değerlendirir. (4) Affektif duyarlılık: Aile üyelerinin uygun duygusal yanıt verebilme yeteneğini değerlendirir. (5) Gereken ilgiyi gösterme: Aile bireylerinin birbirlerine karşı ilgisini, ilişkinin kalitesini, bağıllık düzeyini ve aile üyelerinin birbirlerine karşı yatırımlarını değerlendirir. (6) Davranış kontrolü: Davranışlara karşı olan tutumları ve standartları değerlendirir. (7) Genel işlevsellik: Aile içinde tüm işlevlerin genel bir ortalamasını verir. Buna göre problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü, genel işlevler alt ölçeklerinde kontrol grubunun diğer vaka gruplarına göre

anlamli derecede daha düşük puan aldığı saptanmıştır. Poliklinik tedavisi alan grup ve yataklı tedavi alan gruplar arasında ise aile değerlendirme ölçeğinin alt ölçek puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. ADÖ' nün alt ölçeklerinden alınan puanlar yükseldikçe söz konusu işlev alanının problemlili olduğu düşünülmektedir.

Tablo 27: Gruplar arasında ADÖ alt-ölçek ortalamalarının değerlendirmesi

Özellik	Gruplar	N	Ortalama	SS		
					F	p değeri*
Problem çözme	Poliklinik	30	2,34	0,49	15,842	<0,001
	Yatarak Tedavi	30	2,56	0,76		
	Kontroller^a	30	1,73	0,49		
İletişim	Poliklinik	30	2,11	0,47	5,625	0,005
	Yatarak Tedavi	30	2,17	0,49		
	Kontroller^a	30	1,77	0,52		
Roller	Poliklinik	30	2,48	0,49	12,150	<0,001
	Yatarak Tedavi	30	2,33	0,53		
	Kontroller^a	30	1,86	0,50		
Affektif bağlılık	Poliklinik	30	2,22	0,37	11,581	<0,001
	Yatarak Tedavi	30	2,33	0,52		
	Kontroller^a	30	1,80	0,46		
Gereken ilgiyi gösterme	Poliklinik	30	2,39	0,35	18,960	<0,001
	Yatarak Tedavi	30	2,30	0,33		
	Kontroller^a	30	1,81	0,47		
Davranış kontrolü	Poliklinik	30	2,09	0,43	10,259	<0,001
	Yatarak Tedavi	30	2,19	0,50		
	Kontroller^a	30	1,61	0,61		
Genel işlevler	Poliklinik	30	2,25	0,53	8,822	<0,001
	Yatarak Tedavi	30	2,22	0,54		
	Kontroller^a	30	1,74	0,51		

*: One-Way ANOVA, ^a: Tukey HSD sonucuna göre farkın kaynaklandığı grup

Güçler Güçlükler Anketi

Güçler ve Güçlükler Anketine ilişkin veriler, anketin kendisinde olduğu gibi 5 alt başlıkta toplanmıştır; (1) duygusal sorunlar, (2) davranış sorunları, (3) dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik, (4) akran sorunları, (5) sosyal davranışlar. Her başlık kendi içinde değerlendirildiği gibi ilk dört başlığın toplamı toplam güçlük puanını vermektedir. Etkilenme düzeyini sorgulayan maddelerin toplamı da etki değeri olarak verilmiştir.



Tablo 28: Güçler Güçlükler Anketinin Çocuk Formunun Değerlendirmesi

GGA-Çocuk Formu	Poliklinik Grubu			Yataklı Tedavi			Kontrol	1.Değ	2.Değ
	1.Değ	2.Değ	p*	1.Değ	2.Değ	p**			
Özellik	1.Değ	2.Değ	p*	1.Değ	2.Değ	p**	1. Değ	p***	p****
Duygulanım belirtileri	4,73±2,16	3,10±1,35	<0,001	5,70±2,52	2,80±1,16	<0,001	1,60±1,00	<0,001	0,585
Davranış belirtileri	5,77±2,25	4,43±2,06	<0,001	4,97±2,57	2,83±1,34	<0,001	0,60±0,67	<0,001	0,001
Dikkat eksikliği ve Hareketlilik	5,97±2,11	5,00±1,49	0,007	6,27±1,66	3,83±1,12	<0,001	3,20±1,10	<0,001	0,001
Akran ilişkileri	4,33±1,45	3,07±1,70	<0,001	4,37±1,73	3,17±1,32	0,001	1,57±1,04	<0,001	0,773
Etki Değeri	4,20±2,40	2,53±1,80	<0,001	5,43±2,34	2,20±1,35	<0,001	0,40±0,62	<0,001	0,509
Toplam Puan	20,8±4,51	15,6±3,91	<0,001	21,3±4,24	12,6±2,44	<0,001	6,97±2,57	<0,001	0,001

*: Wilcoxon testi uygulandı. (Poliklinik grubundaki 1. Ve 2. Değerlendirme arasında)

** : Wilcoxon testi uygulandı. (Yatarak tedavi grubunda 1. Ve 2. Değerlendirme arasında)

***: Kruskal-wallis testi uygulandı (Poliklinik, yatarak tedavi ve kontrol grupları 1. Değerlendirme arasında)

****: Mann-Whitney U testi uygulandı. (Poliklinik ve yatarak tedavi grupları 2. Değerlendirme arasında)

Güçler Güçlükler Anketi Çocuk Formunun ilk değerlendirme bulguları incelendiğinde; kontrol grubunda poliklinik tedavi grubu ve yataklı tedavi grubuna göre alt ölçek puanları, etki değeri ve toplam güçlük puanları anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. ($p < 0,001$; $< 0,001$; $< 0,001$; $0,001$; $< 0,001$; $< 0,001$ -Kruskall Wallis Testi ve ardından Bonferroni düzeltmeli İkili Mann Whitney U Testi). Yataklı tedavi ve poliklinik tedavisi gruplarının GGA puanları arasında fark saptanmamıştır (Kruskall-Wallis Testi sonrası Bonferroni düzeltmeli İkili Mann Whitney U Testi).

GGA Çocuk formu poliklinik tedavisi ve yataklı tedavi grupları arasında 8 haftalık tedavi sonrası tekrar değerlendirilmiştir. Buna göre bu iki grup arasında duygulanım belirtileri, akran ilişkileri ve etki değeri yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p: 0,585$; $0,773$; $0,509$ -Mann Whitney U Testi). Davranış belirtileri, dikkat eksikliği ve hareketlilik ve toplam puan değeri açısından ise yataklı tedavi grubunda poliklinik grubuna göre 2. testlerde daha düşük puanlar alındığı saptanmıştır ($p: 0,001$; $0,001$; $0,001$ -Mann Whitney U Testi). Hem poliklinik hem de yataklı tedavi gruplarında T1 ve T2 değerlendirmeleri arasında tüm alt ölçek ve toplam puanlarda istatistiksel olarak anlamlı düşüş saptanmıştır ($p < 0,05$ -Wilcoxon Testi).

Tablo 29: T1 ve T2 GGA Çocuk Formunun Farklarının Değerlendirmesi			
GGA-Çocuk Formu	Poliklinik Grubu	Yataklı Tedavi	
Özellik	1.Değ-2.Değ Farkı	1.Değ-2.Değ Farkı	p*
Duygulanım belirtileri	1,63±1,56	2,90±1,73	0,003
Davranış belirtileri	1,33±1,47	2,13±1,91	0,107
Dikkat eksikliği ve hareketlilik	0,97±1,73	2,43±1,10	<0,001
Akran ilişkileri	1,27±1,48	1,20±1,63	0,898
Etki Değeri	1,67±1,75	3,23±2,39	0,007
Toplam Puan	5,20±3,50	8,67±3,74	<0,001
*: Mann Whitney U Testi uygulandı			

Yataklı tedavi grubunda poliklinik tedavisi alan gruba göre T1 ve T2 değerlendirmeleri arasında duygulanım belirtileri, dikkat eksikliği ve hareketlilik, etki değeri ve toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla dūşūş gōr÷lmektedir. (p: 0,003; <0,001; 0,007;<0,001- Mann Whitney U Testi) Davranış belirtileri ve akran ilişkileri açısından ise gruplar arası fark gōr÷lmemiştir (p:0, 107; 0,898- Mann Whitney U Testi).



Tablo 30: GGA Aile Ölçeğinin Değerlendirmesi

GGA-Aile	Poliklinik Grubu			Yataklı Tedavi			Kontrol	1.Değ	2.Değ
	1.Değ	2.Değ	p*	1.Değ	2.Değ	p**			
Özellik							1. Değ	p***	p****
Duygulanım belirtileri	4,93±1,51	3,53±2,11	0,001	5,80±2,44	3,60±1,81	<0,001	1,80±1,10	<0,001	0,753
Davranış belirtileri	5,37±1,90	4,70±2,05	0,075	5,17±2,29	3,40±1,50	<0,001	0,63±0,72	<0,001	0,007
Dikkat eksikliği ve hareketlilik	5,83±1,64	5,63±2,01	0,611	6,47±1,89	5,13±1,55	<0,001	2,30±1,51	<0,001	0,335
Akran ilişkileri	3,80±1,30	3,10±1,52	0,030	3,77±1,72	3,03±1,38	0,048	1,50±0,86	<0,001	0,946
Etki Değeri	4,10±1,52	2,90±1,67	0,001	7,63±1,40	2,80±1,37	<0,001	0,87±1,17	<0,001	0,790
Toplam Puan	19,9±3,31	17,0±5,54	0,003	21,2±3,99	15,0±3,68	<0,001	6,23±2,53	<0,001	0,187

*: Wilcoxon testi uygulandı. (Poliklinik grubundaki 1. Ve 2. Değerlendirme arasında)
**: Wilcoxon testi uygulandı. (Yatarak tedavi grubunda 1. Ve 2. Değerlendirme arasında)
***: Kruskal-wallis testi uygulandı (Poliklinik, yatarak tedavi ve kontrol grupları 1. Değerlendirme arasında)
****: Mann-Whitney U testi uygulandı. (Poliklinik ve yatarak tedavi grupları 2. Değerlendirme arasında)

GGA Aile formunun T1 değerlendirmesinde poliklinik tedavisi alan grup, yataklı tedavi alan grup ve kontrol grubu bulguları incelendiğinde; kontrol grubunda poliklinik tedavi grubuna ve yataklı tedavi grubuna göre alt ölçeklerde, etki değeri ve toplam değer puanlarında anlamlı olarak daha düşük puan aldığı bulunmuştur ($p < 0,001$ -Kruskall Wallis Testi ve ardından Bonferroni düzeltmeli İkili Mann Whitney U Testi).

Poliklinik grubunda yataklı tedavi grubuna göre etki değeri anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır ($p < 0,001$ - Kruskall Wallis Testi ve ardından Bonferroni düzeltmeli İkili Mann Whitney U Testi), ancak diğer alt ölçek ve toplam puan değerleri açısından yataklı tedavi ve poliklinik tedavi grupları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$ - Kruskall Wallis Testi ve ardından Bonferroni düzeltmeli İkili Mann Whitney U Testi).

GGA Aile formunun T2 değerlendirmesinde poliklinik tedavisi ve yataklı tedavi grupları arasında; duygulanım belirtileri, dikkat eksikliği hareketlilik, akran ilişkileri, etki değeri ve toplam puan yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p: 0,753; 0,335; 0,946; 0,790; 0,187$ - Mann Whitney U Testi). Davranış belirtileri açısından ise yataklı tedavi grubunun poliklinik grubuna göre T2 değerlendirmesinde daha düşük puanlar alındığı saptanmıştır ($p: 0,007$ - Mann Whitney U Testi). Yataklı tedavi gruplarında T1 ve T2 değerlendirmeleri arasında tüm alt ölçek ve toplam güçlük puanlarında istatistiksel olarak anlamlı düşüş saptanmıştır ($p < 0,05$ - Wilcoxon Testi). Poliklinik tedavisi grubunda ise davranış belirtileri ve dikkat eksikliği hareketlilik skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı düşüş gözlenmemiştir ($p > 0,005$ - Wilcoxon Testi) Duygulanım belirtileri, akran ilişkileri ve toplam puan da ise istatistiksel olarak anlamlı düşüş saptanmıştır ($p: 0,001; 0,030; 0,003$ - Wilcoxon Testi).

Tablo 31: T1 ve T2 Değerlendirmeleri Arasında GGA Aile Formunun Farklarının Değerlendirmesi			
GGA-Aile	Poliklinik Grubu	Yataklı Tedavi	
Özellik	1.Değ-2.Değ Farkı	1.Değ-2.Değ Farkı	p*
Duygulanım belirtileri	1,40±1,69	2,20±1,95	0,099
Davranış belirtileri	0,67±2,01	1,77±1,45	0,047
Dikkat eksikliği ve hareketlilik	0,20±2,04	1,33±1,60	0,022
Akran ilişkileri	0,70±1,66	0,73±1,86	0,770
Etki Değeri	1,20±1,56	4,83±1,74	<0,001
Toplam Puan	2,90±4,89	6,17±4,04	0,030

*: Mann Whitney U Testi uygulandı.

Bu verilere göre yataklı tedavi grubunda poliklinik grubuna göre T1 ve T2 değerlendirmeleri arasında davranış belirtileri, dikkat eksikliği ve hareketlilik, etki değeri ve toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla düşüş görülmektedir (p:0,047; 0,022; <0,001; 0,030- Mann Whitney U Testi). Duygulanım belirtileri ve akran ilişkileri açısından ise gruplar arası fark görülmemiştir (p:0,099; 0,770- Mann Whitney U Testi).

Tablo 32: HoNOSCA Ergen Ölçeğinin T1 Değerlendirmesi

Honasca Ergen	Poliklinik Grubu			Yataklı Tedavi			Kontrol	1.Değ	2.Değ
	1.Değ	2.Değ	p*	1.Değ	2.Değ	p**	1. Değ	p***	p****
Toplam Skor	28,6±4,44	17,5±2,64	<0,001	29,4±4,33	13,8±2,04	<0,001	4,93±3,68	<0,001	<0,001
Davranışsal Skor	11,53±2,3	6,50±1,20	<0,001	11,6±1,61	4,27±0,98	<0,001	1,70±1,12	<0,001	<0,001
Bozulma Skoru	3,17±1,12	2,33±0,88	0,004	3,43±1,01	2,13±0,78	<0,001	0,70±0,79	<0,001	0,329
Semptom Skoru	4,60±2,44	2,23±1,38	<0,001	4,87±2,32	2,30±1,34	<0,001	1,07±0,94	<0,001	0,814
Sosyal Skor	9,30±1,51	6,50±1,63	<0,001	9,53±1,91	5,13±1,50	<0,001	1,37±1,25	<0,001	0,002

*: Wilcoxon testi uygulandı. (Poliklinik grubundaki 1. Ve 2. Değerlendirme arasında)

** : Wilcoxon testi uygulandı (Yatarak tedavi grubunda 1. Ve 2. Değerlendirme arasında)

***: Kruskal-wallis testi uygulandı (Poliklinik, yatarak tedavi ve kontrol grupları 1. Değerlendirme arasında)

****: Mann-Whitney U testi uygulandı. (Poliklinik ve yatarak tedavi grupları 2. Değerlendirme arasında)

HoNOSCA-Ergen formunu T1 değerlendirmesinde poliklinik tedavi grubu, yataklı tedavi ve kontrol grupları arasında incelendiğinde; kontrol grubunda poliklinik tedavi ve yataklı tedavi grubuna göre alt ölçek skorları ve toplam skor puanları anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (p:<0,001- Kruskall Wallis Testi ve ardından Bonferroni düzeltmeli İkili Mann Whitney U Testi). Alt ölçekler ve toplam skor puanı açısından yataklı tedavi görenler ve poliklinik tedavi grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p:>0,05- Kruskall Wallis Testi ve ardından Bonferroni düzeltmeli İkili Mann Whitney U Testi).

HoNOSCA-Ergen formunu T2 değerlendirmesinde poliklinik ve yataklı tedavi grupları karşılaştırıldığında; iki grup arasında bozulma ve semptom skoru yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p:0,329; 0,814- Mann Whitney U Testi). Toplam skor, davranışsal skor ve sosyal skor açısından ise yataklı tedavi grubunun poliklinik grubuna göre T2 değerlendirmede daha düşük puanlar alındığı saptanmıştır (p: <0,001; <0,001; 0,002- Mann Whitney U Testi). Hem poliklinik hem de yataklı tedavi gruplarında T1 ve T2 değerlendirmeleri arasında tüm alt ölçek ve toplam skorda istatistiksel olarak anlamlı düşüş saptanmıştır (p:<0,05- Wilcoxon Testi).

Tablo 33: T1 ve T2 Değerlendirmeleri arasında HoNOSCA Ergen Ölçeği Farklarının Değerlendirmesi			
HONASCA Ergen	Poliklinik Grubu	Yataklı Tedavi	
Özellik	1.Değ-2.Değ Farkı	1.Değ-2.Değ Farkı	p*
Toplam Skor	11,07±4,86	15,57±4,17	<0,001
Davranışsal Skor	5,03±2,61	7,37±1,87	<0,001
Bozulma Skoru	0,83±1,37	1,30±1,26	0,196
Semptom Skoru	2,37±2,08	2,57±1,65	0,616
Sosyal Skor	2,80±1,81	4,40±2,09	0,003
*: Mann Whitney U Testi uygulandı.			

Bu bulgulara göre yataklı tedavi grubunda poliklinik grubuna göre T1 ve T2 değerlendirmeleri arasında toplam skor, davranışsal skor ve sosyal skor açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla düşüş görülmektedir (p:<0,001; <0,001; 0,003)

Tablo 34: HoNOSCA Aile Ölçeğinin Değerlendirmesi

Honasca Aile	Poliklinik Grubu			Yataklı Tedavi			Kontrol	1.Değ	2.Değ
	1.Değ	2.Değ	p*	1.Değ	2.Değ	p**	1. Değ	p***	p****
Toplam Skor	29,8±4,38	18,3±4,43	<0,001	30,7±6,79	16,2±4,24	<0,001	5,07±3,22	<0,001	0,122
Davranışsal Skor	12,0±2,03	6,50±1,50	<0,001	11,3±2,19	4,87±1,63	<0,001	1,93±1,11	<0,001	0,001
Bozulma Skoru	3,33±1,09	2,47±0,94	0,001	3,37±1,25	2,47±1,14	0,002	0,70±0,75	<0,001	0,951
Semptom Skoru	4,33±1,77	2,20±1,45	<0,001	5,83±2,90	2,97±1,61	<0,001	0,87±1,04	<0,001	0,043
Sosyal Skor	9,83±2,25	7,17±2,29	<0,001	10,1±2,42	5,93±1,95	<0,001	1,53±1,01	<0,001	0,053

*: Wilcoxon testi uygulandı. (Poliklinik grubundaki 1. Ve 2. Değerlendirme arasında)

** : Wilcoxon testi uygulandı. (Yatarak tedavi grubunda 1. Ve 2. Değerlendirme arasında)

***: Kruskal-wallis testi uygulandı. (Poliklinik, yatarak tedavi ve kontrol grupları 1. Değerlendirme arasında)

****: Mann-Whitney U testi uygulandı. (Poliklinik ve yatarak tedavi grupları 2. Değerlendirme arasında)

HoNOSCA-Aile Formu T1 değerlendirmesinde poliklinik tedavi grubu, yataklı tedavi grubu ve kontrol grupları arasında karşılaştırıldığında; kontrol grubunda poliklinik tedavi grubu ve yataklı tedavi grubuna göre alt ölçeklerde ve toplam skor puanında anlamlı olarak daha düşük değerler bulunmuştur (p:<0,001- Kruskall Wallis Testi ve ardından Bonferroni düzeltmeli ikili Mann Whitney U testi). Alt ölçekler ve toplam puan skorları açısından yataklı tedavi alan ve poliklinik tedavisi alan gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p:>0,05- Bonferroni düzeltmeli İkili Mann Whitney U Testi).

HoNOSCA-Aile Formu T1 değerlendirmesinde poliklinik ve yataklı tedavi grupları arasında; toplam skor, bozulma skoru ve sosyal skor yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p: 0,122; 0,951; 0,053- Mann Whitney U Testi). Davranışsal skor açısından ise yataklı tedavi grubunda poliklinik grubuna göre T2 değerlendirmesinde daha düşük puanlar saptanmıştır (p: 0,001- Mann Whitney U Testi). Semptom skorunda ise poliklinik grubunda yataklı tedavi grubuna göre daha anlamlı olarak daha düşüktür (p:0, 043- Mann Whitney U Testi). Hem poliklinik hem de yataklı tedavi gruplarında T1 ve T2 değerlendirmeler arasında arasında tüm alt ölçek ve toplam skorda istatistiksel olarak anlamlı düşüş saptanmıştır (p:<0,05- Wilcoxon Testi).

Tablo 35: T1 ve T2 Değerlendirmeleri arasında HoNOSCA Aile Ölçeği Farklarının Değerlendirmesi			
HONASCA Aile	Poliklinik Grubu	Yatarak Tedavi	
Özellik	1.Değ-2.Değ Farkı	1.Değ-2.Değ Farkı	p*
Toplam Skor	11,43±4,45	14,50±5,69	0,028
Davranışsal Skor	5,47±1,94	6,47±2,30	0,061
Bozulma Skoru	0,87±1,11	0,90±1,30	0,698
Semptom Skoru	2,13±1,57	2,87±1,74	0,127
Sosyal Skor	2,67±2,01	4,13±2,60	0,005
*: Mann Whitney U Testi uygulandı.			

Bu bulgulara göre yataklı tedavi grubunda poliklinik grubuna göre T1 ve T2 değerlendirme toplam skor ve sosyal skor açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla düşüş görülmektedir (p:0,028; 0,005- Mann Whitney U Testi). Davranışsal skor, Özürlülük ve semptom skoru açısından ise gruplar arası fark görülmemiştir (p:0,061; 0,698; 0,127- Mann Whitney U Testi).

Tablo 36: Yataklı Tedavi Grubunun HoNOSCA-Klinisyen Formunun T1-T2 Değerlerinin Karşılaştırılması			
Özellik	Klinisyen T-1		Klinisyen-T-2
	Ortalama ±s.s	Ortalama ±s.s	p
Toplam puan	27,57±3,77	16,33±4,13	<0,001
Davranışsal skor	11,17±1,74	4,17±1,18	<0,001
Bozulma Skoru	2,90±0,76	2,33±0,84	0,007
Semptomatik skor	4,30±1,49	2,87±1,11	<0,001
Sosyal skor	9,63±1,40	6,87±2,18	<0,001
Yıkıcı davranış	2,53±0,82	1,30±0,60	<0,001
Hareketlilik ve dikkat sorunları	2,40±0,67	1,60±0,56	<0,001
KZVD	2,17±1,02	0,23±0,43	<0,001
Madde kullanımı	4,00±0,00	1,00±0,00	<0,001
Skolastik/dil becerileri	2,53±0,57	1,97±0,72	<0,001
Fiziksel hastalık/Engel	0,47±0,57	0,37±0,49	0,405
Halusinasyon/sanrı	0,47±0,82	0,30±0,60	0,248
Nonorganik somatik semptomlar	1,50±0,63	0,90±0,55	<0,001
Emosyonel belirtiler	2,33±0,92	1,63±0,61	0,001
Akran ilişkileri	2,07±0,69	1,07±0,74	<0,001
Kişisel bakım	1,20±0,48	0,57±0,57	<0,001
Aile ilişkileri	2,60±0,86	1,83±0,91	<0,001
Okul devamlılığı	3,70±0,47	3,27±1,01	0,006
*:Wilcoxon Testi kullanıldı.			

HoNOSCA-Klinisyen ölçeği yatarak tedavi gören hastalara uygulanmıştır. T1 ve T2 değerlendirme sonuçları karşılaştırıldığında fiziksel hastalık/engel ve halüsinasyon/sanrı sorularındaki değişim istatistiksel yönden anlamlı görülmemiştir (p:0, 405; 0,248- Wilcoxon Testi).

Tablo 37: HoNOSCA ölçeklerinin toplam skor korelasyonlarının değerlendirmesi			
		Aile t1 toplam puan	Klinisyen t1 toplam puan
Ergen t1 toplam puan	Kor. Kat.	0,120	0,341
	p değeri	0,527	0,065
Aile t1 toplam puan	Kor. Kat.		0,046
	p değeri		0,811
Spearman korelasyon analizi			

Yataklı tedavi gören grubunun T1 değerlendirmesinde HoNOSCA Klinisyen-Aile-Ergen ölçeklerinin toplam skor korelasyonları tabloda verilmiştir. Klinisyen T1 toplam skoru ile Ergen T1 toplam skoru arasında 0,34 katsayılık, klinisyen T1 toplam skoru ile aile T1 toplam skoru arasında 0,046 katsayılık, ergen T1 toplam skoru ile aile T1 toplam skoru arasında 0,12 katsayılık düşük seviyede korelasyon olup istatistiksel olarak anlamlı görülmemiştir (p:>0,05).

Tablo 38: HoNOSCA ölçeklerinin toplam skor korelasyonlarının değerlendirmesi			
		Aile t2 toplam puan	Klinisyen t2 toplam puan
Ergen t2 toplam puan	Kor. Kat.	0,455*	0,454*
	p değeri	0,011	0,012
Aile t2 toplam puan	Kor. Kat.		0,251
	p değeri		0,181
Spearman korelasyon analizi			
*: p<0,05			

Yataklı tedavi gören grubunun tedavi sonrası HoNOSCA Klinisyen-Aile-Ergen ölçeklerinin toplam skor korelasyonları tabloda verilmiştir. Klinisyen T2 toplam skoru ile Ergen T2 toplam skoru arasında 0,454 katsayılık orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır (p: 0,012). Klinisyen T2 toplam skoru ile aile T2 toplam skoru arasında 0,251 katsayılık düşük düzeyde korelasyon olup istatistiksel olarak anlamlı görülmemiştir (p:>0,05). Ergen T2 toplam skoru ile aile T2 toplam skoru arasında 0,593 katsayılık orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır (p:0, 011).

5. TARTIŞMA

5.1. Sosyodemografik Veriler

Cinsiyet

Çalışmamızda poliklinikte tedavi alan çocukların %66,7'sinin (n:20), yataklı tedavi alan grubun %56,7'sinin (n:17) erkek olduğu bulunmuştur. 2006 yılında Yüncü ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada madde bağımlılığı nedeniyle tedavi gören olguların %88,5'ni erkek, %11,5'ni kız olguların oluşturduğu bildirilmiştir (138). Ülkemizde yapılan bir çocuk ve ergen madde bağımlılığı tedavi merkezine başvuran hastaların sosyodemografik özelliklerinin incelendiği çalışmada olguların %95'inin erkek, %5'inin kız olgudan oluştuğu bildirilmiştir (139). ABD'de yapılan bir çalışmada tüm yaş gruplarında erkeklerde madde kullanım bozukluğunun kadınlara göre 2 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (140). 2016 yılı TUBİM Uyuşturucu Raporu'na göre, 2015 yılında madde bağımlılığı nedeniyle yatarak tedavi görenlerin; %95,08'inin (10.349) erkek, %4,92'sinin (535) kadın olduğu tespit edilmiştir (141). Erkeklerde MKB oranlarının kızlarla karşılaştırıldığında daha yüksek oranda saptanmasına rağmen oranlar literatürle karşılaştırıldığında birbirine daha yakın bulunmuştur. ABD'deki son veriler de bizim çalışmamızın bulgularına benzer olarak pek çok madde için, kızlar ve erkeklerde madde kullanımı yaygınlık oranlarının zamanla birbirine yaklaştığını göstermektedir (142). Diğer yandan ülkemizdeki sosyokültürel yapı kız çocuklarını daha çok koruma ve denetim altında tutmaya yönelik olsa da madde kullanımı başladıktan sonra yine aynı kültürel yapı kız çocuklarının daha fazla dışlanmasını, stigmatizasyonun yoğun olmasını sağlamaktadır. Buna bağlı olarak tedaviye başvurunun gecikmesi ya da tedaviye başvurulmamasına neden olmaktadır. Bu durum erken tespitin önüne geçerek madde kullanımını ve beraberindeki problemlerin giderek derinleşmesine yol açmaktadır.

Yaş

Olgu grubunda yer alan poliklinik tedavisi alan çocukların yaş ortalaması $15,97 \pm 1,13$, yataklı tedavi alan çocukların yaş ortalaması $15,93 \pm 1,05$ olarak bulunmuştur. Madde

kullanımına ilişkin, ergen bireylerle yapılan araştırmalarda, madde kullanımının yaşla birlikte artış gösterdiği öne sürölmüştür. EGEBAM kliniğinde 2003-2005 yıllarına ait hasta kayıtlarının incelendiği bir çalışmada madde kullanımına başlama yaşı ortalaması $16,2 \pm 1,7$ bulunmuştur (138). MKB ile ilgili yapılan epidemiyolojik bir çalışmada alkol madde kullanan ergenlerin yaş ortalaması $17,5 \pm 1,5$ olarak bulunmuştur (143).2016 yılında EGEBAM kliniğinde tedavi gören 46 olgunun değerlendirildiği bir çalışmada olguların yaş ortalamasının $16,3 \pm 0,8$ olduğu bildirilmiştir (144).

Eğitim Durumu

Olgu ve kontrol gruplarının eğitim durumlarına bakıldığında kontrol grubundakiler diğer gruplara göre daha fazla lise düzeyinde eğitim almakta ve eğitimi bırakma durumları daha az oranda görölmektedir. Poliklinik tedavisi alan grubun %40'ı, yataklı tedavi alan grubun %70'inin okulu bıraktığı; kontrol grubunda ise sadece bir kişinin okulu bıraktığı görölmektedir. Yataklı tedavi alan grupta okul bırakma oranı en yüksek olarak göze çarpmaktadır. Lynskey ve arkadaşlarının adolesanlarda madde kullanımının eğitim durumuna etkisini inceledikleri çalışmada, madde kullananların sağlıklı kontrollere göre daha düşük akademik performans gösterdikleri ve okula devam durumlarının daha az olduğu belirtilmiştir (145). Yapılan çalışmalar, özellikle madde kullanım riski ile okula bağlılık arasında negatif yönlü bir ilişki olduğunu öne sürmektedir (146). Okul katılımına ilişkin bilişsel süreçlerin problemlili davranış ve madde kullanım riski ile ilişkisini inceleyen araştırmalarda, öğrencilerin öğrenmeye ilişkin hedefe odaklı ve planlı olmasının aynı zamanda riskli davranışlara yönelik kaçınmacı olmalarını sağlayan düşünce kalıplarının oluşmasına zemin hazırladığı belirtilmiştir (147). Fransa'da 2010 yılında yayınlanan ve 17 yaşındaki ergenlerin dahil edildiği geniş örneklemlili bir çalışmada 16 yaş öncesi esrar kullanımı olan olguların %5,3'ünün okula devam etmediği belirtilmiştir (148). Çalışmamızın verileri bu açıdan yazın ile uyumludur. Bu veriler genç nüfusu fazla olan ölkemizde, özellikle ergen bireylerin madde kullanımını riski ile ilişkilendirilebilecek faktörlerin incelenmesi, bu alanda yapılacak koruyucu ve müdahaleci eylemlerin yapılandırılmasında destek olabilir.

Aile Yapısı

Poliklinik tedavisi alan gruptaki hastaların ebeveynlerinin %20'si (n:6) boşanmış, %13,3'ünün (n:4) ise ebeveynlerinden birisi vefat etmiştir. Yataklı tedavi grubundaki hastaların ebeveynlerinin %26,7'si (n:8) boşanmış, %3,3'ünün (n:1) ise ebeveynlerinden birisi vefat etmiştir. Kontrol grubu ve olgu grubu arasında aile birlikteliği oranının daha düşük olmasına rağmen, istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmaması örneklem sayısı ile ilişkili olabilir. 2010 yılında Başay ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada MKB tanısı alan olgularının, %25'inin parçalanmış aileye sahip oldukları, parçalanmış ailede yaşayan ergenlerin, ebeveynleriyle yasayanlara göre MKB geliştirme riskinin 13 kat artığı belirtilmiştir (149). Anne ve babanın boşanması, ayrı yaşaması gibi aile bütünlüğünü bozan etkenlerin madde kullanımı için önemli risk etkenleri olduğu bildirilmiştir (150). Başka bir çalışmada ailedeki boşanma, ölüm ya da başka nedenlerle oluşan parçalanmaların ve zayıf aile ilişkilerinin bireyin madde kullanımında önemli etkisinin olduğu belirtilmiştir (151).

Anne ve Babaların Eğitim Düzeyi

Vaka ve kontrol grupları arasında anne ve babaların eğitimi durumu yönünden istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ancak kontrol grubunda anne ve babaların ortaokul ve üstü eğitim düzeyinin %63,3 ve %72,4 oranları ile daha yüksek olduğu saptanmıştır. Madde kullanan ergenlerin bağlanma stillerinin incelendiği bir çalışmada anne-babaların büyük çoğunluğunun ilköğretim mezunu oldukları bunu sırasıyla lise, üniversite ve okur-yazar olmamanın izlediği bildirilmiştir (152). MKB tanılı ergenlerin ebeveynlerinde psikopatoloji ve mizaç özelliklerinin araştırıldığı bir çalışmada MKB olan ergenlerin ebeveynlerinin eğitim düzeyi kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur (153). Literatürde, anne-baba eğitim düzeyi yüksek olan ailelerin işlevlerinin, anne-baba eğitim düzeyi düşük olan ailelerin işlevlerine göre daha sağlıklı olduğunu ortaya koyan araştırmalar bulunmaktadır (154). Bu verilerden hareketle anne-baba eğitim düzeyinin risk etmeni olduğundan söz etmek mümkündür.

Gelir Durumu

Gelir durumu dağılımı açısından örneklem grubu değerlendirildiğinde, %12,2 'sinin (n=11) düşük, %64,4 'ünün (n=58) orta, %23,3' ünün (n=21) yüksek sosyoekonomik düzeye sahip olduğu görülmüştür. Görüldüğü gibi düşük-orta gelir durumu örneklemin çoğunluğunu oluşturmaktadır. Alkol madde kullanımı ve sosyoekonomik düzey ilişkisinin araştırıldığı bir meta-analiz çalışmasında, düşük sosyoekonomik düzeye sahip kişilerde MKB'nin %22 oranda daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (155). 2016 yılında yayınlanan bir çalışmada madde kullanım bozukluğu olan adolesanların madde kullanmayanlara oranla sosyoekonomik düzeyinin daha düşük bulunmuştur (156). Bizim çalışmamızda da olgu grubunun çoğunluğu düşük-orta gelir durumuna sahip olması bakımından literatürle örtüşmektedir.

Ailede Psikiyatri Hastalık Öyküsü

Poliklinik tedavisi alan gruptaki hastaların ailesinin %20'sinin (n:6) psikiyatrik bozukluk tanısının olduğu, yataklı tedavi alan hastaların ailesinin ise %40'ının (n:12) psikiyatrik bozukluk tanısının olduğu, bunların %3,3'ünün Psikotik Bozukluk tanısı, %3,3'ünün Bipolar Bozukluğu, %23,3'ünün MDB tanısının olduğu, %6,7'sinin Anksiyete Bozukluğu tanısının olduğu bulunmuştur. Kontrol grubundakilerin ailesinde ise %73,3 gibi yüksek bir oranda psikiyatrik bozukluk tanısının olmadığı saptanmıştır. Poliklinik ve kontrol grubuna göre yataklı tedavi alan grupta ailede psikiyatrik hastalık tanısı oranı yüksektir. Yüncü ve arkadaşlarının madde kullanan ergenlerin ebeveynlerinde psikopatoloji özelliklerini incelediği bir çalışmada, AMKB olan ergenlerin ebeveynlerinin %51,1'inde, kontrol grubu ebeveynlerinin ise %12,5'inde en az bir psikiyatrik hastalık tanısı aldıkları bildirilmiştir (157). Bizim çalışmamızda vaka ve kontrol grubu arasında bu açıdan istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Bu durum psikiyatrik tanıların ebeveynlerin öz bildirimleri ile alınması ve örneklem sayısının düşük olması ile açıklanabilir. Diğer yandan klinik olarak I. eksen tanısını karşılamasa da bağımlı bireylerin ailelerinin psikiyatrik açıdan normal popülasyondan daha yüksek oranda sorun yaşadıklarını gösteren pek çok çalışma mevcuttur.

Ailede Alkol ve Madde Kullanımı ve Suç İşleme Öyküsü

Poliklinik tedavisi alan grubun %56,7'sinin, yataklı tedavi alan grubun %30'unun (n:9), kontrol grubundakilerin ise %3,3'ünün ailesinde alkol kullanımı vardır. İstatistik değerlendirmede vaka grubunda kontrol grubuna göre ailede alkol kullanım oranı anlamlı olarak daha yüksektir. Ailede madde kullanımı açısından bakıldığında, poliklinik grubundakilerin %53,3'ünün, yataklı tedavi grubundakilerin %50'sinin ailesinde madde kullanım öyküsü görülürken, kontrol grubundakilerin ailesinde madde kullanım öyküsü olan saptanmamıştır. Ailenin gencin madde kullanımına başlamasını etkileyen birçok davranış ve tutumu gösterilmiş, sosyal anlamda en güçlü risk faktörü aile veya arkadaşların madde kullanımı olarak belirtilmiştir (158). Özellikle madde kullanan ebeveynlerin çocukları birçok çalışmada değerlendirilmiştir (159). Bu çalışmalar anne babanın madde kullanımının çocuğun çocukluk ve erken ergenlik dönemine negatif etkilerini göstermiştir. 2008 yılında yayınlanan bir çalışmada madde kullanımı olan ebeveynlerin çocuklarının madde kullanma riskinin, madde kullanmayanlara göre on kat daha fazla olduğunu belirtmiştir (160). Bu çalışmada da bireylerin madde kullanımı olan aile üyesine sahip olma durumu ile ilgili bulgularının, yapılan diğer çalışma bulguları ile paralellik gösterdiği söylenebilir. Aile içinde kurulan ilişkinin kişinin gelecekte sosyal çevresiyle ilişkisini belirleme de kilit rol oynadığı belirtilmiştir. Bu fikirden yola çıkan çalışmalarda ailede var olan uygunsuz sosyalizasyon ve suç işleme davranışının bireylerde ileri ki dönemde madde kullanımı ve antisosyal davranışlarının gelişimine neden olduğunu gösterilmiştir (161). Bu veriler ışığında bağımlılık oluşumu ve sürdürülmesinde zemin hazırlayan faktörler, aile de bağımlı bir bireyin varlığı durumun da aile bireylerinin içinde bulunduğu kronik stres ve travmatize edici olaylar göz önüne alındığında da madde kullanım bozuklarına yapılacak müdahaleler de öncelikle ailenin durumunu değerlendirilmesi önemlidir.

İstismar Durumu

Çalışmamızda vaka ve kontrol grupları arasında istismar öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. MKB tanısı ile takip edilen 10 olguda istismar öyküsü saptanmış olup bunlardan 7'si cinsel istismar, 3'ü fiziksel istismardır. Yataklı tedavi alan grupta istismar öyküsü oranı poliklinik tedavisi alan gruba oranla 2 kat daha yüksektir. Bu istismarların tamamının madde kullanımı sonrası meydana geldiğinden yola çıkarak, MKB'nin travmaya

maruz kalma oranını arttırdığı söylenebilir. İstismar yaşantısına eşlik eden psikopatolojiler ve madde kullanımı arasındaki ilişki birçok çalışmada ele alınmıştır. Yapılan bir araştırmada cinsel istismar mağduru 13-18 yaş arası çocuklarda madde kullanımı, evden/okuldan kaçma, rastgele cinsel ilişki, özkıyım düşüncelerinin yüksek oranda gözleendiği bildirilmiştir (162). MKB ve istismar ilişkisi açısından bu çalışmanın bulguları literatürle uyumludur.

İntihar ve Kendine Zarar Verme Davranışı

Vaka ve kontrol grupları arasında intihar girişimi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Yataklı tedavi alan grupta kontrol grubuna oranla intihar girişimi öyküsü 2 kat yüksektir. Bu açıdan yataklı tedavi alan grupta psikopatoloji riskinin de daha yüksek olduğu söylenebilir. Birçok çalışmada madde kullanımı ve intihar girişimleri arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (163,164). Ülkemizde bir AMATEM kliniğinde 1997-2000 yılları arasında yatarak tedavi gören bireylerle yapılan bir çalışmada madde kullanım bozukluğu tanısı alan olguların %25,2'sinin en az bir kez intihar girişim öyküsün olduğu bildirilmiştir (165). 2015 yılında ülkemizde yayınlanan bir çalışmada madde kullanımı başlamadan önce olguların %5,6'sında intihar girişimi öyküsü olduğu, madde kullanımının başlamasıyla, intihar girişimi sıklığı %19,4'e çıktığı bildirilmiştir (166). Çalışmamızın bulguları bu açıdan yazın ile uyumludur. Bu veriler ışığında madde bağımlılarında intihar girişimini önlemek ve risk etmenlerini belirlemek önemlidir.

Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak vaka ve kontrol grupları arasında kendine zarar verme davranışı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Vaka grubunda (n=33) %55 oranında kendine zarar verme davranışı mevcuttur. Madde kullanımı ve kendine zarar verme davranışının birlikte görülme oranının yüksek olduğu ve özellikle yineleyen kendine zarar verme davranışı olan kişilerde madde kullanımının daha sık olduğu belirtilmiştir (167). Klinik örneklemlilerde bir çalışmada kendine zarar veren ergenlerin %60'ında bir madde kullanım bozukluğu saptanmıştır (168). Yazında madde kullanımının kişinin kendine yönelik şiddeti kolaylaştırdığı belirten çalışmalar da vardır (169). Alkol madde kullanımının kendine zarar verme davranışını kolaylaştırdığı, alkol madde kullananların daha ölümcül kendine zarar verme yöntemleri kullandıkları ve daha çok intihar girişiminde buldukları belirtilmiştir (170).

Suç Öyküsü

Çalışmamızda kontrol grubunda suç işleme öyküsü saptanmamış olup, vaka grubunda 13 olguda suç işleme öyküsü mevcuttur. Yataklı tedavi alan grupta poliklinik tedavisi alan gruba göre suç işleme öyküsü oranı yaklaşık 2 kat yüksektir. Madde kullanımının yarattığı en önemli olumsuz sonuç belki de yaşanan adli sorunlardır. Madde kullananlar arasında suç işleme davranışı sıklıkla gözlenmektedir. Çalışmalarda madde kötüye kullanımının psikiyatrik hastalıklar, davranış bozukluklarının gelişimine yol açtığı ve dolayısı ile madde bağımlılarının suç işleme sıklıklarının normal popülasyona göre anlamlı derecede yüksek olduğu ileri sürülmüştür (171). Madde ve suç davranışı arasındaki ilişkiyi araştıran 30 araştırmanın dâhil edildiği meta-analizde suç işleme ihtimali uyuşturucu kullanan kişilerde kullanmayanlara oranla 3 ila 4 kat oranında yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu anlamlı ilişki birçok suç türünü içine alacak şekilde geniş olduğu ifade edilmiştir (172). Madde kullanan kişiler arasında suç işleme ve yasalara karşı gelme davranışının olması madde bağımlılığının önemli bir toplumsal yönünü yansıtmaktadır.

Hastaneye Yatış Öyküsü

Vaka grubunda MKB nedeni ile daha önce hastaneye yatış öyküsü incelendiğinde, 36 olgunun hastaneye yatış öyküsü olduğu, 13 olguda birden fazla kez hastaneye yatış öyküsü olduğu bulunmuştur. Yataklı tedavi alan grup ve poliklinik tedavisi alan grup hastaneye yatış öyküsü açısından karşılaştırıldığında yataklı tedavi alan grupta bu açıdan istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Türkiye’de 2013 yılında bağımlılık tedavi merkezlerinde yatarak tedavi gören hastaların %48,54’ü daha önce tedavi gördüğünü bildirmiştir (TUBİM, 2014). Aynı raporda uyuşturucu ile mücadele alanında gerçekleştirilen kamu harcamalarında ki artışa da dikkat çekilmektedir. Yeniden yatışların tedavi süreci ve sonrasında verilen destek ve rehabilitasyonun yeterli olmadığını düşündürmektedir. Tedavinin başarılı sonuç vermesi, tekrar madde kullanımına dönmek için aile, arkadaş desteği ile sosyal çevre kontrolü ve desteğinin önemli olduğu belirtilmektedir. Madde bağımlılarının tedavi ve rehabilitasyonuna yönelik önemli kavramlardan biri toplumla bütünleşme kavramıdır. EMCDDA toplumla yeniden bütünleşmeyi, bireyin, eğitim, iş, barınma ve sosyal ilişkiler/çevre aracılığıyla toplumun yeniden ve tam bir üyesi olmasına yardımcı olacak müdahaleler olarak belirtmiştir (173).

Sigara ve Alkole Başlama Yaşı ve Kullanım Miktarı

Çalışmamızda sigaraya başlama yaşı açısından vaka ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Poliklinik tedavisi gören grubun (n=30) sigaraya başlama yaşı ortalaması $12,20 \pm 1,88$, yataklı tedavi gören grupta (n=30) sigara başlama yaşı ortalaması $11,93 \pm 1,93$, kontrol grubunda (n=15) sigaraya başlama yaşı ortalaması $14,20 \pm 0,67$ olarak bulunmuştur. Erken yaşta sigara kullanımı, sonraki dönemde madde kullanımı için bir risk faktörü olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (174). Ülkemizde yapılan çocuk ve ergen alkol madde tedavi merkezine başvuran olguların incelendiği bir çalışmada olguların %94,6'sının sigara kullandığı bildirilmiştir (175). Erken yaşta düzenli sigara kullanmaya başlamanın yaşam boyu madde kullanımı açısından risk oluşturduğu bildirilmiştir (176). Çalışmamızda madde kullanan olguların sigara kullanmaya başlama yaşı ortalaması yazınla uyumlu bulunmuştur.

Çalışmada poliklinik tedavisi gören grupta (n=23) alkole başlama yaşı ortalaması $13,26 \pm 1,17$, yataklı tedavi grubunda (n=25) alkole başlama yaşı ortalaması $13,42 \pm 1,1$, kontrol grubunda (n=4) alkole başlama yaşı ortalaması 15 ± 0 olarak bulunmuştur. Alkole başlama yaşı alkol içiciliği açısından önemli bir göstergedir. Alkole başlama yaşı düştükçe, ileride kişilerin alkol içme sıklığı ve içilen alkolün miktarı artmaktadır. Aktürk ve arkadaşlarının çalışmasında alkole başlama yaşı çalışmamızla uyumlu olarak 13,3 olarak bulunmuştur (177). 2015 yılında Ege Üniversitesi Çocuk ve Ergen Alkol Madde Bağımlılığı Araştırma Uygulama Merkezi'nde (EGEBAM) yürütülen bir çalışmada örneklemin alkole başlama yaş ortalaması $13,4 \pm 1,2$ olarak bulunmuştur (178). Alkol kullanım durumu incelendiğinde yataklı tedavi alan grupta poliklinik grubuna oranla her gün alkol kullanımı oranının yaklaşık 4 kat fazla olduğu göze çarpmaktadır. Bu durum yataklı tedavi hizmeti alan grupta alkol içiciliğinin daha ağır olduğunu göstermektedir.

Gençlerde alkol kullanımına başlamayı geciktirmenin sağlık ve sosyal gelişim üzerinde olumlu etkileri nedeniyle, bu amaçla yapılacak girişimler Dünya Sağlık Örgütü'nün Alkol Eylem Planı'nda desteklenmektedir (WHO Europe, 2012). Diğer yandan uyuşturucu madde kullanımına başlamada diğer bir geçiş maddesi de alkoldür. Tütün ürünlerinde olduğu gibi alkol ürünlerinde de yapılacak düzenlemeler uyuşturucu madde kullanımını önlenmesinde katkı

sağlayacaktır. Bireylerin tütün ve alkol ürünlerine ulaşımını belirli kriterler bakımından kısıtlamak diğer bağımlılık yapıcı maddelere geçişte önleyici olabilir (TUBİM 2014).

İlk Kullanılan Madde Türü ve Başlama Yaşı

Vaka grubuna kullandıkları maddeler açısından bakıldığında; poliklinikte tedavi görenlerin kullandığı ilk maddenin %46,7'si esrar, %13,3'ü sentetik kannabinoid, %23,3'ü uyarıcı hap, %13,3'ü uçucu, %3,3'ü sedatif ve hipnotik grubu madde olarak bulunmuş ve ilk madde kullanımına başlama yaşı ortalaması $13,7 \pm 1,44$ olarak bulunmuştur. Yatarak tedavi gören grupta ise ilk kullanılan madde %63,3 esrar, %16,7 sentetik kannabinoid, %10 uyarıcı hap, %10 uçucu madde olarak bulunmuş ve madde kullanımına başlama yaşı ortalaması $13,33 \pm 1,09$ olarak bulunmuştur. Bu veriler ışığında esrarın ilk kullanılan maddeler arasında yüksek oranda saptanması esrarın diğer maddelere geçiş için risk faktörü olduğu görüşünü desteklemektedir (179,180). ABD'de yapılan çalışmalar ve Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suçla Mücadele Bürosu'nun verilerine göre esrar küresel ölçekte en yaygın kötüye kullanılan madde olarak belirtilmiştir (181). EGEBAAM'ın 2003-2005 yılı verilerinin incelendiği çalışmada en sık kullanılan maddenin sigaradan sonra %75,2 ile esrar olduğu ardından sırasıyla, inhalan %53,8, ekstazi %43,6, alkol %43,2, benzodiazepin %31,4, opioid kullanımının %0,3 olduğu bildirilmiştir Aynı çalışmada maddeye başlama yaşı $13,7 \pm 2,16$ olarak bulunmuştur (182). Çalışmamızda ilk kullanılan maddeler arasında 2.sıklıkta sentetik kannabinoidler saptanmıştır. Tanıdır ve arkadaşlarının çalışmasında ülkemizde sentetik kannabinoid kullanımı giderek arttığı bildirilmiştir (183). Amerika Birleşik Devletleri'nde acil servis ve adli kliniklere sentetik kannabinoid kullanımının olumsuz sonuçları nedeniyle başvuruların arttığı, sentetik kannabinoid yaygınlığının giderek artması sağlık çalışanlarını endişelendirdiği belirtilmektedir (184). 2011 yılında yeni tespit edilen maddelerin üçte ikisin sentetik kanabinoidler ve diğer sentetik türevlerinin oluşturduğu bildirilmiştir. (EMCDDA 2011). Yazınla karşılaştırıldığında, çalışmamızda kullanım sıklığı ile dikkat çeken maddelerden biri de inhalanlardır. Uçucu maddelerin günlük yaşam içinde kullanılan maddeler olması, kötüye kullanımının erken yaşlarda başlaması uçucu madde kullanımı ile ilgili bozuklukların önemini arttırmaktadır. Gelişmiş ülkelere göre Türkiye'de yapılan çalışmalarda inhalan kullanım oranları yüksektir (185). Bu çalışmada inhalan kullanım sıklığının yüksek bulunması Türkiye'de yapılan diğer çalışmaların sonuçlarıyla paraleldir (186). Bu durum, ülkemizde inhalanların kolay ulaşılabilir

ve ucuz olması ve satımının denetlenmemesinden kaynaklandığı düşündürmektedir. Ögel ve arkadaşları tarafından 2004 yılında yapılan çalışmada Türkiye de ortaöğretimde uçucu madde kullanım oranı %5,1 olarak saptanmıştır (187). Uçucu madde kullanımı sosyoekonomik olarak dezavantajlı gruplarda, suç, hapisane yaşantısı, depresyon, özkıyım girişimi, antisosyal tutumlar, okul devamsızlığı, aile dağınıklığı veya çatışmaları, ebeveynlerde bağımlılık, akranlarında bağımlılık, şiddet ya da diğer madde kullanım öyküsü olanlarda ve izole yaşayan topluluklarda daha sık olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (188).

Çalışmamızda ilk kullanılan maddeler arasında olan uyarıcılar %23,3 gibi yüksek oranla dikkat çekmektedir. Yıllara göre araştırmaların seyri incelendiğinde, dikkat çeken bulgu alkol ve tütün kullanımı azalırken esrar ve diğer maddeler, özellikle ekstazi kullanımında belirgin artış olmasıdır (189). Tanıdır ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada en sık kullanılan madde %73,9 oranıyla esrar saptanırken onu %52,7 oranıyla inhalanlar, %47,5 oranıyla uyarıcı maddeler ve %41,9 oranıyla sentetik kannabinoidler izlemektedir (183). Aynı çalışmada çoklu madde kullanımı %60,2 olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızda ise vaka grubundaki 60 olgudan 58'inin en az iki madde kullanımının olduğu, 39 olgunun ise üç maddeyi birden kullandığı bulunmuştur. Çoklu madde kullanımının daha ciddi psikiyatrik, kognitif ve medikal bozulmalarla ilişkili olduğu ve daha zayıf tedavi yanıtı ile sonuçlandığı bildirilmiştir (190). 2006 yılında 14 Avrupa ülkesinde tedaviye başlayan 260.000'in üzerinde hastaya ilişkin verilerin analizinde, bunların yarısının en az iki uyuşturucu kullanımının olduğu rapor edilmiştir. Başka ortamlarda gerçeleştirilen çalışmalar da sorunlu uyuşturucu kullanıcıları arasında çoklu uyuşturucu kullanımının yüksek yaygınlık oranını teyit etmektedir. Bu durum uyuşturucu kullanıcıları arasında çoklu uyuşturucu kullanımının yaygınlığının yanı sıra maddeler bir arada kullanıldığı zaman artan aşırı doz ve ters etkiler görölme riskini de yansıttığı söylenebilir (191).

Komorbid Psikiyatrik Hastalıklar

Çalışmamızda vaka grubunun tamamında değerlendirme esnasında en az bir komorbid psikiyatrik hastalık görölmemektedir. Bu nedenle eş tanılarının madde kullanım bozukluğu için neredeyse bir kural olduğu söylenebilir. Komorbid hastalık durumları incelendiğinde; olgu grubunda görölme esnasında poliklinik tedavi alan gruptaki hastaların %40'ının Davranış Bozukluğu, %30'unun DEHB, %13,3'ünün Depresif Bozukluk, %6,7'sinin PTSD tanısını

karşılıdığı; yataklı tedavi alan gruptaki hastaların ise %33,3'ünün Davranış Bozukluğu, %23,4'ünün DEHB, %16,6'sının Depresif Bozukluk, %13,4'ünün TSSB tanısını karşılıdığı görülmektedir. Yatarak tedavi gören gruptaki bir olgunun yatış döneminden önce Kısa Psikotik Atak tanısı aldığı saptanmıştır.

MKB ile birlikte psikiyatrik eş tanı sıklığı oranlarının %61-88 arasında değiştiğinin bildiren çalışmalar mevcuttur. Armstrong ve Costello'nun 15 çalışmayı derledikleri araştırmada MKB tanısının oranının %6-33 arasında değiştiğini, bu olguların %60'ında en az bir psikiyatrik eş tanı olduğunu bildirmişlerdir (192).2010 yılında Langenbach ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada MKB nedeniyle yatarak tedavi alan 65 olgu, ÇDŞG-ŞY ile değerlendirilmiş ve olguların şimdi ve yaşam boyu aldıkları tanılar saptanmıştır. Çalışmada yaşam boyu psikiyatrik eş tanı sıklığı %81,5 olarak saptanmıştır. Bu sıklık bizim çalışmamızdaki eş tanı sıklığına göre daha düşüktür. Aynı çalışmada en sık saptanan eksen I tanıları, Davranım Bozukluğu (%60), DEHB (%20), TSSB (%13,8) olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızla paralel olarak en sık saptanan ilk 2 tanı Davranış Bozukluğu ve DEHB olarak bildirilmiştir (193).

Olgu grubunun madde kullanımı öncesinde psikiyatrik tanıları değerlendirildiğinde; poliklinik grubundakilerin %62,1'inde, yatarak tedavi grubundakilerin ise %70'inde maddeden önce psikiyatrik bozukluk olduğu görülmektedir. Bu tanılar arasında DEHB tanısı poliklinik ve yatan grupta %34,5 ve %33,3 oranıyla en sık karşılaşılan tanıdır. Bu bulgular tedavi edilmemiş DEHB olgularında MKB sıklığının arttığı görüşünü destekler niteliktedir (194).

Davranış Bozukluğu tanısının çalışmamıza paralel olarak birçok çalışmada MKB olan olgularda en sık görülen psikiyatrik tanı olduğu bildirilmiştir (189). Çalışmamızda diğer çalışmalardan farklı olarak oranların düşük olmasının metodolojik farklılıklar nedeniyle olduğu söylenebilir. Çalışmamızda eş tanı sıklığı oranları gruplar için ayrı ayrı hesaplanmıştır. Davranış Bozukluğu'nun erişkin dönem sonuçlarının araştırıldığı bir çalışmada, DB olan bireylerin ileride Duygudurum Bozukluğu, Anksiyete Bozukluğu ve AMKB açısından yüksek risk taşıdıkları bildirilmiştir (195). Son yıllarda yapılan çalışmalarda DEHB'nin tüm dünyadaki sıklığı %5,9-7,1 olduğu belirtilmiştir (196). Çalışmamızın ortalaması toplum ortalamasından yüksek bulunmuştur. 10 yıllık bir izlem çalışmasının sonucunda, DEHB'nin madde kullanım

bozuklukları ve için risk faktörü olduğu gösterilmiştir (197). AMKB tanılı ergenlerin mizaç özelliklerinin değerlendirildiği bir çalışmada, DEHB eş tanısı %66 oranında bulunmuştur (198).

AMKB tanılı ergenlerin katıldığı geniş örneklemlerli bir çalışma, bu grup içinde DEHB oranını %61-64, DB %72-74 ve MDB %53 olarak bulunmuştur (199). 2011'de yayınlanan bir meta-analiz çalışmasında, MKB tanısı alan ergen olgulardaki DEHB sıklığı %25,3 olarak bulunmuştur. Bu çalışmanın oranı bizim çalışmamızın (%26,6) oranıyla paralellik göstermektedir. MKB tanılı olgularda DEHB sıklığı araştıran çalışmalarda oranların değişken olması örneklem farklılıkları nedeniyle olabilir. Bazı çalışmalarda, genel çocuk ve ergen psikiyatrisine başvuran olgular alınırken, bazı çalışmalarda madde bırakma isteği nedeniyle başvuran olgular ile çalışılmıştır. Ayrıca intoksikasyon ve yoksunluk belirtilerinin DEHB belirtilerini taklit etmesi, huzursuzluk, yerinde duramama, odaklanma zorlukları gibi belirtilerin hem madde ile ilişkili olabilmesi hem de DEHB'de görülmesi DEHB tanısı koymayı güçleştirebilir. Çalışmamızda DEHB en sık görülen psikiyatrik eş tanılar arasında saptanması yazınla uyumludur.

Çalışmalarda MKB olan olguların %20 ile %50'unda depresyon eşlik ettiği bildirilmiştir (200). AMKB tanılı ergenlerin katıldığı geniş örneklemlerli bir çalışma, bu grup içinde DEHB oranını %61-64, DB %72-74 ve MDB %53 olarak 3.sıklıkta saptan eş tanı olmuştur (199). Çalışmalarda DEHB, DB, KOKGB gibi yıkıcı davranış bozukluklarının yanında depresif bozukluk gibi içe atım bozukluklarında yüksek oranlarda saptandığı bildirilmiştir (192). MKB olan olgularda depresyon komorbiditesi zayıf sosyal işlevsellik ve artmış suisidalite ile ilişkilendirilmiştir (201). Komorbid Depresif Bozukluk tanısının MKB tedavisine etkilerinin araştırıldığı bir çalışmada komorbiditenin relaps ve yaşam kalitesi üzerine etkileri olduğu bildirilmiştir (202).

Çocuk ve ergenlerin yadsınamayacak oranda travmatik yaşantıya maruz kaldığı bilinmektedir. Ancak genel toplum çalışmaları yok denecek kadar azdır. Çalışmalarda TSSB tanısının genel toplumda yaşam boyu görülme oranı %1-14 arasında olduğu belirtilmektedir. Ergenlerde psikososyal travmalar madde kullanım bozukluğu gelişimine yol açtığı gibi, madde kullanımı da ergeni psikososyal travmalara açık hale getirmektedir. Çalışmamızda vaka grubunun %10'ununda TSSB tanısı saptanmıştır. Yataklı tedavi grubunda istismar durumu oranı ile paralel olarak TSSB oranı 2 kat daha fazla oranda saptanmıştır. Klinik örneklemlerli

çalışmalarda TSSB sıklığı, çalışmamızdaki sıklıkla (%10) uyumlu olarak, %13,8 %12,5 gibi oranlarda bulunmuştur (203). Mevcut çalışmada olguların tamamı madde kullanımından sonra TSSB tanısı almıştır. 2000 yılında yayınlanan bir çalışmada örneklemin travmaya maruz kalmadan önce yarısında MKB tanısı olduğu bildirilmiştir (204). MKB olan olguların riskli davranışlara yatkın olması, travma maruziyetini arttırabilir (205). TSSB'nin aşırı uyarılmışlık belirtilerinin birey tarafından madde yoksunluğu belirtileri ile karıştırılması da artan miktarlarda alkol ve madde kullanımına yol açabilir. Diğer yandan MKB bireyin travma ile başa çıkma stratejilerini etkileyerek TSSB tanısının uzamasına neden olabilir (206). Bu veriler ışığında gençler için çok boyutlu tedavi hizmeti programlarının oluşturulması önem kazanmaktadır.

Yaygın Anksiyete Bozukluğu (%1,7) ve Sosyal Fobi (%1,7) çalışmamızda 2 olguda saptanmıştır. Bu oran sosyal fobi sıklığını %4,6 oranında bildiren Langenbach ve arkadaşlarının yaptığı çalışmadaki orandan düşüktür (193). Adolesanlarda sosyal anksiyete ve madde kullanımı arasındaki ilişkinin değerlendirildiği bir çalışmada, sosyal anksiyetenin yasa dışı madde kullanım yaşını aşağıya çektiği bildirilmiştir (207). Hayatbakhsh ve arkadaşlarının kohort çalışmasında, ergen yaş grubunda kannabis kullanımının, anksiyete bozukluğu riskini arttırdığı gösterilmiştir (208). Sosyal Fobi de diğer anksiyete bozukluklarına oranla madde kullanımı riskinin düşük olduğunu bildiren çalışmalar da vardır (209). Bu çalışmada bir olguda yatış esnasında Kısa Psikotik Bozukluk tanısı saptanmıştır. Bu olguda esrar ve ekstazi kullanımı öyküsü olduğu bilgisi öğrenilmiştir. Özellikle bazı maddelerin psikoz riskini arttırdığı ve mevcut psikozu kötüleştirdiği bilinmektedir. Psikositümlenler ve kanabis bu durum ile en sık ilişkilendirilen maddelerdir (210).

5.2. Çocuklar İçin Genel Değerlendirme Ölçeği (CGAS)

Psikiyatrik hastalıklarda genel olarak kişinin işlevsellik düzeyi etkilenmiştir. Bu etkilenmenin; kişinin mesleki, ailevi, akademik ve sosyal performansının düşmesine, ekonomik kayba, hayat standardında düşmeye ya da farklı nedenlerle daha fazla sağlık yardımı alabilmek için sağlık kurumlarına başvurmasına ve genel olarak toplum ve sağlık sistemi için ciddi bir yük oluşmasına neden olduğu söylenebilir. Araştırmamıza katılan ergenlerin işlevsellik durumunu değerlendirmek amacıyla klinisyen tarafından CGAS skorlanmıştır. CGAS skorları açısından değerlendirme yapıldığında vaka ve kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan

anlamli farklılık saptanmiştir. Bu durum literatürle uyumlu olarak MKB gibi psikiyatrik tanısı olan bireylerde genel işlevselliğin bozulduğunu, tedavi ile işlevsellik puanlarında artma olduğunu göstermektedir (211, 212, 213). Yataklı tedavi alan grupta poliklinik tedavisi alan gruba göre ilk değerlendirmede anlamli olarak daha düşük CGAS puanları saptanmıştır. T1 ve T2 zaman dilimlerinde skorlanan CGAS puanları arasındaki fark da yataklı tedavi hizmeti alan grupta poliklinik tedavisi alan gruba göre anlamli olarak daha fazla bulunmuştur. Bu bulgu başvuruda düşük genel işlevsellik puanlarının yataklı tedavi ile daha fazla iyileşmeyi öngördüğü bildiren çalışma bulguları ile uyumludur (214, 215). Yataklı tedavi ünitelerinde psikolojik, medikal, sosyal ve eğitim gibi multidisipliner ve çok boyutlu tedavilerin uygulanması bu iyileşme ile ilişkilidir. Bu bulgu yataklı tedavi hizmetinin işlevsellik üzerine etkisinin daha anlamli olduğunu göstermektedir.

5.3. Aile Değerlendirme Ölçeği

Ölçek 60 maddeden oluşan yedi farklı alanı değerlendirir: Bu alanlar; problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevlerdir. Her alanın toplam puanı 1 ile 4 arasında değişir, 1 puan sağlıklı, 4 puan sağlıksız işleyişi gösterir. Ailenin bir alandaki puanı 2'yi geçtiğinde o alanda problem olduğu düşünülür. Çalışmamızda problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü, genel işlevler alt ölçeklerinde vaka grubu 2 puan üzerinde puan alarak, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamli yüksek puan almıştır.

Madde bağımlılığı tanısı ile AMATEM de yatarak tedavi gören bireylerin aile işlevlerinin değerlendirildiği çalışmada, katılımcıların ADÖ' nün problem çözme, roller, iletişim, duygusal kontrol, gereken ilgi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutlarında aldıkları puanlar 2.0'nin üzerinde saptanmıştır (216). Yapılan bazı çalışmalarda olumsuz çevre koşulları ve aile fonksiyonlarındaki bozulmalar ile gençlerin madde kullanımına başlamaları arasında anlamli ilişki olduğu bildirilmiştir (217, 218). Aile özelliklerini değerlendiren çalışmalarda ailenin gencin madde kullanımına başlamasını etkileyen birçok davranış ve tutumu gösterilmiş olup kaotik aile ortamı, etkin ve yeterli olmayan ebeveynlik önemli risk faktörleri olarak bildirilmiştir (219). Aile bireyleri arasında iletişim, disiplin, hoşgörü, saygı, sevgi gibi işlevler düzgün bir aile yapısını ortaya koymaktadır. Anne ve babanın alkolü kötüye kullanması, yüksek bir şekilde dışarıya vurulan duygulanım, anne ve baba arasında oluşan çatışma ile aile içerisinde

iletişim zayıflığı, işlevsel olmayan aile yapısının göstergeleridir (220). Çalışmalarda tutarsız ve kuralların açıkça tanımlanmadığı, iletişim sorunlarının olduğu ailelerde, madde kullanım riskinin arttığı gösterilmiştir (221). Anne-babaların çocuklarına yetersiz ilgi göstermesinin, genel olarak olumsuz tutum ve davranışlara sahip olmalarının da çocuklarda madde kullanımı açısından risk oluşturduğu belirtilmiştir (222). Yazınla uyumlu olarak mevcut çalışmada MKB tanısı olan grupta sağlık kontrollere göre aile işlevselliğinin daha kötü olduğu saptanmıştır. Bu bulgular ışığında madde kullanım bozukluğu olan ergenlere yaklaşımda aileyi bir bütün olarak değerlendirmenin önemli olduğu belirtmek gerekir.

5.4. Güçler Güçlükler Anketi

Gençlerin ve bakımverenlerin yönetemediği, daha yoğun profesyonel desteğin gerekli olduğu psikiyatrik kriz durumlarında yataklı servisler semptom stabilizasyonu için kullanılır (223). Bu olguların ciddi psikopatoloji ile birlikte psikososyal risk faktörleri ve sıklıkla travmatik yaşam olayları mevcuttur (224). Yataklı ruh sağlığı hizmetlerine talep arttıkça tedavi hizmetlerinin sonuçlarını ve etkinliği ölçümü gündeme gelmiştir (225). Kanıta dayalı tedavi uygulamaları semptomlardaki değişmelerin, işlevselliğin ve etkinliğin belirlenmesi için geçerli ve güvenilir çıkış ölçümlerinin önemini vurgulamaktadır. Bu değişimi ölçmek ve sonuçları değerlendirmek, hizmetin bir bütün olarak özellikle de iyileştirme alanlarının değerlendirilmesini sağlar. Kuşkusuz bu ölçümler önemli olmakla birlikte uygulanması ve ölçümü zor olabilir. Özellikle farklı klinik problemleri olan ve çeşitli zaman noktalarında ergenleri kabul eden yataklı tedavi ortamlarındaki sonuçların ölçülmesi oldukça zordur. Ayrıca, her bir yataklı servis, kalış süresi kabul politikaları ve sunulan müdahalelerin türleri bakımından farklıdır. Her durumda hastaneye yatış, kişinin hayatında kritik bir noktadır ve klinisyenlerin ve araştırmacıların ne kadar etkili olduklarını anlamaları hizmetin geliştirilmesinde önemlidir (226).

Bu çalışmada tedavi etkinliğini değerlendirmek üzere tedavi öncesi ve sekiz haftalık tedavi sonrası GGA ve HoNOSCA ölçeklerinin çocuk ve ebeveyn formları ile işlevsellik değerlendirmeleri kullanılmıştır. GGA psikiyatrik belirtileri sorgulayan maddelerin yanı sıra belirtilerden etkilenme düzeyini sorgulayan maddeler de içermektedir. Anketi yanıtlayan kişi, gencin veya çocuğun duygularında, davranışlarında, dikkatini toplayabilmesinde ve başkaları ile geçinebilmesinde güçlük olup olmadığını değerlendirir ve kişinin yanıtı güçlük olduğunu

belirtiyorsa, bu yaşanan güçlüğün çocuk ve genci sıkıntıya sokup sokmadığını, günlük yaşamını etkileyip etkilemediğini, birlikte yaşadığı kişilere zorluk yaşatıp yaşatmadığını ve güçlüklerin ne kadar süredir var olduğunu belirtir (227). Çalışmamızda GGA Çocuk ve Ebeveyn formunun her ikisinde de ilk değerlendirme bulguları incelendiğinde kontrol grubunda madde kullanımı nedeni ile poliklinik tedavisi ve yataklı tedavi alan grubuna göre alt ölçek puanları, etki değeri ve toplam güçlük puanları anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Kannabis kullanımının psikiyatrik hastalıklar için bir risk faktörü olduğunu araştıran bir çalışmada kannabis kullanan grupta sağlıklı kontrollerle kıyaslandığında GGA puanlarının yüksek saptandığı bildirilmiştir (228). 2016 yılında Brezilya’da yayınlanan 15-18 yaş arası lise öğrencilerinin alkol, sigara ve madde kullanımının psikiyatrik belirtilerle ilişkisini inceleyen başka bir çalışmada klinik olarak anlamlı GGA puanları ile son bir ay içinde alkol, sigara ve esrar kullanımı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (229). Çeşitli çalışmalarda da MKB ile Güçler Güçlükler Anketinde klinik olarak anlamlı skorlar ve zayıf psikososyal işlevsellik ilişkisi vurgulanmıştır (230). GGA Ebeveyn formunun ilk değerlendirmesinde poliklinik grubunda yataklı tedavi grubuna göre etki değeri anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır, ancak diğer alt ölçek ve toplam puan değerleri açısından yataklı tedavi ve poliklinik tedavi grupları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Goodman tarafından yapılan bir çalışmada klinik ve toplum örneklemini ayırt edebilmede GGA etkilenme skorunun (impact score) psikiyatrik vakaların tespitinde, GGA belirti skorlarından daha güvenilir olduğu gösterilmiş, tanı tahmin algoritmasının iki skorun birlikte değerlendirilmesini önermiştir (231).

Çalışmamızda GGA Çocuk Formu poliklinik tedavisi ve yataklı tedavi grupları arasında sekiz haftalık tedavi sonrası tekrar değerlendirilmiştir. Buna göre bu iki grup arasında duygulanım belirtileri, akran ilişkileri ve etki değeri yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Davranış belirtileri, dikkat eksikliği ve hareketlilik ve toplam puan değeri açısından ise yataklı tedavi grubunda poliklinik grubuna göre 2. değerlendirmede daha düşük puanlar alındığı saptanmıştır. Yataklı tedavi grubunda poliklinik tedavisi alan gruba göre T1 ve T2 değerlendirmeleri arasında duygulanım belirtileri, dikkat eksikliği ve hareketlilik, etki değeri ve toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla düşüş görülmektedir. Ebeveyn formunun T2 değerlendirmesinde Davranış belirtileri açısından yataklı tedavi grubunun poliklinik grubuna göre T2 değerlendirmesinde daha düşük puanlar alındığı saptanmıştır. Ayrıca yataklı tedavi grubunda poliklinik grubuna göre T1 ve T2

değerlendirmeleri arasında davranış belirtileri, dikkat eksikliği ve hareketlilik, etki değeri ve toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla düşüş görülmektedir. Bu bulgular çalışmamızın hipotezlerinden biri olan yataklı tedavi hizmetlerinin psikiyatrik belirti alanlarında daha fazla iyileşme ile ilişkili olduğunu desteklemektedir.

2007 yılında yayınlanan AMKB olan olgulara yönelik ayaktan tedavi ve yataklı tedavi etkinliğini karşılaştıran bir derlemede, bağımlılık şiddeti indeksi ile olguların alkol, madde kullanım şiddeti, psikiyatrik ve medikal problemleri değerlendirilmiş, bazalde daha yoğun bağımlılık indeksi olan olguların daha yapılandırılmış ve yoğun ortamlarda tedavi edildiğinde daha iyi yanıt verdiği, bazal değerlendirmede bağımlılık şiddeti düşük olgularda tedavi ayarının sonuçlarla anlamlı ilişkisinin olmadığı, bazal değerlendirmede şiddetin yüksek olduğu ve yatarak tedavi alan grupta tedavi sonrası 6. Ay değerlendirmede sonuçların daha iyi olduğu bildirilmiştir (232). Bu çalışmada tedavi seviyesini belirlemede bazal bağımlılık şiddeti esas alınırken, bizim çalışmamızın yürütüldüğü klinikte yatış değerlendirmesinde gencin tedavi motivasyonu, servise uygunluk ve genel işlevsellik puanları göz önünde bulundurulmuştur ve yataklı tedavi genel işlevsellikte daha fazla iyileşme ile ilişkilidir.

Blanz ve Schmidt tarafından yayınlanan çalışmada özellikle tedavi müdahalelerinin özel yönleri vurgulandığında (olumlu terapötik ittifak, planlı taburculuk, bilişsel temelli problem çözme becerileri eğitim paketinin tamamlanması ve taburculuk sonrası bakım gibi konular) yataklı tedavilerin yararlı olduğunu vurgulanmıştır. Kötü aile fonksiyonlarının da yatan hastalarda sonuçları etkileyen önemli bir faktör olduğu bildirilmiştir (233). Mevcut çalışmada MKB olan olgu grupta saptanan bozulmuş aile fonksiyonları da tedavi sonuçlarını etkileyen bir faktör olarak değerlendirilebilir. Genel ergen yataklı servislerinin etkili olup olmadığını değerlendirmek ve sonuçların ölçüldüğü yolları ve hangi alanların ölçüldüğünü araştırmayı amaçlayan 2006-2017 yıllarında yapılan çalışmaların derlemesinde çıkış değerlendirmelerinde en sık HoNOSCA, CGAS, GAF ölçeklerinin kullanıldığı ve bu yolla çeşitli işlevsellik alanlarının değerlendirildiği bildirilmiştir. Çalışmalarda yataklı tedavilerin adölesanlar için faydalı olduğu ancak çıkış ölçümlerinde standardize yöntemlerin uygulanması gerekliliği vurgulanmıştır (234). Green ve arkadaşlarının 2007 yılında yayınladığı çocuk ve ergenlere yönelik tedavi hizmeti veren 8 servisin etkinliğinin değerlendirildiği çalışmada tedavi etkinliği CGAS ve GGA Ebeveyn-Çocuk formu kullanılarak değerlendirildiği, olguların servis yatışı

esnasında, taburculukta ve taburculuktan bir yıl sonra değerlendirilen işlevsellik puanlarını incelendiğinde çalışmamızın bulguları ile paralel olarak ölçek puanlarında yatış süresince anlamlı azalma olduğu bu iyileşmenin taburculuktan 1 yıl sonraki değerlendirmede devam ettiği bildirilmiştir (235).

5.5. HoNOSCA

MKB açısından tedavinin amacı; madde kullanım dönemlerinin sıklık ve şiddetinin azalması, madde kullanım miktarının azaltılması ya da sonlandırılması, işlevselliğin artırılması ve hayat kalitesinin yükseltilmesi olarak ifade edilebilir. SAMSHA iyileşmeyi bireylerin sağlık ve iyilik durumlarının gelişmesi, kendilerinin idare ettikleri bir hayatı yaşaması ve potansiyellerini kullanabilmeleri için çaba göstermesi gereken bir değişim süreci olarak tanımlamıştır (236). Aynı zamanda SAMSHA iyileşmeyi gösteren dört ana boyut tanımlamıştır. Bunlar sağlık (kişinin hastalığını yönetebilmesi), amaç edinme (iş, okul, aile gibi), sosyal ilişkilerde iyileşme ve yaşanan ortama uyumdur. Bu bilgiler ışığında rehabilitasyon sürecinde uygulanan tedavinin etkinliğinin belirlenmesinde bu alanlara yönelik kapsamlı değerlendirme yapılması önem kazanmaktadır. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı kliniklerinde verilen ayaktan ve yatılı tedavi hizmetlerinin etkinliğini değerlendiren çalışmalar kısıtlıdır. HoNOSCA bu alanda kullanılmak üzere geliştirilmiş bir ölçüttür. Çocuk ve ergenlerin psikiyatrik semptomları ve fiziksel ve sosyal fonksiyonlarını değerlendiren kısa bir formdur. MKB olan bireylerde iyileşmenin değerlendirilmesi için bu açıdan çok boyutlu değerlendirme yapılmasının önemi vurgulanmıştır. Çalışmamızda MKB olan ergenlerin aldığı tedavi hizmetinin çok boyutlu etkinliğini değerlendirmek amacıyla HoNOSCA ölçeğinin klinisyen formu tedavi ekibi tarafından yatış esnasında ve taburculukta puanlanmış, ebeveyn ve ergen formunun tedavi öncesi ve tedavi sonrası hastalar ve aileleri tarafından doldurulması istenmiştir.

HoNOSCA-Ergen ve Ebeveyn formunu T1 değerlendirmesinde poliklinik tedavi grubu, yataklı tedavi ve kontrol grupları arasında incelendiğinde; kontrol grubunda poliklinik tedavi grubuna ve yataklı tedavi grubuna göre alt ölçek, etki değeri ve toplam güçlük puanları anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. HoNOSCA-Ergen formunun T2 değerlendirmesinde poliklinik ve yataklı tedavi grupları karşılaştırıldığında toplam skor, davranışsal skor ve sosyal skor açısından yataklı tedavi grubunun poliklinik grubuna göre T2 değerlendirmede daha düşük puanlar alındığı saptanmıştır. Ayrıca yataklı tedavi grubunda poliklinik grubuna göre T1 ve T2

değerlendirmeleri arasında toplam skor, davranışsal skor ve sosyal skor açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla düşüş görülmektedir. HoNOSCA-Aile Formu yataklı tedavi grubunda poliklinik grubuna göre T1 ve T2 değerlendirme toplam skor ve sosyal skor açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla düşüş görülmektedir.

İstatistiksel olarak anlamlı fark olmamakla birlikte intihar girişimi öyküsü, kendine zarar verme davranışı, istismar öyküsü, tekrarlayan hastane yatışları, suç işleme öyküsü gibi psikopatolojisi göstergeleri açısından oranların yüksek olduğu, genel işlevselliğin daha kötü olduğu yataklı tedaviye alınan grupta iyileşmenin değerlendirilen alanların çoğunda anlamlı olarak daha fazla olması ergenlerde yataklı tedavi hizmetleri ile psikiyatrik belirtiler ve sosyal fonksiyonlar açısından daha fazla iyileşme sağlandığını göstermesi açısından çalışmamızın hipotezi ile uyumludur.

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Polikliniği ve buna bağlı bir yataklı serviste 3-18 yaş arası 205 katılımcıyla yürütülen bir çalışmada olguların tedavi başlangıcında ilk değerlendirme ve altı aylık tedavi sonrası değerlendirmelerinde klinisyen tarafından HoNOSCA, CGAS ölçekleri, ebeveynler tarafından GGA, Davranış Kontrolü Listesi puanlandırılmıştır. Tedavi sonrası klinisyen tarafından puanlanan HoNOSCA ve CGAS ölçeklerinde, ebeveyn tarafından puanlanan GGA puanlarında anlamlı iyileşme olduğu ve ölçütler arasında anlamlı korelasyon saptandığı, tedavi sürecinde olguların katıldığı seans sayısının HoNOSCA puanlarındaki düşüş ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Ayrıca bu çalışmada HoNOSCA'nın psikiyatri kliniklerine gelen çocuk ve adölesanlarda klinik değişiklikleri değerlendirmek için klinisyenler için kolay kullanımlı, güvenilir ve sensitif bir araç olduğu bildirilmiştir (237). 2014 yılında yayınlanan başka bir çalışmada 2010-2011 yılları arasında yataklı tedavi gören 7-17 yaş arası 71 olgunun ortalama müdahale süresinin 15 hafta olduğu tedavi etkinliğini değerlendiren yatış ve çıkış değerlendirmelerinde kullanılan HoNOSCA skorlarında anlamlı azalma ve CGAS puanlarında artış olduğu bildirilmiştir (238). 12-17 yaş ergenlerin tedavi gördüğü dört adet çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları yataklı kliniğinde 2012-2015 yılları arasında tedavi gören 136 olgunun retrospektif olarak tedavi değerlendirmelerinin yapıldığı başka bir çalışmada, HoNOSCA ölçeğinin toplam skor ortalamasının hasta değerlendirmelerinde 24.0 puandan 16.0 puana gerilediği, klinisyen değerlendirmesinde ise 18.2 puandan 9.8 puana gerilediği ve yatış sürecinde belirtilerde anlamlı iyileşme sağlandığı bildirilmiştir. (239). Klinisyen HoNOSCA

ölçeğinde de yatış-taburculuk puanları arasında iyileşme yönünde yüksek düzeyde anlamlılık olduğu saptanmıştır. Yazında ülkemizdeki veriler incelendiğinde bu alanda az sayıda çalışma olduğu, bunların genel çocuk ve ergen ruh sağlığı tedavi servisleri olduğu dikkat çekmektedir. (240,241,242). MKB olan ergenlere yönelik tedavi etkinliğini işlevsellik değerlendirmeleri ile inceleyen çalışmalara literatürde rastlanmamıştır.

MKB olan yetişkinlere yönelik tedavi etkinliğini değerlendiren çalışmalarda ise tedavi ayarının tedavi etkinliğinin ana belirleyicisi olduğunu vurgulayan çalışmalarla birlikte bir derlemede yataklı tedavinin ayaktan tedaviye göre daha iyi sonuçlarla ilişkili olmadığı bildirilmiştir (243). Kissin ve Platz çalışmalarında yoğun tedavinin, daha şiddetli bağımlılık profili olan ve daha az stabil olan bazı hasta gruplarında farklı olarak yararlı olabileceğini ileri sürmüştür (244). Finney ve arkadaşlarının ayaktan tedavi ve yataklı tedaviye ait rasyonelleri gözden geçirdiği çalışmada yataklı tedavinin üstünlüğü öngören gerekçelerin; zararlı ortamdan uzaklaşma, hastaların daha yoğun tedavi alma gerekliliği, tıbbi ve psikiyatrik bakıma erişimi zor olan hastalara destek sağlama ve ayaktan tedavi sürecine başlayan ancak semptom şiddeti yüksek olup tedavi motivasyonu yüksekliği olan hastalar için yataklı tedavi modelinin iyi bir seçenek olduğu bildirilmiştir (245). Son çalışmalarda özellikle hastaların başlangıçtaki durumunun tedavi ayarı ile etkileşim içinde olduğu vurgulanmıştır. Rychtarik ve arkadaşlarının çalışmasında hastalar yataklı tedavi, ayaktan tedavi ve ayaktan yoğun tedaviye randomize edilmiş, beklendiği gibi daha fazla bazal alkol kullanımı olup ayaktan tedavide yer alan hastaların takipte alkol kullanımından daha az uzak durduğu, yatarak tedavi alan grupta ise sonuçların daha iyi olduğu bildirilmiştir (246).

Bu çalışmanın sonuçları yatış sırasında ve taburculuk sonrasında değerlendirmelerden yola çıkarak hastaların işlevselliğinde belirgin düzelme olduğunu göstermekle birlikte çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında yataklı servislerdeki tedavilerin uzun dönemde hangi alanlarda nasıl etkiler oluşturduğuna yönelik başka çalışmaların planlanmasına gereksinim vardır. Yazındaki uzun dönem izlem çalışmaların sonuçları ise genellikle erişkin yaş grubu ile yapılmıştır ve olguların büyük bir kısmının psikiyatrik hastalıklarının devam ettiği birçok işlevsellik alanında sorunlar yaşadıkları ve yeniden hastaneye yatış oranlarının yüksek olduğu bildirilmiştir (247, 248). Diğer yandan korelasyon analizlerinde olgu, ebeveyn ve klinisyen görüşleri arasında orta düzeyde anlamlı korelasyon olması, bulguların birbirinin desteklemesi açısından kıymetlidir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada MKB tanısı alan çocuk ergenlerde yüksek oranda psikiyatrik eş tanı oranı saptanmıştır. MKB'ye eşlik eden psikiyatrik bozuklukların önemli bir kısmının madde kullanımı öncesinde başladığı göz önüne alındığında, özellikle yıkıcı davranış bozukluğu tanısı alan olguların, aile fonksiyonlarında bozulma, ailede madde öyküsünün ve suç öyküsünün var olması, okula devam etmeme, fiziksel veya cinsel istismar yaşamış olma, kendine zarar verici davranışlarda ve intihar girişim öyküsünün bulunması gibi risk faktörlerini taşıyan her olgu, MKB riski açısından yakından izlenmelidir. Özellikle yıkıcı davranış bozukluklarının etkili bir şekilde tedavi edilmesinin, risk faktörlerine müdahalenin MKB'ye gidişi engelleyebileceği öne sürülebilir. Çalışmamız, madde kullanımının, okulu bırakma, intihar girişimlerinde bulunma, riskli davranışlarda bulunma ve travmatik yaşantı deneyimi gibi pek çok stres faktörünü beraberinde getirdiğini, tekrarlayan hastane yatışlarına neden olduğunu, genel işlevsellik durumunu yüksek oranda düşürdüğünü göstermiştir.

Çalışmamız Türkiye'de az sayıda bulunan ÇEMATEM kliniklerinden biri olan Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi ÇEMATEM kliniğinde uygulanan poliklinik tedavisi ve yataklı tedavinin olguların genel işlevsellik düzeylerinde artış ve genel psikiyatrik belirtilerinde iyileşmeye yönelik etkin bir tedavi modeli uyguladığını, bu etkinliğin yataklı tedavi modelinde daha üstün olduğunu göstermektedir. Bu veriler ışığında tedavi aşamasında, MKB ve eşlik eden psikiyatrik bozuklukların tedavisinin yanında, olgulara stresörlerle baş etmeye yönelik becerilerin kazandırılmasının, okula yeniden devamın sağlanmasının, düzenli iş veya uğraş fırsatlarının yaratılmasının bu kısır döngünün kırılmasına yardımcı olacağı, olguların yaşam kalitesini ve genel işlevselliğini arttıracığı düşünülmektedir.

MKB alanında hizmet veren ÇEMATEM kliniklerinde ki farklı tedavi hizmetlerinin (ayaktan, yataklı ve gündüz hastanesi) giderek daha hızlı geliştiği ülkemizde özellikle yataklı tedavi seçeneklerinin etkinliğini ve sonraki tedavi sürecine katkılarını incelemenin önem taşıdığı düşünülmüştür. Bu alandaki değerlendirme sonuçları madde bağımlılığına yönelik az sayıdaki yataklı tedavi hizmetlerinin yaygınlaşmasına gerek duyulduğunu göstermektedir.

7. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI

Çalışmanın en önemli kısıtlılıklarından biri örneklem sayısının azlığı ve tek kliniğe ait verileri içermesidir. Bu nedenle sonuçların genellenmesi mümkün değildir. Çalışmamızda süre kısıtlılığı nedeniyle grupların 8 hafta sonraki durumları değerlendirilmiştir. Sonraki çalışmaların uzun dönem izleme ilişkin verileri de kapsayacak biçimde oluşturulmasına gereksinim vardır. Çalışmamızın örneklem grubunun az olması poliklinik ve ayaktan tedavi grubu arasında bazı sosyodemografik verilerde gruplar arasında fark olmasına rağmen, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmamasına yol açmıştır. Ayrıca olguların aldığı tedavi etkinliği değerlendirilirken işlevsellik puanları ve psikiyatrik belirtileri değerlendirilmiş ancak bağımlılık profil indeksini değerlendiren ölçekler kullanılmamıştır.

8. KAYNAKLAR

1. Tamar GD. Alkol Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi El Kitabı. Türkiye Psikiyatri Yayınları, 2012, Ankara.
2. Yüncü Z, Saatcioglu H, Aydın C, Özbaran B, Altıntoprak E, Köse S. Bir Şehir Efsanesi: Madde Kullanmaya Başlama Yaşı Düşüyor mu? Literatür Sempozyum 2014; 1:43–50)
3. Defne Tamar, Kültegin Ögel, Ergenlik Döneminde Madde kullanımı, Ergenlikte Ruhsal Sorunlara Yaklaşım. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, Kış, 1997
4. Kılıç EZ. Ergenlerde Bağımlılıkla Mücadelede Yaş Grubuna Uygun Yöntemler Geliştirmek Önemlidir. Journal of Dependence 2015; 16:43–5.
5. Zaleski M, Laranjeira RR, Marques ACPR, Ratto L, Romano M, Alves HNP, de Macedo Soares MB, Abelardino V, Kessler F, Brasiliano S, Nicastrı S, Brunferntinker Hochgraf P, de Paula Gigliotti A, Lemos T. Guidelines of the Brazilian Association of Studies on Alcohol and Other Drugs (ABEAD) for diagnosis and treatment of psychiatric comorbidity with alcohol and other substance and dependence. Int Rev Psychiatry. 2017; 29: 254-262.
6. Kaminer Y, JA Bukstein, editors. Adolescent Substance Abuse: Psychiatric Comorbidity and High Risk Behaviors. New York: Routledge/Taylor&Francis; 200).
7. Margie Skeer, Marie C. McCormick, Sharon-Lise T. Normand Stephen L. Buka, and Stephen E. Gilman, A Prospective Study of Familial Conflict, Psychological Stress, and the Development of Substance Use Disorders in Adolescence, Drug Alcohol Depend. 2009 Sep 1; 104(1-2): 65–72.
8. Bukstein OG, Horner MS. Management of the adolescent with substance use disorders and co-morbid psychopathology. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2010; 19:609-623).
9. Green J, Kroll L, Imrie D, Frances FM, Begum K, Harrison L, Anson R. Health gain and outcome predictors during inpatient and related day treatment in child and adolescent psychiatry. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2001 Mar; 40(3):325-32.
10. Jaffa T, Stott C. Do inpatients on adolescent units recover? A study of outcome and acceptability of treatment. Eur Child Adolesc Psychiatry 1999; 8:292-300
11. Mayes SD, Calhoun SL, Krecko VF et al. Outcome following child psychiatric hospitalization. J Behav Health Serv Res 2001; 28:96-103.

12. Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR).
13. American Psychiatry Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Ameican Psychiatric Pub, 2013
14. D Tamar, K Ögel, D Çakmak, Ergenlik Döneminde Madde Kullanımı. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları; 1997;2(4):502-519
15. EMCDDA,2007; WHO, 2008; Polat, 2004:1-10
16. UNODC. (2013). World Drug Report:2013. http://www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/World_Drug_Report_2013.pdf (accessed February 5, 2014). 4-29. USDOJ.
17. Evcin U. Alkol ve Madde Kullanımı ile İlgili Dünyanın En Büyük Okul Anketi: ESPAD Üzerine Bir Değerlendirme. Addicta: The Turkish Journal on Addictions 2014; 1:135-42.
18. ESPAD Report Substance Use Among Students in 36 European Countries [Internet]. 2011. Available from: www.espad.org
19. Güler A. Ege Üniversitesi hazırlık sınıfı öğrencilerinde tütün, alkol, madde kullanımı ve sosyo-ekonomik düzey etkisi. Ege Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Tezi, 2008.
20. Evren C, Ogel K, Demirci A, Evren B, Yavuz B, Bozkurt M. Prevalence of lifetime tobacco, alcohol and drug use among 10th grade students in Istanbul: data for year 2012. Bull Clin Psychopharmacol. 2014;24(3):201-1)
21. Kuğu N., Akyüz G., Erşan E ve ark. (2000) Sanayi bölgesinde çalışan çıraklarda madde kullanımı ve etkileyen etkenlerin araştırılması, Anadolu Psikiyatri Dergisi 1:19-25
22. Ögel K, Tamar D, Evren C ve Çakmak D. İstanbul'da lise gençleri arasında sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. Klinik psikiyatri 2000; 3(4):242-245.
23. Demirci AC, Erdoğan A, Yalcin O ve ark. Sociodemographic characteristics and drug abuse patterns of adolescent admitted for substance use disorder treatment in İstanbul. Am J Drug Alcohol Abuse 2014; DOI:10.3109/00952990.2014.973961)
24. Swadi H. Individual risk factors for adolescent substance use. Drug Alcohol Depend. 1999;55(3):209-24.

25. Brooks TL, Knight JR (2014) Screening and brief intervention for adolescents. The ASAM Principles of Addiction Medicine Fifth. Ries RK, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R (Ed.), Volters Kluwer Health-ASAM, China.
26. Simkin DR (2014) Neurobiology of addiction from a developmental perspective. The ASAM Principles of Addiction Medicine Fifth. Ries RK, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R (Ed.), Volters Kluwer Health-ASAM, China.)
27. Boys A, Farrell M, Taylor C, Marsden J, Goodman R, Brugha T, Bebbington P, Jenkins R, Meltzer H. Psychiatric morbidity and substance use in young people aged 13–15 years: results from the Child and Adolescent Survey of Mental Health. *Br J Psychiatry*. 2003;182(6):509-
28. Castellanos-Ryan N, Conrod PJ. Personality correlates of the common and unique variance across conduct disorder and substance misuse symptoms in adolescence. *J Abnorm Child Psychol*. 2011;39(4):563-76.
29. Dube SR, Miller JW, Brown DW, Giles WH, Felitti VJ, Dong M, Anda RF. Adverse childhood experiences and the association with ever using alcohol and initiating alcohol use during adolescence. *J Adolesc Health*. 2006 Apr;38(4)
30. Kural S. Alkol/madde bağımlılarında PTSD, çocukluk çağı travma öyküsü ve II. Eksen ek tanımlarının yaygınlığı ve aralarındaki ilişki. Uzmanlık tezi. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hast. (2003).
31. Printz R.J, West, M.O. Parental Alcoholism and Childhood Psychopathology. *Psychological Bulletin* 1987, 102: 204-218.
32. Paul Russell Ward, Andrew Day, Anthony Harold Winefield, Nualnong Wongtongkam. (2014). The influence of protective and risk factors in individual, peer and school domains on Thai adolescents' alcohol and illicit drug use: A survey. *Addictive Behaviors*. 39, 1447–1451
33. Pumariaga AJ, Burakgazi H, Unlu A, Prajapati P, Dalkılıç A. Substance use: risk factors for Turkish youth. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2014; 24: 5-14.
34. Alikashifoğlu M. (2005). Madde kullanımı risk faktörleri ve koruyucu faktörler. *Adolesan Sağlığı Sempozyumu Dizisi* 43:73-83)
35. Yu C, McClellan J. Genetics of substance use disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2016;25(3):377 385.

36. Volkow N, Warren K. Drug addiction: the neurobiology of behavior gone awry. The ASAM Principles of Addiction Medicine Fifth Edition. Fifth. Ries R, Fiellin D, Miller S, Saitz R, editors. China: Wolters Kluwer Health-ASAM; 2014).
37. Gelertner J, Kranzler HR. Genetics of addiction, Substance abuse treatment Fifth Edition. Galanter M, Kleber HD, Brady KT. American Psychiatric Association, Arlington. 2015
38. Grady DL, Thanos PK, Corrada MM et al. DRD₄ genotype predicts longevity in Mouse and human. *Neurosci.* 2013; 33:286-291)
39. Olier S, Joliette-Riopel A, Potvin S. Modulation of the endocannabinoid system: vulnerability factor and new treatment target for stimulant addiction. *Front Psychiatry.* 2013; 4:109)
40. Uzbay T. Madde Bağımlılığı: Tüm Boyutlarıyla Bağımlılık ve Bağımlılık Yapan Maddeler. İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık Hiz. Tic. Ltd. Şti., İstanbul, 2015.
41. Nieh EH, Kim SY, Namburi P (2013) Optogenetic dissection of neural circuits underlying emotional valence and motivated behaviors, *Brain Res* 1511:73-92), Volkow ve Warren 2014
42. Ito JR, Dalley JW, Howes SR (2000) Dissociation in conditioned dopamine release in the nucleus accumbens core and Shell in response to cocaine cues and cocaine-seeking behavior in rats. *J Neurosci* 20:7489-7495)
43. Koob GF (2015) Neurobiology of addiction. Substance Abuse Treatment Fifth Edition. Galanter M, Kleber HD, Brady KT, American Psychiatric Association, Arlington, VA.
44. Gupta S, Kulhara P. Cellular and molecular mechanisms of drug dependence: an overview and update. *Indian J Psychiatry.* 2007; 49:85–90
45. Gilman JM, Ramchandani VA, Davis MB. Why we like to drink: a functional magnetic resonance imaging study of the rewarding and anxiolytic effects of alcohol *J Neurosci.* 2008; 24:4583-4591
46. Myrick H (2015) Treatment of alcohol intoxication and alcohol withdrawal Substance Abuse Treatment Fifth Edition. Galanter M, Kleber HD, Brady KT (Ed), American Psychiatric Association, Arlington, VA)

47. American Psychiatry Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). American Psychiatric Pub, 2013)
48. Annette–Akgür S. (2014). Esrar ve Kannabinoidler. Bağımlılık Yapan Maddeler ve Toksikoloji Kitabı. Sayfa: 85-96.
49. Malone DT, Hill MN, Rubino T (2010) Adolescent cannabis use and psychosis: epidemiology and neurodevelopmental models. *Br J Pharmacol* 160:511-522
50. Kelly MA, Levin FR (2015) Treatment of cannabis use disorders. Abuse Treatment Fifth Edition. Galanter M, Kleber HD, Brady KT (Ed.) American Psychiatric Association, Arlington, VA
51. Tan KR, Rudolph U, Lüscher C. Hooked on benzodiazepines: GABA-A receptor subtypes and addiction. *Trends Neurosci.* 2010;34:188-197
52. Ashton (2005) The Diagnosis of benzodiazepine dependence. *Curr Opin Psychiatry* 18:249-255
53. Mary Jeanne Kreek, Orna Levran, Brian Reed, Stefan D. Schlussman, Yan Zhou, and Eduardo R. Butelman, Opiate addiction and cocaine addiction: underlying molecular neurobiology and genetics, *J Clin Invest.* 2012 Oct 1; 122(10): 3387–3393.)
54. Vaughan B, Kleber HD (2015) Opioid detoxification. Substance abuse treatment Fifth Edition. Galanter M, Kleber HD, Brady KT (Ed), American Psychiatric Association, Arlington, VA)
55. Gorelick DA, Baumann MH (2014) The Pharmacology of cocaine, amphetamines, and other stimulant. The ASAM Principles of Addiction Medicine Fifth Edition. Ries RK, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R(ed) Wolters Kluwer Health-ASAM, China
56. Krasnova IN, Cadet JL. Metamphetamine toxicity and messengers of death. *Brain Res Rev* 60.2009;379-407
57. Artuç S, Doğan KH, Demirci Ş. Uyuşturucu maddelerde yeni trend: sentetik kannabinoidler. *Adli Tıp Bülteni*, 2014;19(3):198-203
58. Cohen J, Morrison S, Greenberg J, Saidinejad M (2012) Clinical presentation of intoxication due to synthetic cannabinoids. *Pediatrics*, 129(4): 1064–1067.
59. Macfarlane V, Christie G. (2015) Synthetic cannabinoid withdrawal: a new demand on detoxification services. *Drug Alcohol Rev* (34:147-153)

60. Halpern P, Moskowich J, Avrahami B ve ark. (2011) Morbidity associated with MDMA abuse: a survey of emergency department admissions. *Hum Exp Toxicol* (30:259-266)
61. Krystal JH (2005). Comparative and interactive human psychopharmacologic effects of ketamine and amphetamine: implication for glutamatergic and dopaminergic model psychoses and cognitive function. *Arc Gen Psychiatry* (62:985-994)
62. Maclean KA, Johnson MW, Griffiths RR (2015), *Hallucinogens and club drugs. Substance Abuse Treatment Fifth Edition.* Galanter M, Kleber HD, Brady KT (Ed.), (American Psychiatric Association, Arlington, VA)
63. Hocaoğlu-Aksay N. (2014) Uçucu Solventler. *Bağımlılık Yapan Maddeler ve Toksikoloji Kitabı.* Sayfa: 191-198.
64. Balster RL (2014) *The Pharmacology of inhalants. The ASAM Principles of Addiction Medicine Fifth Edition.* Ries RK, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R(Ed.) Wolters Kluwer Health ASAM, China
65. Ridenour TA, Bray BC, Cotter LB (2007), Reability of use, abuse and dependence of four types of inhalants in adolescent and young adults. *Drug Alcohol Depend* 91:40-49
66. Couwenbergh C, van den Brink W, Zwart K, Vreugdenhil C, van Wijngaarden-Cremers P, van der Gaag RJ., Comorbid psychopathology in adolescents and young adults treated for substance use disorders: a review. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2006 Sep;15(6):319-28.
67. Armstrong TD, Costello EJ. Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity, *J Consult Clin Psychol.* 2002 Dec;70(6):1224-39
68. Oortmerssen K van E, Glind G van de, Brink W van den, Smit F, Crunelleb CL, Swetsa M, et al. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: A meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug Alcohol Depend.* 2012; 122:11–9
69. Kaye S, Ramos-Quiroga JA, van de Glind G, Levin FR, Faraone SV, Allsop S, Degenhardt L, Moggi F, Barta C, Konstenius M, Franck J, Skutle A, Bu ET, Koeter MW, Demetrovics Z, Kapitány-Fövény M, Schoevers RA, van Emmerik-van Oortmerssen K, Carpentier J, Dom G, Verspreet S, Crunelle CL, Young JT, Carruthers

- S, Cassar J, Fatséas M, Auriacombe M, Johnson B, Dunn M, Slobodin O, van den Brink W. Persistence and Subtype Stability of ADHD Among Substance Use Disorder Treatment Seekers. *J Atten Disord*. 2016
70. Steve S. Lee, Kathryn L. Humphreys, Kate Flory, Rebecca Liu, Kerrie Glass. Prospective Association of Childhood Attention-deficit/hyperactivity Disorder (ADHD) and Substance Use and Abuse/Dependence: A MetaAnalytic Review *Clin Psychol Rev*. 2011; 31(3): 328–341. 3
71. Wilens T, Adler L, Adams J, Sgambati S, Retrosen J, Sawtelle R, et al. Misuse and diversion of stimulants prescribed for ADHD: a systematic review of the literature. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;47(1):21–31. 57
72. Wilens TE, Faraone SV, Biederman J, Gunawardene S. Does stimulant therapy of attentiondeficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics*. 2003;111(1):179-185.
73. José Pérez de los Cobos, Núria Siñol, Víctor Pérez, Joan Trujols. Pharmacological and clinical dilemmas of prescribing in co-morbid adult attention-eficit/hyperactivity disorder and addiction. *Br J Clin Pharmacol*. 2014; 77(2): 337–356
74. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC 2000
75. White H, Xie M, Thompson W, Loeber R, Stouthamer-Loeber M. Psychopathology as a predictor of adolescent drug use trajectories. *Psychol Addict Behav*. 2001;15(210):218.
76. Wilens TE, Biederman J, Abrantes A, Spencer TJ. Clinical Characteristics of Psychiatrically Referred Adolescent Outpatients With Substance Use Disorder. *J 66 Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(7):941–7.
77. Loeber R. Natural Histories of Conduct Problems, Delinquency, and Associated Substance Use. In: *Advances in Clinical Child Psychology*. Springer; 1988.
78. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM. Conduct and attentional problems in childhood and adolescence and later substance use, abuse and dependence: results of a 25-year longitudinal study. *Drug Alcohol Depend*. 2007;88 (Suppl 1): S14-S26

79. Armstrong TD, Costello EJ (2002) Community studies on adolescent substance use abuse or dependence and psychiatric comorbidity. *J Consult Clin Psychol* 70:1224–1239.
80. White H, Xie M, Thompson W. Psychopathology as a predictor of adolescent drug use trajectories. *Psychol Addict Behav.*2001; 15:210–218.
81. Groenman AP1, Janssen TWP2, Oosterlaan J3. Childhood Psychiatric Disorders as Risk Factor for Subsequent Substance Abuse: A Meta-Analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2017 Jul;56(7):556-569
82. Kaminer Y, Winters K, editors. *Clinical Manual of Adolescent Substance Abuse Treatment.* 1st ed. American Psychiatry Publishing; 2011;17.
83. Curello MA, Strakowski SM. The prevalence and significance of substance use disorders in bipolar type I and II disorder, *Subst Abuse Treat Prev Policy.*2007; 2:29.
84. Nunes EV, Weiss RD, Co-occurring addictive and mood disorders *The ASAM Principles of Addiction Medicine Fifth Edition.*Ries RK, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R, Wolters Kluwer Health-ASAM, Chiana.
85. (Horwitz SM, Storfer-Isser A, Young AS, Youngstrom EA, Taylor HG, Frazier TW, Arnold LE, Fristad MA, Birmaher B, Findling RL. Development of Alcohol and Drug Use in Youth With Manic Symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]2017; 56:149–56.
86. Clark D, Sayette M. Anxiety and the development of alcoholism: clinical and scientific issues. *Am J Addict.* 1993; 2:59–76.
87. Kaminer Y, Winters K, editors. *Clinical Manual of Adolescent Substance Abuse Treatment.* 1st ed. American Psychiatry Publishing; 2011.
88. 88.Frojd S, Ranta K, Kaltiala-Heino R, et al. Associations of social phobia and general anxiety with alcohol and drug use in a community sample of adolescent.2011;46:192-199.
89. Goodwin RD, Fergusson DM, Horwood LJ. Association between anxiety disorders and substance use disorders among young persons: results of a 21-year longitudinal study. *J Psychiatr Res.* 2004;38(3):295–304.

90. Lubman DI, Allen NB, Rogers N, Cementon E, Bonomo Y. The impact of cooccurring mood and anxiety disorders among substance-abusing youth. *J Affect Disord.* 2007; 103:105–12.
91. Kilpatrick DG, Acierno R, Saunders B, Resnick HS, Best CL, Schnurr PP. Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: data from a national sample. *J Consult Clin Psychol.* 2000 Feb;68(1):19-30.
92. Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, Walker JD, Whitfield C, Perry BD, Dube SR, Giles WH. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2006 Apr;256(3):174-86. Epub 2005 Nov 29.
93. De Bellis MD. Developmental traumatology: a contributory mechanism for alcohol and substance use disorders. *Psychoneuroendocrinology.* 2002 Jan-Feb;27(1-2):155-70
94. Ruglass LM, Lopez-Castro T, Cheref S, Papini S, Hien DA, At the crossroads: the intersection of substance use disorders, anxiety disorders, and posttraumatic stress disorder. *Curr Psychiatry Rep.* 2014 Nov;16(11):505.
95. Lubman DI, Allen NB, Rogers N, Cementon E, Bonomo Y. The impact of cooccurring mood and anxiety disorders among substance-abusing youth. *J Affect Disord.* 2007; 103:105–12.
96. Ford JD, Elhai JD, Connor DF et al. Poly-victimization and risk of posttraumatic, depressive and substance use disorders and involvement in delinquency in a national sample of adolescent. *J Adolesc Health* 2010; 46:545-552.
97. Compton M, Kelley M, Ramsay C, Pringle M, Goulding S, Esterberg M, et al. Association of pre-onset cannabis, alcohol and tobacco use with age at onset of prodrome and age at onset of psychosis in first-episode patients. *Am J Psychiatry* 2009;166(11):1251–7.
98. Emma Barkus and Robin M. Murray, Substance Use in Adolescence and Psychosis: Clarifying the Relationship, *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2010. 6:365–89.
99. Giardano GN, Ohlsson H, Sundquist K et al. The associations between cannabis abuse and subsequent schizophrenia: A Swedish national co-relative control study *Psychol Med* 2104; 3:1-8.

100. Emma Barkus and Robin M. Murray, Substance Use in Adolescence and Psychosis: Clarifying the Relationship, *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2010. 6:365–89.
101. Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet.* 2012 Jun 23;379(9834):2373-82.
102. Goldston DB¹, Daniel SS, Erkanli A, Reboussin BA, Mayfield A, Frazier PH, Treadway SL. Psychiatric diagnoses as contemporaneous risk factors for suicide attempts among adolescents and young adults: developmental changes. *J Consult Clin Psychol.* 2009 Apr;77(2):281-90.
103. Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K; Stress Research Group of the Japanese Society for Hygiene. Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environ Health Prev Med.* 2008 Sep;13(5):243-56.
104. Lakshmi Vijayakumarac, M. Suresh Kumarb and Vinayak Vijayakumarc, Substance use and suicide, *Current Opinion in Psychiatry* 2011, 24:197–202.
105. Chan, Y.F.; Godley, M.D.; Godley, S.H.; and Dennis, M.L. Utilization of mental health services among adolescents in community-based substance abuse outpatient clinics. *The Journal of Behavioral Health Services & Research, Special Issue* 35(1):35–51, 2009.
106. Sussman, S.; Skara, S.; and Ames, S.L. Substance abuse among adolescents. *Substance Use & Misuse* 43(12– 13):1802–1828, 2008.
107. Waldron, H. B., and Turner, C. W. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for adolescent substance abuse. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.* 37, 238–261)
108. Bukstein OG, Horner MS. Management of the adolescent with substance use disorders and comorbid psychopathology. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 19(3):609-623,2010.
109. Gray KM, Carpenter MJ, Baker NL, et al: A double-blind randomized controlled trial of N-acetylcysteine in cannabis-dependent adolescent *Am J Psychiatry.*169(8):805-812, 2012a.
110. Marsch LA, Bickel WK, Badger GJ, et al. Comparison of pharmacological treatments for opioid-dependent adolescent: a randomize controlled trial *Arch Gen Psychiatry* 62(10):1157-1164, 2005.

111. Miller WR, Moyers TB. Eight Stages in Learning Motivational Interviewing. *Journal of Teaching in the Addictions* 2006;5: 3-17.
112. Waldron HB, Turner CW: Evidence-based psychosocial treatments for adolescent substance abuse. *J Clin Child Adolesc Psychol* 37(1):238-261,2008.
113. Tanner- Smith EE, Wilson SJ, Lipsey MW: The comparative effectiveness of outpatient treatment for adolescent substance abuse: a meta-analysis. *J Subst Abuse Treat* 44(2):145-158,2013.
114. French MT, Zavala SK, McCollister KE, et al: Cost-effectiveness analysis of four interventions for adolescent with a substance use disorders. *J Subst Abuse Treat* 34(3):272-281,2008.
115. Azrin NH, Donohoue B, Teicher GA, et al: A controlled evaluation and description of individual-cognitive problem solving and family behavior therapies in dually diagnosed conduct-disordered and substance-dependent youth. *J Clin Adolesc Subst Abuse* 11(1):1-43,2001.
116. Stanger C, Budney AJ. Contingency management approaches for adolescent substance use disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 19(3):547-562,2010).
117. Naar-King S, Suarez M: *Motivational Interviewing with Adolescent and Young Adults*. New York, Guilford,2011.
118. Yuma- Guerrero PJ, Lawson KA, Velasquez MM, et al: Screening, brief intervention and referral for alcohol use in adolescent: a systematic review. *Pediatrics* 130(1):115-122,2012.
119. Stanger C, Budney AJ: Contingency management approaches for adolescent substance use disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 19(3):547-562,2010).
120. Kelly JF, Myers MG: Adolescents' participation in Alcoholic Anonymous and Narcotics Anonymous. Review, implications and future directions. *J Psychoactive Drugs* 39(3):259-269,2007.
121. Williams RJ, Chang SY, Addiction Centre Adolescent Research Group: A comprehensive and comparative review of adolescent substance abuse treatment outcome. *Clin Psychology Science & Practice* 7:138-166, 2000.

122. Godley MD, Godley SH, Dennis ML, et al: Preliminary outcomes from the assertive continuing care experiment for adolescents discharged from residential treatment. *J Subst Abuse Treat* 23(1):21-32,2002.
123. Ögel K, Koç C, Karalar B, Başabak A, Aksoy A, İşmen M, Yeroham R, SAMBA İsimli Bir Bağımlılık Tedavi Programının Etkinlik Çalışması. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2011; 21 (Suppl.2): S150-1.
124. Ögel K, Koç C, Aksoy A. Gençler için Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı (SAMBA) Uygulayıcı Rehberi Yeniden Yayınları, İstanbul, 2013.
125. Guvenir T, Varol Tas F and Ozbek A. Child and adolescent mental health inpatient services in Turkey: is there a need and are they effective? *Arch Neuropsychiatry* 2009; 46: 143–148.
126. Ozbaran B, Kose S, Yılmaz E, et al. Evaluation of the contribution of inpatient services and experiences on improvement in child and adolescent psychiatry practice. *Anatol J Psychiatry* 2016; 17: 120–126.
127. Mayes SD, Calhoun SL, Krecko VF et al. Outcome following child psychiatric hospitalization. *J Behav Health Serv Res* 2001; 28:96-103.
128. Sourander A, Piha J. Three-year follow-up of child psychiatric inpatient treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1998; 7:153-62.
129. Ford T, Tingay K, Wolpert M, Wyatt A, Towndrow A, Law D, Morton L: CORC's survey of routine outcome monitoring and national CAMHS dataset developments: A response to Johnston and Gower. *Child and Adolescent Mental Health* 2006; 11:50–52.
130. Yuan JM, HoNOSCA in an adolescent psychiatric inpatient unit: an exploration of outcome measures, *Psychiatr Danub.* 2015 Sep;27 Sup: S357-63.
131. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B, Kültür EÇ, Akdemir D, Taner Y. Reliability and Validity of Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime Version-Turkish Version (K-SADS-PL-T) *Turk J Child Adolesc Ment Health*, 2004;11(3):109-116.
132. Güvenir T, Özbek A, Baykara B, Arkar H, Şentürk B, İncekaş S. Psychometric Properties of The Turkish Version of The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Turk J Child Adolesc Ment Health*.2008; 15(2): 65-74.

133. D, Gould MS, Brasic J et al. A children's global assessment scale (CGAS). Arch Gen Psychiatry 1983; 40:1228-31.
134. Epstein, N.B., L.M. Baldwin, and D.S. Bishop, The McMaster family assessment device. Journal of marital and family therapy, 1983. 9(2): p. 171-180.
135. Bulut, I., Aile değerlendirme ölçeği el kitabı. Ankara: Özgüneliş Matbaası, 1990: p. 6-8).
136. Gowers SG, Harrington RC, Whitton A, Beevor A, Lelliott P, Jezzard R, Wing JK. Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA). Glossary for HoNOSCA score sheet. Br J Psychiatry. 1999 May;174:428-31
137. İşcanlı L, Güvenir T, Taş FV. 2010, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Alanında Bir Klinik Gidiş Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe Formunun (HONOSCA-TR) Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması. 20. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi Özet Kitabı, sf 131.
138. Yüncü, Z, Aydın C, Coşkunol H, Altıntoprak E, Bayram AT. Çocuk ve ergenlere yönelik bir bağımlılık merkezinin 2 yıllık poliklinik kayıtlarının değerlendirilmesi. Bağımlılık Dergisi.2006; 7:31-37.
139. Şeref S, Dönmezdil S, Kakdaş E, Özen Ş. Diyarbakır Çocuk ve Ergen Madde Bağımlılığı Araştırma ve Tedavi Merkezine Başvuran Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Kullandıkları Madde Türleri, Bağımlılık Dergisi, 2014, Cilt:15, Sayı:1, s:23-27 / Journal of Dependence, 2014, Vol:15, N.:1, pp.23-27.
140. Cheng, K, Child and Adolescent Psychiatry The Essentials, 2005; Chapter 6 page:102
141. EMCDDA 2016 ULUSAL RAPORU. <http://www.narkotik.pol.tr> /TUBIM/ Documents / TURKIYE UYUSTURUCU RAPORU 2016. Erişim Tarihi:31.10.2017.
142. Johnston L, O'Malley M, Bachman J, JE S. Monitoring the future national results on drug use: 2012 overview, key findings on adolescent drug use. Ann Arbor, MI: Institute for Social Research, The University of Michigan. 2013.
143. Omari F, Salomonsen-Sautel S, Hoffenberg A, Anderson T, Hopfer C, Toufiq J. Prevalence of substance use among moroccan adolescents and association with academic achievement, World J Psychiatr 2015 December 22; 5(4): 425-431.

144. Kardaş Ö (2015). Sorun Çözme Terapisinin Ergen Alkol-Madd Kullanım Bozukluklarındaki Etkiniğinin Araştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi.Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.
145. Lynskey M, Hall W. The effects of adolescent cannabis use on educational attainment: a review. *Addiction*.2000;95 (11), 1621–1630
146. Wang, M.&Fredricks, J. A. (2014). The Reciprocal Links Between School Engagement, Youth Problem Behaviors, and School Dropout During Adolescence. *Child Development*, 85(2), 722-737.
147. Wang, M. &Fredricks, J. A. (2014). The Reciprocal Links Between School Engagement, Youth Problem Behaviors, and School Dropout During Adolescence. *Child Development*, 85(2), 722-737.
148. Legleye S, Obradovic I, Janssen E, Spilka S, Le N O & Beck F. Influence of cannabis use trajectories, grade repetition and family background on the school-dropout rate at the age of 17 years in France. *Eur J Public Health*.2010;20 (2), 157–163.
149. Başay Ö, Yüncü Z, Alkol-Madde Kullanım Bozuklukları Olan Ergenlerde Mizaç Ve Kişilik Özellikleri Uzmanlık Tezi, 2010.
150. Hayatbakhsh M., Najman J., Jamrozik K., Mamun A., Alati. Do parents' marital circumstances predict young adults' DSM-IV cannabis use disorders? A prospective study. *Addiction*. 2006 Dec;101(12):1778-86.
151. Tor, H. (2008). Çocuk Suçluğunda Ailenin Rolü. A. Solak (Ed.). Suçla Mücadele Açısından Aile Eğitimi ve Denetimli Serbestlik Sempozyumu: 22-24 Mayıs 2008 – Amasya (s. 51-63). Amasya: HEGEM Yayını, 21.
152. Tarı Cömert I, Ögel K, Madde Kullanan Ergenlerin Bağlanma Stilleri, *Addicta: The Turkish Journal on Addictions* • Bahar 2014 • 1(1) • 9-40.
153. Yüncü Z, Kesebir S, Özbaran B, Çelik Y, Aydın C. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Ergenlerin Ebeveynlerinde Psikopatoloji ve Mizaç: Kontrollü Bir Çalışma, *Türk Psikiyatri Dergisi* 2009; 20(1):5-13.
154. Nazlı, Serap. “Aile Fonksiyonlarının Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi”. Yayınlanmamış Doktora Tezi Ankara: Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, 1997.

155. Lemstra MP, et al. A Meta-analysis of Marijuana and Alcohol Use by Socio-economic Status in Adolescents Aged 10-15 Years. *Canadian Journal of Public Health* 2008;99(3): p.172.
156. Park S., Kim Y, Prevalence, correlates, and associated psychological problems of substance use in Korean adolescents, *BMC Public Health*.2016;16:79.
157. Yüncü Z, Kesebir S, Özbaran B, Çelik Y, Aydın C. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Ergenlerin Ebeveynlerinde Psikopatoloji ve Mizaç: Kontrollü Bir Çalışma, *Türk Psikiyatri Dergisi* 2009; 20(1):5-13.
158. Madu SN, Matla MP. Correlations for perceived family environments factors with substance use among adolescents in South Africa. *Psychological Reports* 2003.
159. Velleman R. Alcohol and drug problems: an overview of the impact on children and the implications for practice. In: Gopfert M, Webster J, Seeman M, eds. *Seriously Disturbed and mentally ill parents and their children*, 2nd edition, chapter 13. Cambridge: Cambridge University Press, 2004.
160. Tor, H. (2008). Çocuk Suçluğunda Ailenin Rolü. A. Solak (Ed.). *Suçla Mücadele Açısından Aile Eğitimi ve Denetimli Serbestlik Sempozyumu: 22-24 Mayıs 2008 – Amasya* (s. 51-63). Amasya: HEGEM Yayını, 21.
161. Robins LN, McEvoy L. Conduct problems as predictors of substance abuse. In: LN Robins and M Rutter, eds. *Straight and devious pathways from childhood to adulthood*. Cambridge, England: Cambridge University Press, 1990.
162. Yalçın N. (2011) Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Çözüm Önerileri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Projesi. T.C Beykent Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü
163. Dhossche DM, Meloukheia AM, Chakravorty S (2000) The association of suicide attempts and comorbid depression and substance abuse in psychiatric consultation patients. *Gen Hosp Psychiatry*, 22:281-288.
164. Trezza GR, Popp SM (2000) The substance user at risk of harm to self or others: assessment and treatment issues. *J Clin Psychol*, 56:1193-205.
165. Evren C, Evren B, Ögel K ve ark. (2001a). Madde kullanımını nedeni ile yatarak tedavi görenlerde intihar girişimi öyküsü. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 4:232-240.
166. Bozbey S. (2015) Madde Kötüye Kullanımı veya Madde Bağımlılığı Tanısı Alan Çocuk ve Ergenlere Eşlik Eden Psikiyatrik Bozuklukların İncelenmesi. *Tıpta*

- Uzmanlık Tezi. Bakırköy Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
167. Favazza AR, Rosenthal RJ. Diagnostic issues in self mutilation. *Hosp Community Psychiatry* 1993; 44:134- 140.
 168. Nock MK, Joiner Jr TE, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ (2006) Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res*, 144: 65-72.
 169. Joiner TE (2005) *Why people die by suicide*. Cambridge, MA, Harvard University Press.
 170. Favazza, A.R., *Bodies Under Siege: Self Mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry*. 2 ed. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press; 1996.
 171. Çakmak D, Evren C. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. Özgül Matbaacılık, İstanbul, 2006, s.108-120.
 172. Bennett T, Holloway K, Farrington D. The statistical association between drug misuse and crime: a meta-analysis. *Aggression and Violent Behaviour* 2008; 13: 107-118.
 173. Terzidou M. Social Reintegration. National Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction Activity 5.3: Increasing skills of experts in treatment. 1-3 July 2009, Ankara, TÜBİTAK.
 174. Hayatbakhsh R, Mamun AA, Williams GM, et al. Early childhood predictors of early onset of smoking: a birth prospective study. *Addict Behav*.2013; 38:2513–2519.
 175. Şeref S, Dönmezdil S, Kakdaş E, Özen Ş. Diyarbakır Çocuk ve Ergen Madde Bağımlılığı Araştırma ve Tedavi Merkezine Başvuran Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Kullandıkları Madde Türleri, *Bağımlılık Dergisi*, 2014, Cilt:15, Sayı:1, s:23-27 / *Journal of Dependence*, 2014, Vol:15, N.:1, pp.23-27.
 176. Hanna EZ, Grant BF (1999) Parallel to early onset alcohol use in the relationship of early onset smoking with drug use and DSM-IV drug and depressive disorders: findings from the National Longitudinal Epidemiologic Survey. *Alcohol Clin Exp Res*, 23:513-522.
 177. Aktürk Z, Tazeyurt Y, Dağdeviren N, Şahin EM, Özer C, Aysel Kıratlı. Edirne il merkezindeki ergenlerin sigara, alkol ve madde kullanım durumları ve ebeveynlerin etkisi. 9. Anadolu Psikiyatri Günleri (Kongre Kitabı), Edirne, 2000:815-20.

178. Kardaş Ö (2015) Sorun Çözme Terapisinin Ergen Alkol-Madde Kullanım Bozukluklarındaki Etkinliğinin Araştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.
179. Thornberry TB (1996). Relationship between marijuana use and the use of other drugs and other antisocial problem behaviors. National conference on marijuana use: prevention, treatment and research. 50-51. NIDA.
180. Lynskey MT, Heath AC, Bucholz KK, et al. Escalation of drug use in early-onset cannabis users vs co-twin controls. JAMA.2003; 289:427-433.
181. Johnston LD, O'Malley PM, Miech RA, Bachman JG, Schulenberg JE. Monitoring the Future national results on drug use: 1975-2013: Overview, Key Findings on Adolescent Drug Use. Ann Arbor, Michigan: Institute for Social Research The University of Michigan; 2014.
182. Yüncü, Z, Aydın C, Coşkunol H, Altıntoprak E, Bayram AT. Çocuk ve ergenlere yönelik bir bağımlılık merkezinin 2 yıllık poliklinik kayıtlarının değerlendirilmesi. Bağımlılık Dergisi.2006; 7:31-37.
183. Tanidir C, Ciftci A, Doksat N, Gunes H, Toz H, Erdogan A. Trends and Gender Differences in Substance Use Turkish Child and Youth Admitted to an Addiction Treatment Center in Turkey: Years 2011-2013. Bull Clin Psychopharmacol. 2015;25(2):109-17.
184. Brents LK, Prather PL. The K2/ spic phenomenon: emergence, identification, legislation and metabolic characterization of synthetic cannabinoids in herbal incense products. Drug Metab Review 2013; 1-14.
185. Phillips N, Milne B, Silsbury C, Zappia P, Zehetner A, Klineberg E, et al. Addressing adolescent substance use in a paediatric health-care setting. J Paediatr Child Health. 2014; 50:726-31.
186. Tanidir C, Ciftci A, Doksat N, Gunes H, Toz H, Erdogan A. Trends and Gender Differences in Substance Use Turkish Children and Youth Admitted to an Addiction Treatment Center in Turkey: Years 2011-2013. Bull Clin Psychopharmacol. 2015; 25(2):109-17.

187. Ögel K, Çorapçioğlu A, Sır A, Tamar M, Tot Ş, Doğan O ve ark. Dokuz ilde ilk ve ortaöğretim öğrencilerinde tütün, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Derg* 2004; 15:112-118.
188. Torra CL, Westergaard R, Anthony JC. Early onset inhalant use and risk for opiate initiation by young adulthood. *Drug Alcohol Depend* 2005; 78:253-261.
189. Ögel K, Çorapçioğlu A, Sır A, Tamar M, Tot Ş, Doğan O ve ark. Dokuz ilde ilk ve ortaöğretim öğrencilerinde tütün, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004; 15(2):112-118.
190. Connor, J.P., Gullo, M.J., White, A., Kelly, A.B., 2014. Poly substance use: diagnostic challenges, patterns of use and health. *Curr. Opin. Psychiatry* 27, 269–275.
191. Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi, 2009.
192. Armstrong TD, Costello EJ. Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2002; 70(6):1224– 1239. [PubMed: 12472299]
193. Langenbach T, Spönlein A, Overfeld E, Wiltfang G, Quecke N, Scherbaum N, et al. Axis I comorbidity in adolescent inpatients referred for treatment of substance use disorders. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2010; 4:1–9.
194. Wilens TE, Faraone SV, Biederman J, Gunawardene S. Does stimulant therapy of attention deficit/ hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics*. 2003;111(1):179-185.
195. Sylvana C, Tremblay Nagin RE, Daniel S, Childhood Behavioral Profiles Leading to Adolescent Conduct Disorder; risk Trajectories for boys and girls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2002; 41:1086-1094.
196. Willcutt EG. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics*. 2012 Jul;9(3):490-9.
197. Wilens TE, Martelon M, Joshi G, Bateman C, Fried R, Petty C, Biederman J. Does ADHD predict substance-use disorders? A 10-year follow-up study of young adults with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011 Jun;50(6):543-53.
198. Başay Ö, Yüncü Z, Alkol-Madde Kullanım Bozuklukları Olan Ergenlerde Mizaç Ve Kişilik Özellikleri Uzmanlık Tezi, 2010.

199. Chan YF, Dennis ML, Funk RR, Prevalence and comorbidity of major internalizing and externalizing problems among adolescents and adults presenting to substance abuse treatment., *J Subst Abuse Treat.* 2008 Jan;34(1):14-24.
200. Cheng K, *Child and Adolescent Psychiatry The Essentials*, 2005; Chapter 6 page:102.
201. Becker SJ, Curry JF. Interactive effect of substance abuse and depression on adolescent social competence. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2007; 36:469–475.
202. Hersh J, Curry JF, Kaminer Y. What is the impact of comorbid depression on adolescent substance abuse treatment? *Subst Abus.* 2014; 35(4): 364-759.
203. Langenbach T, Spönlein A, Overfeld E, Wiltfang G, Quecke N, Scherbaum N, et al. Axis I comorbidity in adolescent inpatients referred for treatment of substance use disorders. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2010; 4:1–9.
204. Giaconia R, Reinherz H, CarmolaHauf A, et al. Comorbidity of substance use and post-traumatic stress disorders in a community sample of adolescents. *Am J Orthopsychiatry* 2000;70(2):253–62.
205. Meisler AW. Trauma, PTSD, and substance abuse. *PTSD Res Q.* 1996; 7:1–8.
206. Brown P, Wolf J. Substance abuse and post-traumatic stress disorder comorbidity. *Drug Alcohol Depend* 1994; 35:51–9.
207. Maria E. Pagano, Alexandra R. Wang, Briana M. Rowles, Matthew T. Lee, and Byron R. Johnson. Social Anxiety and Peer Helping in Adolescent Addiction Treatment, *Alcohol Clin Exp Res.* 2015;39(5): 887–895.
208. Hayatbakhsh MR, Najman JM, Jamrozik K, Mamun AA, Alati R, Bor W. Cannabis and Anxiety and Depression in Young Adults. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007;46(3):408–17.
209. PingWu, Renee D. Goodwin, Cordelia Fuller, XinhuaLiu, Jonathan S. Comer, Patricia Cohen and Christina W. Hoven: The Relationship Between Anxiety Disorders and Substance Use Among Adolescents in the Community: Specificity and Gender Differences. *J Youth Adolesc.* 2010 Feb; 39(2): 177–188.
210. J. Van Os M. Bak M. Hanssen R. V. Bijl R. de Graaf H. Verdoux. Cannabis Use and Psychosis: A Longitudinal Population-based Study. *American Journal of Epidemiology*, Volume 156, Issue 4, 15 August 2002, Pages 319–327.

211. McNeese-Smith DK, Faivre CL, Grauvogl C, Warda NU, Kurzbard MA. Substance abuse treatment processes and outcomes in day/outpatient health maintenance organization setting. *J Addict Nurs*. 2014 Jul-Sep;25(3):130-6; quiz 137-8.
212. Fiona Duffy and Joanne Skeldon, A CAMHS Intensive Treatment Service: Clinical outcomes in the first year, *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2014 Jan;19(1):90-9.
213. Demirgoren B, Ozbek A and Gencer Ö, Factors affecting improvement of children and adolescents who were treated in the child and adolescent psychiatry inpatient unit. *Journal of International Medical Research* 2017, Vol. 45(4) 1318–1323.
214. Setoya Y, Saito K, Kasahara M, et al. Evaluating outcomes of the child and adolescent psychiatric unit: A prospective study. *Int J Ment Health Syst* 2011; 5: 1–8.
215. Lyons JS and Schaefer K. Mental health and dangerousness: characteristics and outcomes of children and adolescents in residential care. *J Child Fam Stud* 2000; 9: 67–73.
216. Gökcearslan Çifci, E., Polat Uluocak, G. (2011), Madde Bağımlısı Bireylerde Aile İşlevselliği ve Sosyal Destek Algısı. *International Journal of Social Science*. Number: 53, p. 199-212.
217. Burlew, A. K., Candace S. Johnson, Amanda M. Flower, Bridgette J. Petet, Kyna D. Griffith-Henry, Natasha D. Buchanan (2009). Neighborhood Risk, Parental Supervision and the Onset of Substance Use among African American Adolescents. *Journal of Child and Family Studies*; 18:680–689.
218. Wills, T. A., Yaeger, A. (2003). Family factors and adolescent substance use: models and mechanisms. *American Psychological Society*; 12 (6): 222–226. <http://cdp.sagepub.com/content/12/6/222>.
219. Olsson C, Coffey C, Bond L, Toumbourou J, Patton G. Family risk factors for cannabis use: a population based survey of Australian secondary school students. *Drug and Alcohol Review* 2003.
220. Akfırt SK, Çakıcı E. Üniversite Öğrencilerinde Sigara-Alkol Kullanımı ve Aile Sorunları ile İlişkisi, *Yakın Doğu Üniversitesi, APD, C.10, S.6, Lefkoşa, 2009*.
221. Piercy F.P. et al. The relationships of family factors to patterns of substance abuse. *Family Dynamics of Addiction Quarterly*, 1, 41-54.1991.

222. Görgün, S., Tirkayi, A. ve Topbaş, M. (2010). Üniversite öğrencilerinde madde kullanma ve anne babaya bağlanma biçimleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 11, 305-312.
223. Smith, L., Strömper, J. & Morton, D. G. (2015). Perceptions of mental health care professionals regarding inpatient therapy programmes for adolescents in the Eastern Cape, South Africa. *Journal of Child & Adolescent Mental Health*, 27, 59.
224. Case, B. G., Olfson, M., Marcus, S. C. et al. (2007). Trends in the inpatient mental health treatment of children and adolescents in US community hospitals between 1990 and 2000. *Archives of General Psychiatry*, 64, 89.
225. Hall, C. L., Moldavsky, M., Taylor, J. et al. (2014). Implementation of routine outcome measurement in child and adolescent mental health services in the United Kingdom: A critical perspective. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23, 239–242.
226. Tharayil, P. R., James, S., Morgan, R. et al. (2012). Examining outcomes of acute psychiatric hospitalization among children. *Social Work in Mental Health*, 10, 205–232.
227. Goodman R, The Extended Version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1999;40(5):791-799.
228. W. A. van Gastel^{1*}, W. Tempelaar¹, C. Bun², C. D. Schubart¹, R. S. Kahn¹, C. Plevier and M. P. M. Boks, Cannabis use as an indicator of risk for mental health problems in adolescents: a population-based study at secondary schools, *Psychological Medicine* (2013), 43, 1849–1856.
229. Fidalgo TM, Sanchez ZM, Caetano SC, Maia LO, Carlini EA, Martins SS. The association of psychiatric symptomatology with patterns of alcohol, tobacco, and marijuana use among Brazilian high school students. *Am J Addict*. 2016 Aug;25(5):416-25.
230. vanGastel WA, Tempelaar W, Bun C, Schubart CD, Kahn RS, Plevier C, Boks MP. Cannabis use as an indicator of risk for mental health problems in adolescents: a population-based study at secondary schools. *Psychol Med*. 2013 Sep;43(9):1849-56.

231. Goodman R, The Extended Version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1999;40(5):791-799.
232. Quyen Q. Tiet, Mark A. Ilgen, Hilary F. Byrnes, Alex H. S. Harris¹ & John W. Finney. Treatment setting and baseline substance use severity interact to predict patients' outcomes. *Addiction*. 2007 Mar;102(3):432-40.
233. Blanz, B. & Schmidt, M. H. (2000). Practitioner review: Preconditions and outcome of inpatient treatment in child and adolescent psychiatry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 703–712.
234. Green, J., Jacobs, B., Beecham, J. et al. (2007). Inpatient treatment in child and adolescent psychiatry—A prospective study of health gain and costs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 48, 1259–1267.
235. Green, J., Jacobs, B., Beecham, J. et al. (2007). Inpatient treatment in child and adolescent psychiatry—A prospective study of health gain and costs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 48, 1259–1267.)
236. SAMSHA Working Definition of Recovery 2012.
237. Garralda M. E, Yates P, Higginson I. Child and adolescent mental health service use. HONOSCA as an outcome measure. *The British Journal of Psychiatry* Jul 2000, 177 (1) 52-58.
238. Fiona Duffy and Joanne Skeldon, A CAMHS Intensive Treatment Service: Clinical outcomes in the first year. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2014, Vol 19(1) 90–99.
239. Jin-Min Yuan, HONOSCA IN AN ADOLESCENT PSYCHIATRIC INPATIENT UNIT: AN EXPLORATION OF OUTCOME MEASURES, *Psychiatria Danubina*, 2015; Vol. 27, Suppl. 1, pp 357–363.
240. Güvenir T, Varol Taş F, Özbek A. Child and adolescent mental health inpatient services in Turkey: is there a need and are they effective? *Nöropsikiyatri Arşivi* 2009; 46:143-8. 14.
241. Memik NÇ, Öç ÖY, Karakaya I ve ark. Çocuk ve ergen psikiyatrisinde bir gündüz kliniği deneyimi. *Türkiye Klinikleri Pediatri Dergisi* 2010; 19:103-12. 15.

242. Tahiroğlu AY, Avcı A. İstismar olgularında hizmet veren Türkiye'nin ilk rezidental tedavi sisteminin tanıtımı. 17. ulusal çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları kongresi özet kitabı, 2007, s. 123.
243. Miller W. R., Hester R. K. In-patient alcoholism treatment: who benefits? *Am Psychol* 1986; 41: 794–805.
244. Kissin B., Platz A., Su W. H. Social and psychological factors in the treatment of chronic alcoholism. *J Psychiatr Res* 1970; 8: 13–27.
245. Finney J. W., Hahn A. C., Moos R. H. The effectiveness of in-patient and out-patient treatment for alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effects. *Addiction* 1996; 91: 1773–96.
246. Rychtarik R. G., Connors G. J., Whitney R. B., McGillicuddy N. B., Fitterling J. M., Wirtz P. W. Treatment settings for persons with alcoholism: evidence formatching clients to in-patient versus out-patient care. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68: 277–89.
247. Pedersen J, Aarkrog T. A 10-year follow-upstudy of an adolescent psychiatric clientele and early predictors of readmission. *Nord J Psychiatry* 2001; 55:11-6.
248. Kjelsberg E, Dahl AA. High delinquency, disability and mortality- a register study of former adolescent psychiatric inpatients. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 98:34-40

9. EKLER

- EK1. Gönüllü bilgilendirilmiş olur formu- Ebeveyn ve Çocuklar için
- EK2. Sosyodemografik veri formu
- EK3. Etik Kurul Onay Formu
- EK4. HoNOSCA Ergen Formu
- EK5. HoNOSCA Ebeveyn Formu
- EK6. Güçler Güçlükler Anketi Çocuk Formu
- EK7. Güçler Güçlükler Anketi Ebeveyn Formu
- EK8. CGAS
- EK9. ADÖ

EK1.

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Günümüzde madde kullanımı önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Bu süreçten en yoğun şekilde etkilenen grubun ise ergenler olduğu düşünülmektedir. Egenlikte beyin gelişimi devam eder ve sosyal rollerde değişiklik ve riskli davranışlarda artış ile karakterize olan ergenlik döneminde madde kullanımı oldukça sık görülür. Biyolojik, ruhsal ve sosyal gelişimin çok hızlı olduğu bu dönemde madde kullanımının başlaması ciddi gelişimsel sorunlara yol açabilmektedir. Akademik başarının düşmesi, okul kaybı, meslek edinememe, aile ile yaşanan sorunlar, yasal sorunlar, şiddet, suç işleme, riskli cinsel davranışlar bunlardan bazılarıdır.

Madde kullanan ergenlerde yataklı tedavinin uzun dönem faydalanımları, sosyal ve emosyonel uyumları konusunda halen çok az şey bilinmektedir. Yazında yer alan az sayıdaki çalışma yatış sırasındaki değerlendirme sürecinden başlayarak taburculuk ve sonrasındaki belirli zaman dilimlerinde devam eden ölçümler ile bu alanlardaki değişimleri saptamaya çalışmıştır. Ülkemizde, çocuk ve ergen ruh sağlığı hizmetlerinde allkol ve madde bağımlılığına yönelik yataklı tedavi modelinin gelişimin henüz çok yenidir. Bu çalışmada çocuğunuzun aldığı tedavinin etkinliği değerlendirilecektir. Öncelikle sizinle ve ailenizle hastalığınızın tanısını ve gidişini gözden geçirmek amaçlı yapılandırılmış klinik görüşme yapılacak ve sizden bazı ölçekler doldurmanız istenecek ve bizim tarafımızdan bazı ölçekler uygulanacaktır. Bu bağlamda size ve ailenize demografik özelliklerinize, varsa hastalık geçmişinize, hastalık gidiş özelliklerinize, çocukluk ve şimdiki psikiyatrik öykünüze, tıbbi hastalık öykünüze, aile öykünüze ve varsa önceki tedavilerinize yönelik sorular sorulacaktır.

Araştırmada yer alacak gönüllüler ÇEMATEM kliniğinde sekiz hafta yatarak tedavi gören ve poliklinikte ayaktan izlenen madde kullanım bozukluğu tanısı olan bireyler olacaktır. Görüşme ya da ölçek doldurulması sırasında size sorulacak bazı sorular sizi rahatsız edebilir. Sizi rahatsız eden soruları cevaplamak zorunda değilsiniz. Bu çalışma sizin açınızdan rutin bir klinik görüşmede ya da günlük yaşantınızda olabileceğinden daha farklı bir deneyim olmayacaktır. Araştırmaya katılmama hakkına sahipsiniz. Katılmamanız size verdiğimiz hizmetin niteliğinde herhangi bir değişikliğe yol açmayacaktır. Katılma kararı verdiğinizde bu formu imzalamanız gerekmektedir. Araştırmaya başladıktan sonra devam etmek istemezseniz

incelemeleri durdurabiliriz. Durmak istediğinizde araştırmacıyı bilgilendirmeniz gerekmektedir. İsteminiz dışında klinik açıdan sizin yararınıza olacaksa, çalışmanın gereklerini izlemezseniz ya da çalışma sonlandırıldıysa bu çalışmaya katılımınız araştırmacı tarafından durdurulabilir. Çalışma konusuyla ilgili ve çalışmaya katılma isteminizin devamlılığını etkileyecek yeni bilgiler öğrenildiğinde zamanında bilgilendirileceksiniz.

Bu alışma sırasında uygulanacak ölçeklerin ve görüşmelerin masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kuruma detilmeyecektir. Bu çalışmaya ait tüm kayıtlarınız yukarıda belirtildiği gibi gizli kalacaktır. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak ve verilerin izlenerek size ulaşılması mümkün olmayacaktır.

Bu çalışmayla ilgili daha fazla bilgi edinmek için Dr. Berrin BİLGİÇ ile adres ve telefon yoluyla iletişime geçebilirsiniz.

Adres: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakóltesi Hastanesi İnciraltı/ İzmir

Telefon: 232-4123583

Katılımınız öncelikle kendi tıbbi riskleriniz ve durumunuz hakkında bilgi sahibi olmanız ve gerekli önlemlerin tıbben alınması açısından büyük önem taşımaktadır. Ayrıca bu çalışmaya katılmakla sizinle aynı durumda olan diğer bireylere de yardım etmiş olacağınızı unutmayın. Tüm bunlar ve yanı sıra katılımınızla bilim dünyasına yapacağınız olası önemli katkı için şimdiden teşekkür ederiz.

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi ocuk ve Ergen Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakóltesi ocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı Narlıdere / İzmir

Bilgilendirilmiş onam formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilmiş olan araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli ve gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilereğimi biliyorum. Söz konusu çalışmaya hiçbir baskı ve zorlama olmadan kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının adı/soyadı

Tarih/İmza

.....
.....

Katılımcının Veli/Vasisi adı/soyadı

Tarih/İmza

.....
.....

Araştırmacının adı/soyadı

Tarih/İmza

.....
.....



EK2.Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Adı soyadı:

Doğum tarihi:

Cinsiyet: E: K:

Ulaşılabacak telefon numaraları: 1).....2).....

Eğitim durumu

1)İlköğretim mezunu 2) İlk Öğretim terk 3)lise 4) Lise terk

Eğitimini bırakmış ise

1)Madde kullanımından önce 2) Madde kullanımından sonra

Çalışma durumu

Çalışmıyor Daha önce çalışmış Hiç çalışmamış

Aile yapısı

1)Çekirdek aile (anne-baba-çocuklar) 2) Geniş aile(anneanne,babaanne,dede) 3) Boşanma
4)Boşanmamış, ayrı yaşıyor 5)Ölüm

Annenin yaşı:

Annenin eğitim durumu

1)okur-yazar değil 2) İlk okul mezunu 3) Orta okul mezunu 4) lise mezunu
5) Üniversite-Yüksekokul

Annenin işi

1)Çalışıyor (Belirtiniz) 2)Evhanımı 3) Emekli

Babanın yaşı:

Babanın eğitim durumu

1) okur-yazar değil 2) İlk Okul mezunu 3) Orta okul mezunu 4)lise mezunu
5)Üniversite-Yüksekokul

Babanın işi

1)Çalışıyor (Belirtiniz) 2)Çalışmıyor 3) Emekli

Ailenin gelir durumu

1500tl 'den az 1500-3000tl arası 3000 tl ve üzeri

Komorbid tıbbi hastalık

Var (Belirtiniz) Yok

Ailede ruhsal hastalık

Var(belirtiniz) Yok

Ailede alkol öyküsü

Yok Anne ya da baba Kardeş: 2.Derece akraba Çoklu:

Ailede Madde Kullanım Öyküsü

Yok Anne ya da baba: Kardeş: 2.Derece akraba Çoklu:

Ailede Suç Öyküsü

Yok Anne ya da baba: Kardeş: 2.Derece akraba Çoklu:

İstismar Öyküsü

Var (varsa türü) Fiziksel yok
Cinsel
Duygusal

Özkıyım girişimi

Var Yok

Özkıyım girişimi sayısı/ tipi:

Kendine zarar verme davranışı

Var Yok

Kendine zarar verme davranışı tipi:

Suç Öyküsü

Var Yok

Denetimli Serbestlik

Var Yok

Toplam hastaneye yatış sayısı:

Sigara Kullanımı

Var Yok

Sigara başlama yaşı:

Alkol kullanımı

Var Yok

Alkol ilk deneme yaşı:

İlk dendiği madde/kullandığı madde:

Başlama yaşı:

Kullanım Sıklığı:

En son ne zaman kullanmış:

İkinci Madde:

Başlama yaşı:

Kullanım Sıklığı:

En son ne zaman kullanmış:

Üçüncü Madde:

Başlama yaşı:

Kullanım Sıklığı:

En son ne zaman kullanmış:



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir İli Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Toplantı No : 1
Tarih : 26 Ocak 2017
Karar No : 1

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında asistan olarak görev yapan Dr. Berrin BİLGİÇ Kurumumuz bünyesinde ki Çocuk ve Ergen Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi (ÇAMATEM)'nde Uzm. Dr. Enis SARGIN ile birlikte yürütülmesi planlanan "**Madde Kullanım Bozukluğu Olan Ergenlerde Yataklı Tedavi Hizmetlerinin Etkinliği**" konulu araştırmaya ait dosya görüşülmüş çalışmanın gerekçe, yöntem ve etik açıdan uygun olduğuna, Dr. Berrin BİLGİÇ ve Uzm. Enis SARGIN tarafından ÇERSAH Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Taner GÜVENİR sorumluluğunda yürütülmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

BAŞKAN : Doç. Dr. Şükran KÖSE
ÜYELER : Doç. Dr. Cüneyt Eftal TANER
Doç. Dr. Süheyla SERİN SENER
Doç. Dr. Ahmet KAYA
Doç. Dr. Figen TOKUÇOĞLU
Doç. Dr. Tolga KANDOĞAN
Doç. Dr. Özgür ÖZTEKİN (İzinli)
Doç. Dr. Emel Ebru PALA
Uzm. Dr. Ahenk PAKSOY (İzinli)
Doç. Dr. Can ÖZTÜRK
Doç. Dr. İ. Eren AKÇİÇEK
Emekli Albay. Atıf Can ÖKTEN
Avukat Murat BAŞKIRT

İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yerel Etik Kurulu Yenişehir / İZMİR
Telefon : 0 232 4696969 / 6143 - 6043

Ad-Soyad _____

TARİH _____

BİREYSEL HONOSCA DEĞERLENDİRMESİ

SON İKİ HAFTADA:

1. Yıkıcı davranış, fiziksel veya sözel saldırganlık göstermen nedeniyle sıkıntı yaşadın mı?

Hiçbir Zaman Pek Değil Evet ama hafif düzeyde Orta düzeyde Ciddi düzeyde

2. Konsantrasyon sorunun veya huzursuzluğun (hareketlilik, acelecilik) oldu mu?

Hiçbir Zaman Pek Değil Evet ama hafif düzeyde Orta düzeyde Ciddi düzeyde

3. Kasıtlı olarak kendine zarar verdin mi veya kendini yaraladın mı?

Hiçbir Zaman Pek Değil Evet ama hafif düzeyde Orta düzeyde Ciddi düzeyde

4. Alkol, madde veya uçucu madde kullanımına bağlı sorunlar yaşadın mı?

Hiçbir Zaman Pek Değil Evet ama hafif düzeyde Orta düzeyde Ciddi düzeyde

5. Her zamanki eğitimsel becerilerini sürdürmekte güçlük yaşadın mı?

Hiçbir Zaman Pek Değil Evet ama hafif düzeyde Orta düzeyde Ciddi düzeyde

6. Aktivitelerini kısıtlayan bir fiziksel hastalığın veya özürün oldu mu?

Hiçbir Zaman Pek Değil Evet ama hafif düzeyde Orta düzeyde Ciddi düzeyde

7. Sesler duyma, olmayan şeyler görme, şüpheli veya anormal düşüncelere sahip olma gibi sorunların oldu mu?

Hiçbir Zaman Pek Değil Evet ama hafif düzeyde Orta düzeyde Ciddi düzeyde

8. Kendini kusturmaya çalıştın mı veya fiziksel bir nedeni olmayan baş-karın ağrıların oldu mu veya yatağını ıslatma, kaka kaçırmaya gibi sorunların oldu mu?

Hiçbir Zaman Pek Değil Evet ama hafif düzeyde Orta düzeyde Ciddi düzeyde

9. Kendini kaygılı hissettin mi? Korkulara, takıntılara veya tekrarlayan davranışlara ilişkin sıkıntılarının oldu mu?

Hiçbir Zaman Pek Değil Evet ama hafif düzeyde Orta düzeyde Ciddi düzeyde

10. Doyurucu arkadaş ilişkilerinin olmamasına veya arkadaşlarının seni küçük düşürmesine bağlı sıkıntılar yaşadın mı?

Hiçbir Zaman Pek Değil Evet ama hafif düzeyde Orta düzeyde Ciddi düzeyde

11. Kendi bakımını gerçekleştirmekte veya kendi bağımsızlığının sorumluluğunu almakta sıkıntı yaşadın mı?

Hiçbir Zaman Pek Değil Evet ama hafif düzeyde Orta düzeyde Ciddi düzeyde

12. Aile içindeki veya barınmakta olduğun kurum içindeki ilişkilerle ilgili sıkıntı yaşadın mı?

Hiçbir Zaman Pek Değil Evet ama hafif düzeyde Orta düzeyde Ciddi düzeyde

13. Eğitimine/derlerine devam etmeyi bıraktın mı?

Hiçbir Zaman Pek Değil Evet ama hafif düzeyde Orta düzeyde Ciddi düzeyde

Çocuğunuzun Adı-Soyadı _____

TARİH _____

Puanlayan Kişinin Yakınlık Derecesi _____

HONOSCA AİLE DEĞERLENDİRMESİ

SİZCE SON İKİ HAFTADA:

1. Çocuğunuz yıkıcı davranış, fiziksel veya sözel saldırganlık gösterdi mi?

Hiçbir Zaman Pek Değil Evet ama hafif düzeyde Orta düzeyde Ciddi düzeyde

2. Çocuğunuzun konsantrasyon sorunu veya huzursuzluğu (hareketlilik, acelecilik) oldu mu?

Hiçbir Zaman Pek Değil Evet ama hafif düzeyde Orta düzeyde Ciddi düzeyde

3. Çocuğunuz kasıtlı olarak kendine zarar verdi mi veya kendini yaraladı mı?

Hiçbir Zaman Pek Değil Evet ama hafif düzeyde Orta düzeyde Ciddi düzeyde

4. Çocuğunuz alkol, madde veya uçuçü madde kullanımına bağılı sorunlar yaşadı mı?

Hiçbir Zaman Pek Değil Evet ama hafif düzeyde Orta düzeyde Ciddi düzeyde

5. Çocuğunuz her zamanki eğitimsel becerilerini sürdürmekte güçlük yaşadı mı?

Hiçbir Zaman Pek Değil Evet ama hafif düzeyde Orta düzeyde Ciddi düzeyde

6. Çocuğunuzun, aktivitelerini kısıtlayan bir fiziksel hastalığı veya özürü oldu mu?

Hiçbir Zaman Pek Değil Evet ama hafif düzeyde Orta düzeyde Ciddi düzeyde

7. Çocuğunuzun sesler duyma, olmayan şeyler görme, şüpheli veya anormal düşüncelere sahip olma gibi sorunları oldu mu?

Hiçbir Zaman Pek Değil Evet ama hafif düzeyde Orta düzeyde Ciddi düzeyde

8. Çocuğunuz kendini kusturmaya çalıştı mı veya fiziksel bir nedeni olmayan baş-karın ağrıları oldu mu veya yatağını ıslatma, kaka kaçırma gibi sorunları oldu mu?

Hiçbir Zaman Pek Değil Evet ama hafif düzeyde Orta düzeyde Ciddi düzeyde

9. Çocuğunuz kendini kaygılı hissetti mi? Korkulara, takıntılara veya tekrarlayan davranışlara ilişkin sıkıntıları oldu mu?

Hiçbir Zaman Pek Değil Evet ama hafif düzeyde Orta düzeyde Ciddi düzeyde

10. Çocuğunuz, doyurucu arkadaş ilişkilerinin olmamasına veya arkadaşlarının kendisini küçük düşürmesine bağlı sıkıntılar yaşadı mı?

Hiçbir Zaman Pek Değil Evet ama hafif düzeyde Orta düzeyde Ciddi düzeyde

11. Çocuğunuz kendi bakımını gerçekleştirmekte veya kendi bağımsızlığının sorumluluğunu almakta sıkıntı yaşadı mı?

Hiçbir Zaman Pek Değil Evet ama hafif düzeyde Orta düzeyde Ciddi düzeyde

12. Çocuğunuz aile içindeki veya barınmakta olduğu kurum içindeki ilişkilerle ilgili sıkıntı yaşadı mı?

Hiçbir Zaman Pek Değil Evet ama hafif düzeyde Orta düzeyde Ciddi düzeyde

13. Çocuğunuz eğitimine/derslerine devam etmeyi bıraktı mı?

Hiçbir Zaman Pek Değil Evet ama hafif düzeyde Orta düzeyde Ciddi düzeyde

GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ

E 11-16

Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamıyorsanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı son 6 ay içindeki durumunuzu göz önüne alarak veriniz.

Adınız:
Doğum Tarihi:

Kız / Erkek

	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru
İnsanlara karşı iyi davranmaya çalışırım. Onların duygularını önemserim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uzun süre kıpırdamadan oturamam, huzursuz olurum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çok fazla baş ağrım, karın ağrım ya da bulantım olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle başkalarıyla (Öm. Yiyecek, oyun, kalem v.s.) paylaşıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çok öfkelenirim ve sıkça kontrolümü kaybederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle kendi başımayım. Genelde yalnız oynarım ya da başkalarıyla birlikte olmaktan kaçınırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle bana söyleneni yaparım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çok endişelenirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş ya da kendini kötü hissediyor ise ona yardım ederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sürekli, ellerim ve ayaklarım kıpır kıpırdır, ya da oturduğum yerde kıpırdanıp dururum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En az bir yakın arkadaşım var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çok kavga ederim. Diğer insanlara istediğimi yaptırabilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça mutsuz, kederli yada ağlamaklıyım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yaşıtlarım genelde beni sever.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dikkatim kolayca dağılır, yoğunlaşmakta güçlük çekerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yeni ortamlarda gerginim. Kendime güvenimi kolayca kaybederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kendimden küçüklere iyi davranırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça hile yapmak ya da yalan söylemekle suçlanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer çocuklar ya da gençler bana takarlar ya da benimle alay ederler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, çocuklar) yardım etmeye istekli olurum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bir şeyi yapmadan önce düşünürüm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ev, okul ya da başka bir yerden benim olmayan şeyleri alırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erişkinlerle yaşıtlarımdan daha iyi geçinirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pek çok korkum var. Kolayca ürkerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yaptığım işleri bitiririm. Dikkatim iyidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belirtmek istediğiniz başka düşünce ya da duygunuz var mı?			

Lütfen sayfayı çeviriniz – arka sayfada birkaç soru daha var.

Genel olarak aşağıdaki alanların birinde ya da daha fazlasında güçlüklerinizin olduğunu düşünüyor musunuz:

Duygular, dikkati toplama, davranış ya da başkaları ile geçinebilme?

Hayır Evet-Biraz Evet-Oldukça Ciddi Evet-Çok Ciddi

Eğer yanıtınız evet ise, lütfen aşağıdaki bu güçlüklerle ilişkin soruları yanıtlayınız.

- Bu güçlükler ne zamandır var?

1 aydan az 1-5 ay 5-12 ay Bir yıldan fazla

- Bu güçlükler sizi sıkıntıya sokuyor ya da moralinizi bozuyor mu?

Kesinlikle Hayır Biraz Oldukça Fazla Çok Fazla

- Bu güçlükler aşağıdaki alanlarda, günlük yaşamınızı etkiliyor mu?

	Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
Ev yaşamı.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arkadaş ilişkileri.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sınıf içi öğrenme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boş zaman etkinlikleri...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Bu güçlükler çevrenizdekiler için (aile, arkadaşlar, öğretmenler vb.) zorluk yaratıyor mu?

Kesinlikle Hayır Biraz Oldukça Fazla Çok Fazla

Tarih :.....

Yardıminız için teşekkür ederiz.

GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ

AB 4-16

Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamasanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı çocuğunuzun son 6 ay içindeki davranışlarını göz önüne alarak veriniz.

Kız / Erkek

Çocuğunuzun Adı:.....
Doğum Tarihi:.....

	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru
Diğer insanların duygularını önemser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huzursuz, aşırı hareketli, uzun süre kıpırdamadan duramaz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça baş ağrısı, karın ağrısı ve bulantıdan yakınıır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer çocuklarla kolayca paylaşır. (yiycek, oyuncak, kalem v.s.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça öfke nöbetleri olur yada aşırı sınırlıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daha çok tek başınadır, yalnız oynama eğilimindedir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle söz dinler, erişkinlerin isteklerini yapar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Birçok kaygısı vardır. Sıkça endişeli görünür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş yada kendini kötü hissediyor ise ona yardımcı olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sürekli elleri ayakları kıpır kıpırdır yada oturduğu yerde kıpırdanıp durur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En az bir yakın arkadaşı vardır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça diğer çocuklarla kavga eder yada onlarla alay eder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça mutsuz, kederli yada ağlamaklıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle diğer çocuklar tarafından sevilir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dikkati kolayca dağılır. Yoğunlaşmakta güçlük çeker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yeni ortamlarda gergin yada huysuzdur. Kendine güvenini kolayca kaybeder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kendinden küçüklere iyi davranır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça yalan söyler yada hile yapar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer çocuklar ona takarlar yada onunla alay ederler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, diğer çocuklar) yardım etmeye istekli olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bir şeyi yapmadan önce düşünür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ev, okul yada başka yerlerden çalar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erişkinlerle çocuklardan daha iyi geçinir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pek çok korkusu var. Kolayca ürker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Başladığı işi bitirir, dikkat süresi iyidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belirtmek istediğiniz başka düşünce ya da duygunuz var mı?			

Lütfen sayfayı çeviriniz – arka sayfada birkaç soru daha var.

Genel olarak, çocuğunuzun aşağıdaki alanların birinde ya da daha fazlasında güçlükleri olduğunu düşünüyor musunuz:
Duygular, dikkati toplama, davranış ya da başkaları ile geçinebilme?

Hayır Evet-Biraz Evet-Oldukça Ciddi Evet-Çok Ciddi

Eğer yanıtınız evet ise, lütfen aşağıdaki bu güçlüklerle ilişkin soruları yanıtlayınız.

- Bu güçlükler ne zamandır var?

1 aydan az

1-5 ay

5-12 ay

Bir yıldan fazla

- Bu güçlükler çocuğunuzu sıkıntıya sokuyor ya da moralini bozuyor mu?

Kesinlikle Hayır

Biraz

Oldukça Fazla

Çok Fazla

- Bu güçlükler aşağıdaki alanlarda, çocuğunuzun günlük yaşamını etkiliyor mu?

Kesinlikle Hayır

Biraz

Oldukça Fazla

Çok Fazla

Ev yaşamı.....

Arkadaş ilişkileri.....

Sınıf içi öğrenme.....

Boş zaman etkinlikleri...

- Bu güçlükler size ya da ailenize zorluk yaşıyor mu?

Kesinlikle Hayır

Biraz

Oldukça Fazla

Çok Fazla

İmza:.....

Tarih:.....

Anne / Baba / Diğer (lütfen belirtiniz):

Yardımcınız için teşekkür ederiz.

COCUKLAR İÇİN GENEL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Ara değerler kullanın (örn: 35, 58, 62). Tedavi ve sonlanımı dikkate almadan o sıradaki işlevselliği ölçün. Aşağıdaki örnekler yalnızca yol göstermek amacıyla verilmiştir, değerlendirme yapılırken aynı koşulların bulunması gerekli değildir.

- 100-91 Bütün alanlarda çok iyi işlevsellik (evde, okulda ve akran ilişkilerinde); çok çeşitli etkinliklerde bulunur ve bir çok ilgi alanı vardır (hobiler, okul dışındaki etkinliklere katılma ya da izcilik gibi bir organizasyonun içinde yer alma); sevilir, güvenlidir; "sıradan" kaygılar hiç bir zaman kontrol dışına çıkmaz; okulda iyidir; herhangi bir belirti yoktur.
- 90-81 Bütün alanlarda iyi işlevsellik; evde, okulda ve yaşlıları ile ilişkileri güvenlidir; geçici zorluklar olabilir ve "sıradan" kaygılar nadiren kontrol dışına çıkabilir (önemli bir sınavı olduğunda hafif kaygılanma, nadiren kardeşlerine, ana babasına ya da yaşlılarına karşı yaşanan öfke patlamaları).
- 80-71 Evde, okulda ya da yaşlı ilişkilerinde işlevsellikte yalnızca hafif bir bozulma; zorlu yaşam olayları (anne baba ayrılığı, ölüm, kardeş doğumu) karşısında hafif bir duygusal sıkıntı ya da davranışlarda bir miktar bozulma görülebilir; ancak bunlar kısa sürelidir ve işlevsellikteki engellenme geçicidir; bu çocuklar başkaları için yalnızca çok az rahatsız edicidir ve onları iyi tanıyan kişiler tarafından sorunlu olarak düşünülmezler.
- 70-61 Bir alanda bir miktar zorluk fakat genelde işlevselliği oldukça iyidir (nadiren okulu asma, önemsiz hırsızlıklar gibi tek tük antisosyal davranışlar; okul ödevlerinde süregelen hafif zorluklar; kısa süreli duygudurum değişimleri; belirgin kaçınma davranışına yol açmayan korku ve kaygılar; kendinden emin olmama); anlamlı bazı kişiler arası ilişkileri vardır; çocuğu iyi tanımayan bir çok kişi onda bir sorun olduğunu düşünmese de iyi tanıyanlar bu sorunları ciddiye alabilir.
- 60-51 Yer yer bozulmalarla giden değişken işlevsellik ya da sosyal alanların hepsinde olmasa da bir çoğunda belirtilerin olması; çocuğun işlevselliğini bozan bir ortamda ya da zamanda değerlendirme yapan için işlevsellikteki bozulma açıktır ama çocuğu diğer ortamlarda gözleyenler bunu fark etmezler.
- 50-41 Çoğu sosyal alanda işlevsellikte orta düzeyde bir engellenme ya da bir alandaki işlevsellikte ciddi bozulma (intihar düşünceleri, okul reddi ve diğer kaygı biçimleri, obsesif ritüeller, majör konversiyon belirtileri, sık anksiyete atakları, zayıf ya da yetersiz sosyal beceriler, anlamlı sosyal ilişkinin bir miktar korunması ile birlikte sık saldırgan ya da antisosyal davranış dönemleri).
- 40-31 Bir çok alandaki işlevsellikte belirgin bozulma vardır ve bu alanların birinde işlevsel değildir; okulda, evde, yaşlı ilişkilerinde ya da topluluk içinde belirgin bir bozulma vardır (Örn: belli bir tehdit olmaksızın süren saldırganlık, belirgin sosyal içine kapanma ve duygulanım ya da düşünce bozukluğu nedeniyle davranışlarda izolasyon, ölüm niyetiyle olduğu açık intihar girişimlerinde bulunma); bu çocukların özel eğitim koşullarında okutulmasına, hastaneye yatırılmasına ya da okuldan alınmasına (bu durum bu kategoride yer alması için yeterli bir koşul değildir) gerek olabilir.
- 30-21 İşlevselliğinin hemen her alanında engelli (Örn: sosyal etkinliklere katılmadan bütün gününü evde, kurumda ya da yatağında geçirir; gerçeği değerlendirmesinde ya da iletişimde ciddi bozulma vardır, bazen enkoheran ve uygunsuz davranır).
- 20-11 Başkalarına ya da kendine zarar (Örn: sıklıkla saldırgan olma, yineleyen intihar girişimlerinin olması) vermesini önlemek için belirgin bir düzeyde yardıma gereksinim duyma; kişisel bakımını sürdürme ya da iletişimin tüm boyutlarında ciddi yetersizlik (Örn: sözel iletişim ve jestleri kullanmada ciddi sorunlar, belirgin sosyal kapalılık, stupor) nedeniyle yardıma gereksinim duyar.
- 10-1 Sürekli denetim gereklidir (24 saat bakım); şiddetli saldırganlık ya da kendine zarar verici davranışlar vardır; gerçeği değerlendirmede, iletişimde, öz bakım becerilerinde duygulanım ve bilişsel alanlarda ciddi bozulma gözlenir.

Çocuklar için genel değerlendirme ölçeği (Children's Global Assessment Scale) yetişkinler için genel değerlendirme ölçeğinden (Global Assessment Scale for Adults) uyarlanmıştır (Shaffer, D., Gould, M., Brasic, J., Ambrosini, P., Fischer, P., Bird, H., Aluwahlia, S. A Children's Global Assessment Scale (CGAS). Arch Gen Psychiatry, 1983, 40:1228-1231).

AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA: İlişikte aileler hakkında 60 cümle bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuduktan sonra, sizin ailenize ne derecede uyduğuna karar veriniz. **Önemli olan, sizin ailenizi nasıl gördüğünüzdür.** Her cümle için 4 seçenek söz konusudur (*Aynen Katılıyorum/ Büyük Ölçüde Katılıyorum/ Biraz Katılıyorum/ Hiç Katılmıyorum*)

Her cümlelerin yanında 4 seçenek için de ayrı yerler ayrılmıştır. Size uygun seçeneğe (X) işareti koyunuz. Her cümle için uzun, uzun düşünmeyiniz. Mümkün olduğu kadar çabuk ve samimi cevaplar veriniz. Kararsızlığa düşerseniz, ilk aklınıza gelen doğrultusunda hareket ediniz. Lütfen her cümleyi cevapladığımızdan emin olunuz.

CÜMLELER:	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
1. Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız.	()	()	()	()
2. Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz.	()	()	()	()
3. Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenlerini bilir.	()	()	()	()
4. Bizim evde, kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler.	()	()	()	()
5. Evde birinin başı derde girdiğinde, diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler.	()	()	()	()
6. Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda, birbirimize destek oluruz.	()	()	()	()
7. Ailemizde acil bir durum olsa, şaşırıp kalırız.	()	()	()	()
8. Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız.	()	()	()	()
9. Birbirimize karşı olan sevgi, şefkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan kaçınırız.	()	()	()	()
10. Gerektiğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız.	()	()	()	()
11. Evde dertlerimizi üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz.	()	()	()	()
12. Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uygularız.	()	()	()	()
13. Bizim evdekiler, ancak onların hoşuna giden şeyler söylediğimizde bizi dinlerler.	()	()	()	()
14. Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir.	()	()	()	()
15. Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur.	()	()	()	()
16. Ailemizin üyeleri, birbirlerine hoşgörülü davranırlar.	()	()	()	()
17. Evde herkes başına buyruktur.	()	()	()	()
18. Bizim evde herkes, söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler.	()	()	()	()
19. Ailede bazılarımız, duygularımızı belli etmeyiz.	()	()	()	()
20. Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz.	()	()	()	()
21. Ailecek, korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınırız.	()	()	()	()
22. Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz.	()	()	()	()
23. Gelirimiz (ücret, maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor.	()	()	()	()
24. Ailemiz, bir problemi çözdükten sonra, bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır.	()	()	()	()
25. Bizim ailede herkes kendini düşünür.	()	()	()	()
26. Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz.	()	()	()	()
27. Evimizde banyo ve tuvalet bir türlü temiz durmaz.	()	()	()	()
28. Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz.	()	()	()	()
29. Evde herkes her istediğini birbirinin yüzüne söyleyebilir.	()	()	()	()
30. Ailemizde, her birimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır.	()	()	()	()

CÜMLELER:

	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
31. Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	()	()	()	()
32. Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir.	()	()	()	()
33. Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karışırız.	()	()	()	()
34. Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz.	()	()	()	()
35. Evde genellikle söylediklerimizle, söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır.	()	()	()	()
36. Aile içinde birbirimize hoşgörülü davranırız.	()	()	()	()
37. Evde birbirinize, ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacak ilgi gösteririz.	()	()	()	()
38. Ailemizde bir dert varsa, kendi içimizde hallederiz.	()	()	()	()
39. Ailemizde sevgi ve şefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır.	()	()	()	()
40. Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız.	()	()	()	()
41. Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur.	()	()	()	()
42. Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterir.	()	()	()	()
43. Evde birbirimize karşı açık sözlüyüzdür.	()	()	()	()
44. Ailemizde hiçbir kural yoktur.	()	()	()	()
45. Evde birinden bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendisine hatırlatılması gerekir.	()	()	()	()
46. Aile içinde, herhangi bir sorunun (problemin) nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz.	()	()	()	()
47. Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilmeyiz.	()	()	()	()
47. Bizim evde aklınıza gelen her şey olabilir.	()	()	()	()
49. Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade edebiliriz.	()	()	()	()
50. Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz.	()	()	()	()
51. Evde birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	()	()	()	()
52. Sinirlenince birbirimize küseriz.	()	()	()	()
53. Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez.	()	()	()	()
54. Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karışıyoruz.	()	()	()	()
55. Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler, çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir.	()	()	()	()
56. Aile içinde birbirimize güveniriz.	()	()	()	()
57. Ağlamak istediğimizde, birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz.	()	()	()	()
58. İşimize (okulumuza) yetişmekte güçlük çekiyoruz.	()	()	()	()
59. Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleriz.	()	()	()	()
60. Problemimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız.	()	()	()	()