

T.C.  
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**MADDE BAĞIMLILIĞI NEDENİYLE HASTANEDE  
YATARAK TEDAVİ GÖREN BİREYLERDE DİKKAT  
EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU  
BELİRTİLERİNİN İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:

**Buse ŞAFAK MÜFTÜOĞLU**

İSTANBUL, 2019

T.C.  
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**MADDE BAĞIMLILIĞI NEDENİYLE HASTANEDE  
YATARAK TEDAVİ GÖREN BİREYLERDE DİKKAT  
EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU  
BELİRTİLERİNİN İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:

**Buse ŞAFAK MÜFTÜOĞLU**

Öğrenci No:

165590021

Danışmanı:

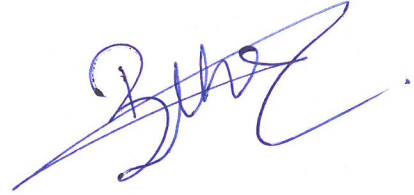
Dr. Öğretim Üyesi Samuray ÖZDEMİR

İSTANBUL, 2019

## YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Madde bağımlılığı nedeniyle hastanede yatarak tedavi gören bireylerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtilerinin incelenmesi” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlanmış olduğum eserlerin tamamının kaynaklarda gösterilmiş olduğunu ve çalışmamın içinde kullandıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.12.03.2019

Buse ŞAFAK MÜFTÜOĞLU



T.C.  
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ  
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

12.03.19.

Enstitümüz *Psikoloji* Anabilim Dalı *Klinik Psikoloji* Programı yüksek lisans öğrencilerinden 165590021 numaralı **Buse ŞAFAK MÜFTÜOĞLU'nun** "Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim – Öğretim Yönetmeliği"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "**Madde Bağımlılığı Nedeni İle Hastanede Yatarak Tedevai Gören Bireylerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Belirtilerinin İncelenmesi**" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 05/03/2019 tarih ve 2019/10 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliğinin 29. maddesinin 3. fıkrası gereğince (45) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında **oyçokluğu/oybirliği** ile **Kabul** ~~Red~~ veya ~~Düzeltilme~~ kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

**DANIŞMAN**  
Dr. Öğr. Üyesi Samuray ÖZDEMİR  
(Beykent Üniversitesi)

**ÜYE**  
Prof. Dr. Ayten ERDOĞAN  
(İstanbul Gelişim Üniversitesi)

**ÜYE**  
Dr. Öğr. Üyesi Neslim GÜVENDEĞER DOKSAT  
(Beykent Üniversitesi)

## TEŐEKKÜR

Araştırma s¼reci boyunca bana destek olan, fikir veren, yol g¼steren ve çalışmamı y¼r¼tmem için t¼m imkânları sağlayan çok değerli hocam ve danışmanım Dr. Öğretim Üyesi Samuray ÖZDEMİR'e çok teőekk¼r eder, saygılarımı sunarım. Çalışmamın istatistik bölümündeki analiz kısmında nasıl bir yol izleyeceğim ile ilgili fikir danıştığım değerli hocam Dr. Öğretim Üyesi Süleyman KAHRAMAN'a teőekk¼r ederim.

Hayatım boyunca hayallerimi gerçekleştirmemi sağlayan, maddi manevi destekleri ile aldığım kararlarda hep yanımda olan ve kendimi şanslı hissetmemi sağlayan canım babacığım Ali şAFAK'a ve anneciğim Meral şAFAK'a; kendime örnek olarak aldığım, beni daima koruyup kollayan ve her zaman bana destek olan canım ablacığım Burçin şAFAK PALA'ya; son olarak da tez yazımı sürecinde sıkıntılı dönemleri kolaylıkla atlatmamı sağlayan, olumlu düşünceleri ile beni motive eden ve bana her zaman huzur veren canım eşim Can MÜFTÜOğLU'na sonsuz teőekk¼r ederim.

Adı ve Soyadı : Buse ŞAFAK MÜFTÜOĞLU  
Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Samuray ÖZDEMİR  
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans Tezi, 2019  
Alanı : Klinik Psikoloji  
Anahtar kelimeler : Madde Bağımlılığı, Dikkat Eksikliği, Hiperaktivite,  
Dürtüsellik

## ÖZ

### **MADDE BAĞIMLILIĞI NEDENİYLE HASTANEDE YATARAK TEDAVİ GÖREN BİREYLERDE DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU BELİRTİLERİNİN İNCELENMESİ**

Araştırmada madde bağımlılığı nedeniyle hastanede yatarak tedavi gören bireylerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) belirtilerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın örneklem grubunu İstanbul'da özel bir vakıf hastanesinde yatarak tedavi gören, tesadüfi ve gönüllük esasına göre belirlenen 100 erkek hasta oluşturmuştur. Çalışmada Ögel ve arkadaşları (2015) tarafından geliştirilen Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu (BAPİ-Kısa), Kessler ve arkadaşları (2005) tarafından geliştirilen Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) ve araştırmacı tarafından hazırlanan bir sosyodemografik veri formu kullanılmıştır. Araştırmanın sonucunda bağımlılık şiddeti ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtileri arasında ( $p<.05$ ), bağımlılık şiddeti ve dikkat eksikliği belirtileri arasında ( $p<.05$ ) ve bağımlılık şiddeti ve hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri arasında ( $p<.05$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Buna göre, dikkat eksikliği belirtileri, hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtileri düzeyleriyle orantılı olarak bağımlılık şiddeti de artmaktadır. Elde edilen bulgular, güncel literatürün ışığında tartışılmıştır.

Name and Surname : Buse ŞAFAK MÜFTÜOĞLU  
Advisor : Assist. Prof. Dr. Samuray ÖZDEMİR  
Degree and Date : Master, 2019  
Major : Clinical Psychology  
KeyWords : Substance Dependence, Attention Deficit, Hyperactivity,  
Impulsivity

## **ABSTRACT**

### **ASSESSMENT OF THE ATTENTION DEFICIT AND HYPERACTIVITY SYMPTOMS AMONG THE INPATIENTS BEING TREATED FOR SUBSTANCE DEPENDENCE AT THE HOSPITAL**

The aim of the study was to investigate the attention deficit and hyperactivity symptoms in the patients who were being treated for substance dependence at the hospital. The sample group of the study consisted of 100 male patients who were hospitalized in a private foundation hospital in Istanbul and were determined on a random and voluntary basis. Substance Use Profile Index-Short Form (BAPI-Kısa) developed by Ogel et al. (2015), Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder Self-Report Scale (ASRS) developed by Kessler et al. (2005), and a sociodemographic form which is developed by the investigator were used in this research. The results of the study showed that there were statistically significant relationships between the severity of addiction and attention deficit and hyperactivity disorder symptoms ( $p<.05$ ), attention deficit symptoms ( $p<.05$ ) and hyperactivity/impulsivity symptoms ( $p<.05$ ). Thus, the severity of addiction was increasing by the levels of addiction symptoms, hyperactivity/impulsivity symptoms and/or attention deficit and hyperactivity disorder symptoms. The results discussed in the light of the current literature.

# İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

ÖZ.....	ii
ABSTRACT.....	iii
İÇİNDEKİLER .....	iv
TABLolar LİSTESİ .....	vii
SEMBOLLER LİSTESİ.....	ix
KISALTMALAR .....	x

## BİRİNCİ BÖLÜM

1. GİRİŞ .....	1
1.1. Problem .....	4
1.2. Araştırmanın Amacı .....	4
1.3. Araştırmanın Önemi.....	5

## İKİNCİ BÖLÜM

2. KURAMSAL ÇERÇEVE.....	6
2.1. Bağımlılık Kavramı.....	6
2.1.1. Ruhsal-Psikolojik Bağımlılık .....	7
2.1.2. Fiziksel Bağımlılık .....	8
2.2. Madde Bağımlılığı Kavramı .....	9
2.3. Madde Bağımlılığı Tarihçesi.....	12
2.4. Bağımlılık Yapıcı Maddeler.....	15
2.4.1. Sigara-Tütün-Nikotin .....	16
2.4.2. Alkol .....	17
2.4.3. Opiyatlar .....	18
2.4.4. Uyarıcılar .....	21
2.4.5. Merkezi Sinir Sistemini Baskılayanlar .....	27
2.4.6. Halüsinojenler.....	29
2.4.7. Uçucu Maddeler .....	32
2.4.8. Esrar ve Benzerleri .....	33
2.5. Bağımlılık Evreleri.....	35



2.6. Madde Bağımlılığının Epidemiyolojisi.....	38
2.7. Madde Bağımlılığı Etiyolojisi.....	40
2.8. Madde Bağımlılığı ile İlgili Risk Etmenleri.....	42
2.9. Madde Bağımlılığının Önlenmesi.....	44
2.10. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Tanımı.....	45
2.11. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Tarihçesi.....	47
2.12. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Alt Tipleri.....	49
2.13. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Etiyolojisi.....	50
2.13.1. Beyinde Yapısal Değişiklikler (Nörogelişimsel Faktörler).....	51
2.13.2. Genetik Etkenler.....	53
2.13.3. Psikososyal ve Çevresel Etkenler.....	54
2.14. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Epidemiyolojisi.....	54
2.15. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğuna Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar.....	56
2.15.1. Karşıt Olma – Karşı Gelme Bozukluğu.....	57
2.15.2. Davranım Bozukluğu.....	57
2.15.3. Öğrenme Güçlüğü.....	58
2.15.4. Anksiyete (Kaygı) Bozuklukları.....	59
2.16. İlgili Araştırmalar.....	60
2.16.1. Ulusal Araştırmalar.....	60
2.16.2. Uluslararası Araştırmalar.....	61

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli.....	64
3.2. Evren ve Örneklem.....	64
3.3. Varsayım ve Sınırlılıklar.....	64
3.4. Veri Toplama Araçları.....	65
3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	65
3.4.2. Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu (BAPİ-K).....	65
3.4.3. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS).....	66
3.5. Verilerin İstatiksel Analizi.....	67

## **DÖRDÜNCÜ BÖLÜM**

### **BULGULAR**

4.1. Sosyodemografik Özelliklere Yönelik Bulgular .....	68
4.2. Katılımcıların Ölçekler ve Alt Ölçeklerden Aldığı Puanlar.....	72
4.3. Katılımcıların Ölçekler ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	73
4.4. Bağımlılık Şiddetinin DEHB Değişkenini Yordamasına İlişkin Basit Regresyon Analizi Sonuçları.....	75
4.5. Madde Kullanım Özelliklerine Göre Gruplar Arasındaki Farklar .....	77

## **BEŞİNCİ BÖLÜM**

<b>TARTIŞMA</b> .....	93
<b>YORUMLAR VE ÖNERİLER</b> .....	100
<b>KAYNAKÇA</b> .....	101
<b>EKLER</b> .....	108
<b>EK-1.</b> Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	108
<b>EK-2.</b> Sosyodemografik Veri Formu.....	109
<b>EK-3.</b> BAPİ – Kısa .....	112
<b>EK-4.</b> Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS).....	115

## TABLolar LİSTESİ

Sayfa No:

<b>Tablo 4.1.</b> Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	68
<b>Tablo 4.2.</b> Katılımcıların Şimdiye Kadar En Az Bir Kez Denenmiş Olanlar da Dahil Kullanmış Oldukları Maddeler ile İlgili Özellikleri .....	69
<b>Tablo 4.3.</b> Katılımcıların Madde Kullanımı ile İlgili Özellikleri.....	70
<b>Tablo 4.4.</b> Çalışmadaki Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Betimleyici İstatistikleri ..	72
<b>Tablo 4.5.</b> Ölçekler ve Alt Ölçeklerinden Alınan Puanlar Arasındaki İlişkiye Ait Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları .....	74
<b>Tablo 4.6.</b> Bağımlılık Şiddeti ile DEHB Belirtileri Arasındaki İlişki.....	76
<b>Tablo 4.7.</b> Bağımlılık Şiddeti ile Dikkat Eksikliği Belirtileri Arasındaki İlişki .....	76
<b>Tablo 4.8.</b> Bağımlılık Şiddeti ile Hiperaktivite/Dürtüsellik Belirtileri Arasındaki İlişki .....	76
<b>Tablo 4.9.</b> Bağımlılık Şiddeti, DEHB Puanlarının Kullanılan Maddelere Göre Bağımsız Grup T-Testi Sonuçları .....	77
<b>Tablo 4.10.</b> Bağımlılık Şiddeti, DEHB Puanlarının Madde Kullanımı Nedeni ile Ortaya Çıkan Problemlere Göre Bağımsız Grup T-Testi Sonuçları .....	82
<b>Tablo 4.11.</b> Bağımlılık Şiddeti, DEHB Puanlarının Yaşadığı Yer, Kimlerle Yaşadığı ve Yatarak Yapılan Tedavi Sayısına Göre Bağımsız Grup T-Testi Sonuçları .....	84
<b>Tablo 4.12.</b> Bağımlılık Şiddeti ve DEHB Puanlarının Yaş Değişkenine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları .....	85
<b>Tablo 4.13.</b> Yaş Değişkenine Göre BAPİ Madde Kullanım Özelliği Düzeyine İlişkin TUKEY Testi Karşılaştırılmasını Gösteren Dağılım .....	86
<b>Tablo 4.14.</b> Bağımlılık Şiddeti ve DEHB Puanlarının Güncel Meslek Durumu Değişkenine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları....	87
<b>Tablo 4.15.</b> Güncel Meslek Durumu Değişkenine Göre BAPİ Madde Kullanım Özelliği Düzeyine İlişkin TUKEY Testi Karşılaştırılmasını Gösteren Dağılım .....	88
<b>Tablo 4.16.</b> Bağımlılık Şiddeti ve DEHB Puanlarının Aylık Gelir Düzeyi Değişkenine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları....	89
<b>Tablo 4.17.</b> Aylık Gelir Düzeyi Değişkenine Göre Bağımlılık Şiddetine İlişkin TUKEY Testi Karşılaştırılmasını Gösteren Dağılım .....	90
<b>Tablo 4.18.</b> Aylık Gelir Düzeyi Değişkenine Göre BAPİ Madde Kullanım Özelliğine İlişkin TUKEY Testi Karşılaştırılmasını Gösteren Dağılım.....	90

<b>Tablo 4.19.</b> Bağımlılık Şiddeti ve DEHB Puanlarının Düzenli Olarak Madde Kullanmaya Başlama Yaşı Değişkenine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları .....	91
<b>Tablo 4.20.</b> Düzenli Olarak Madde Kullanmaya Başlama Yaşı Değişkenine Göre BAPİ Madde Kullanım Özelliğine İlişkin TAMHANE Testi Karşılaştırılmasını Gösteren Dağılım .....	92



## SEMBOLLER LİSTESİ

- F** : Değişkenin dağılımı  
**N** : Örnek Sayısı  
**p** : Olasılık  
**r** : Korelasyon  
**R** : Örnek korelasyon katsayısı  
**R<sup>2</sup>** : Çoklu korelasyon katsayısı  
**SHB** : Standart Hata  
**x** : Aritmetik ortalama  
**β** : Testin gücü



## KISALTMALAR

<b>A.Ö.</b>	: Alt Ölçek
<b>ASRS</b>	: Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği
<b>BAPİ-K</b>	: Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu (BAPİ-K)
<b>DEHB</b>	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
<b>LSD</b>	: Liserjik Asid Dietilamid
<b>MDMA</b>	: Methylene-dioxymethamphetamine (Ekstazi)
<b>PCP</b>	: Fensiklidin
<b>SPSS</b>	: Sosyal Bilimler için İstatistik Programı
<b>TBM</b>	: Türkiye Bağımlılıkla Mücadele

# BİRİNCİ BÖLÜM

## 1. GİRİŞ

Dünya'nın birçok yerinde ve Türkiye'de madde kullanımı ve bağımlılığı günümüzde giderek büyüyen ve toplumumuz açısından tehdit oluşturan bir problem haline gelmektedir. Günümüzde alkol ve sigara kullanmanın ergenler ve genç yetişkinler tarafından büyümenin simgesi olarak görülmektedir. Bu duruma ek olarak son zamanlarda madde kullanımının da işin içine girdiği ifade edilmektedir. Sonuç olarak, insanların sigara ve alkol kullanımı daha sonra bağımlılık boyutundaki maddelere geçiş yaparken bir basamak olarak kullanılmaktadır. Bu davranış şekli madde kullanımına başlayan ergen ve genç yetişkinlerin tüm hayatları boyunca sürmektedir (Gövebakan ve Duyan, 2015).

Madde ve alkol kullanımının tarihi oldukça eski olmakla birlikte ilk insanlığın tarihine kadar uzanmaktadır. Tarihte yer alan tüm medeniyet ve uygarlıklar bu durum ile ilgili farklı görüşler ortaya çıkarmışlardır. Daha sonra bu görüşlerin yerini bilim almış ve madde bağımlılığı ile ilgili anlayış tamamen değişmiştir (Tarhan ve Nurmedov, 2011).

Bağımlılığı anlamaya ve bunları ifade etmeye yönelik ortaya çıkarılan bilimsel kuramlar ve modellerin 100 yıl gibi kısa bir geçmişi vardır. Bağımlılık hakkında yapılan araştırmalar ile bu alanda ilerleme kaydedilse de, yeterli derecede anlayışa ulaşamamıştır (Şahin, 2016).

Güleç ve Köroğlu (1997), alkol ve madde kullanım bozukluklarını bireyde psikolojik, fiziksel ve toplumsal problemlere neden olabilen devamlı bir rahatsızlık olarak tanımlamıştır (Gövebakan ve Duyan, 2015).

Bağımlılık bir anda ortaya çıkan bir durum değildir. Yavaş yavaş ilerleyerek belli bir zaman sonra ortaya çıkmaktadır. Çoğu insan bu durumun farkında değildir. Genellikle kişi farkına vardığı zaman bağımlılık çoktan gelişmiştir (Gövebakan ve Duyan, 2015). Madde kullanımı en çok ergenlik döneminde ortaya çıkmaktadır. Madde kullanımına başlanmasının etkenlerinden biri anne, baba, kardeş gibi ilk

ailesinden kaynaklanabileceği gibi kendi kurmuş olduğu ailesinden de kaynaklanabilmektedir (Ögel, 2017). Araştırmalara göre, insanların madde kullanımına başlamalarındaki en büyük etkenin merak duygusu olduğu belirtilmektedir (Karabekiroğlu, 2014).

Madde kullanımına bağlı olarak kişinin hayatı birçok yönden olumsuz etkilenir. Kişinin okula veya işine gitmemesi, derslerde veya iş hayatında başarısızlık durumunun ortaya çıkması, ailesini ve arkadaşlarını ihmal etme, vücudunda fiziksel olarak bozulmaların meydana gelmesi gibi problemler ortaya çıkar. Maddenin etkisi ile kişi kavga, tartışma gibi davranış bozuklukları nedeni ile kişilerarası ve toplumsal problemler ve madde taşımak, üzerinde bulundurmamak gibi yasal sorunlar ile karşı karşıya kalmaktadır (Ögel, 2017).

Bağımlılık oluşturan maddelerin bir kısmı yasadışı yollardan elde edilirken, bir kısmı da yasal yollardan elde edilebilmektedir. Bu maddeler yasal olarak eczanelerde ve doktorlar tarafından bir hastalığın tedavisinde belli doz ve sürede alınması için verilmektedir. Eğer verilen dozun üzerinde ve uzun süre kullanılırsa bağımlılık meydana gelmektedir. Bu durumdan dolayı ilaçlar ile ilgili yasal düzenlemeler gerçekleştirilmiştir (Ögel, 2017).

Madde kullanma bozukluğuna sahip ergenlerin DEHB görülme sıklık oranının %25-50 olduğu bildirilmiştir (Gümüş, 2015).

DEHB genel olarak düşük dikkat, oldukça fazla hareketlilik ve yerinde duramayıp, dürtülerini kontrol edememe durumu olan impulsivite şeklinde ortaya çıkan nörojik bir gelişim problemdir. DEHB özellikle çocuklukta görülen, ergenlik ve erişkinlik döneminde de devam edebilir. DEHB'si olanlar tedavi edildiği takdirde ciddi düzelmeler görülürken, tedavi görmediği zaman psikolojik, sosyal, iş/egitim gibi alanlarda bireyin hayatını kötü olarak etkilemektedir (Semerci ve Turgay, 2017). DEHB çocukluk döneminde ortaya çıkıp %60-70 gibi yüksek bir oranla erişkinlik dönemine kadar devam eder. DEHB tedavi edilirse ciddi düzelmeler görülürken, tedavi edilmez ise kişinin hayatından sosyal, psikolojik ve iş/egitim gibi birçok alanda sıkıntılara yol açar (Ercan, 2018).



DEHB'nin tam olarak neden dolayı kişilerde ortaya çıktığı bilinmemekle birlikte, uzmanlar tarafından kazanılmış ve ailesel olarak iki tip DEHB olduğu kabul edilmiştir. Kazanılmış DEHB, bebek henüz anne karnındayken, doğumdan hemen sonra meydana gelen bir nedenden etkilenmesi sonucu, araba kazası veya beyin travması gibi durumlar ile oluşabilmektedir. DEHB'li kişilerin üçte ikisi ila dörtte üçü gibi büyük bir kısmı aileden kaynaklı ortaya çıkmaktadır (Spodak ve Stefano, 2014).

Dikkat eksikliği gelişimsel olarak bireyin odaklanmakta problem yaşaması, unutkanlık yaşaması, düzensiz ve organize olmakta güçlük çekmesi, kolay ve çabuk bir şekilde dikkatinin dağılması ve uğraş gerektiren işlerle uğraşmak istememesi durumudur (Ercan, 2018). Hiperaktivite ise kişinin gelişim düzeyine göre yaşamının akışını etkileyecek derecede aşırı hareketlilik, yerinde duramama veya durduramama ve oldukça fazla konuşkan olması durumudur (Ercan, 2018). Hiperaktivitenin görülme sıklığı %5-10 gibi bir oran olmakla birlikte çok karşılaşılan bir bozukluktur. Tedavi edilmeyen hiperaktif kişilerin başarısızlık yaşamaları, madde bağımlısı olmaları, suça karışmaları ve sosyal açıdan sıkıntı yaşama olasılıkları vardır (Abalı, 2015). Günümüzde çocukluk döneminde en sık rastlanılan ruhsal bozuklardan biri DEHB'dir (Gümüş, 2015).

Wilens ve arkadaşları (1998; 2000), DEHB kişilerin madde kullanımını ve bağımlısı olma ihtimali yüksek olmakla birlikte madde kullanım düzeyi düşükten yükseğe doğru çıkması durumu iki kat daha fazladır ve kişi madde kullanımını bırakacağı süreçte kullanım iki kat fazlalaşmaktadır (Brown, 2010).

Gelişim açısından bozukluğa sahip olanlar, DEHB'ye sahip olanlar, dürtü kontrolünde problemi olanlar, yüksek kaygı düzeyine sahip olanlar ve duygudurum bozukluğuna sahip kişilerin madde kullanımı eğiliminin daha yüksek olarak belirlenmiştir (Karabekiroğlu, 2014).

## 1.1. Problem

Bu araştırmanın amacı çerçevesinde aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

- Madde bağımlılığı olan kişilerde DEHB belirtileri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı mıdır?
- Madde bağımlılığı olan kişilerde sadece dikkat eksikliği belirtileri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı mıdır?
- Madde bağımlılığı olan kişilerde sadece hiperaktivite/impulsivite belirtileri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı mıdır?
- Kullanılan maddenin cinsine göre bağımlılık şiddeti ve DEHB belirtilerine göre anlamlı farklılık var mıdır?
- Madde kullanımı nedeni ile ortaya çıkan problemlere göre bağımlılık şiddeti ve DEHB belirtilerine göre anlamlı farklılık var mıdır?
- Madde bağımlısı kişilerin yaşadığı yer, kimlerle yaşadığı, yatarak yapılan tedavi sayısına göre bağımlılık şiddeti ve DEHB belirtilerine göre anlamlı farklılık var mıdır?
- Yaş, güncel meslek durumu, aylık gelir düzeyi, madde kullanmaya başlama yaşı değişkenleri ile bağımlılık şiddeti ve DEHB belirtileri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı mıdır?

## 1.2. Araştırmanın Amacı

Literatürde yer alan çalışmaların ve yapılan bu tez araştırmasının sonuçlarıyla, madde bağımlılığı olan bireylerde DEHB belirtilerinin arasındaki ilişki ile ilgili bilgi ortaya konulması amaçlanmıştır. Bu çerçevede, madde bağımlısı bireylerin sosyodemografik özellikleri ile bağımlılık şiddeti düzeyleri ve DEHB belirtilerinin düzeyleri ile ilişkisi değerlendirilecektir.

### 1.3. Araştırmanın Önemi

Madde kullanımı ve bağımlılığı sağlık, adalet, güvenlik gibi toplumdaki birçok düzeni olumsuz yönde etkileyen bir problemdir. Bu konu ile yapılan öznel düşüncelere değil, bilimsel olarak ortaya konulmuş ve geçerliliği olan nesnel bilgilere ihtiyaç vardır (Ögel, 2002).

Gümüş (2011), toplumsal bir problem haline gelen madde bağımlılığı gençler için çok büyük bir tehlike oluşturmaktadır. Ülkemizde önemli bir problem olan madde bağımlılığı, gelişmiş ülkelerde gündün güne sosyal ve kültürel değerlere zarar veren bir durum haline almıştır. Toplumun değerlerini gelecek kuşaklara aktaracak olan gençliğin bu problem ile baş başa bırakılması gelecek için çok büyük sıkıntı oluşturan en önemli problemlerden biridir. Bu nedenle, madde bağımlılığı gibi ciddi bir problemin üzerinde çok kapsamlı ve ciddi araştırmaların yapılması ihtiyaç duyulmaktadır (Gövebakan ve Duyan, 2015).

Konstenius ve arkadaşları (2017), madde kullanım bozukluğu hastalarında erişkin DEHB oranının arttığını göstermektedir. Oortmerssen ve arkadaşları (2014), yetişkin DEHB hem genel popülasyonda madde kullanım bozukluğu olan bireylerde hem de madde kullanım hastalarını tedavi eden eş zamanlı olarak en sık görülen psikiyatrik bozukluklardan biri olarak görüldüğü belirtilmiştir (Konstenius ve ark., 2017).

Araştırma sonucunda elde edilecek bulguların, madde bağımlısı olan kişilerde DEHB belirtilerinin olabileceği durumuna odaklanan bir çalışmanın alana kazandırılması ve bundan sonra bu konu ile ilgili yapılacak olan araştırmalara katkı sağlaması hedeflenmiştir. Bununla birlikte, araştırmadan elde edilecek bulguların henüz yeterli araştırma geçmişine sahip olmayan ve günümüzün en önemli problemleri olan madde bağımlılığı ve DEHB konusunda alana katkıda bulunması beklenmektedir.

## İKİNCİ BÖLÜM

### 2. KURAMSAL ÇERÇEVE

#### 2.1. Bağımlılık Kavramı

Anlamı açısından bağımlılık kavramı çok geniştir. Bağımlılık yeryüzündeki herhangi bir varlığa, nesneye ya da insana karşı ortaya çıkan arzu ya da bir şeyin etkisi altına girip bilişsel aktivite ile alakalı davranış bozuklukları şeklinde tanımlanabilir. Kişinin ruhsal, fiziksel ya da çevresel gibi her türlü şeyini olumsuz etkilemesine rağmen, önlenemeyen bir arzu duyulması ve bu durumun devamlı olma şeklindedir (Uzbay, 2009).

Bağımlılık kişinin ruhsal, bedensel ve sosyal hayatını olumsuz olarak etkilenmesine rağmen, kişinin şiddetli arzu ve istek içerisinde olup tekrar tekrar o eylemi gerçekleştirmesi durumudur (Yıldız, 2016).

Bağımlılık kişinin madde olmadan hayatını sürdürememesi ve madde üzerindeki kontrolünü kaybetmesidir. İnsanlar internet, sigara, alkol, uyuşturucu madde, başka insanlar gibi birçok şeye bağımlı olabilir. Bağımlılık yavaş ilerleyen bir süreç sonucunda ortaya çıkar ve madde kullanan kişi bağımlı olduğunun haberi bile olmaz (Karabekiroğlu, 2014).

Ögel (2014), konuşmalarda bağımlılık kavramı kullanılan bir kelimedir. Bağımlılık kavramının sigara, alkol ve madde kullanımında kolay bir şekilde idrak edilebilir olması büyük önem taşımaktadır. Bunun nedeni, bireyin bağımlı olması yaklaşım şeklinde ve tedavide mühim farklılıklar meydana gelir (Gövebakan ve Duyan, 2015).

Ulusal Bilim Akademisi (1999), bağımlılık ile kumar oynama, tütün kullanımı, alkol kullanımı, madde kullanımı ve yeme bozukluklarını aşırı derecede olması ile ilişkilendirilmektedir. Bu aşırı derecedeki durumların bağımlılık olarak adlandırılmasındaki benzerlikler şu şekilde belirtilebilir: Zevk verici olması, sürekli olması ve önemli problemlere yol açması, daha sonra bu problemleri davranışların devamlı bir şekilde ortaya çıkması, fizyolojik ve psikolojik bileşenlerin ortaya

çıkması ve son olarak, kişi bu durumunu değiştirmekte güçlük çekmesi ve değiştirememesidir. Bu kriterler bağımlılığı teşhis ederken kullanılan ana semptomlardır (Şahin, 2016).

Bağımlılığın ortaya çıkması kullanıcının kişiliğine, kullandığı süreye, maddenin özelliğine göre değişiklik gösterir ve bağımlı olma olasılığı bu etkenlere göre ortaya çıkmaktadır (Ögel ve ark., 1998).

Bağımlılığın üç önemli kriteri vardır: birincisi, somut bir şekilde ortaya çıkmış, sorunlu, zevk veren ve pekiştirici özelliğinin ortaya çıkması; ikincisi fizyolojik ve psikolojik unsurların olması; üçüncüsü ise bireyin davranışlarını değiştirmesinde bu unsurların etkileşimi sonucu zorluk çıkarmasıdır. Bağımlılık belirlenirken bu üç kriter önemlidir (Şahin, 2016).

Bağımlılık ruhsal ve fiziksel bağımlılık olmak üzere ikiye ayrılmış olsa da zamanla bu durum iki tanımın birbirinden ayrılmayan iki bileşen haline dönüştürmüştür. Bunun nedeni ise kişide aynı anda hem ruhsal hem de fiziksel bağımlılık birlikte görülebilir olmasıdır (Ögel, 2005).

### **2.1.1. Ruhsal-Psikolojik Bağımlılık**

Sık olarak karşılaşılanlardan birkaçı; internet bağımlılığı, hız-adrenalin bağımlılığı, bir insana olan bağımlılık, cinsel bağımlılık, yemek bağımlılığı vb. Bireyde bu tarz aktivitelerdeki ruhsal bağımlılıkta psikolojik bir tatmin olma durumu olur ve bu tatmin doğrultusunda kendisini bağımlı olduğu aktiviteden uzaklaştırmakta güçlük çeker. Birey hayatını tamamen bağımlısı olduğu aktiviteye göre şekillendirir. Bu durum bireyin adaptasyonunu güçleştirir ve yakın çevresinden tepkiler alacaktır (Gövebakan ve Duyan, 2015).

Alışkanlık ve itiyat gibi sözcükler ile de ruhsal bağımlılık belirtilir. Bireyin yapısı ve duygusal doyumunu karşılamak, tatmin etmek amacıyla maddeye düşkünlüğü şeklinde ifade edilebilir. Madde alındığı zaman ruhsal bağımlılıkta tatmin olma, zevk alma ve rahatlama ortaya çıkar (Ögel, 2017).

Madde ya da sanal alıştırıcı kullanımına karşı tolerans diğer bir adı ile direnç artırımını oluşturmaz. Kişide madde aldığı zaman o yaşadığı hazzı tekrar tekrar yaşama arzusunun olmasından dolayı, kişi sürekli olarak madde arama girişimi vardır (Tarhan ve Nurmedov, 2011).

### **2.1.2. Fiziksel Bağımlılık**

Zevk veren maddelerle ilgilidir. Birey maddeyi kullandığında zevk aldığını sanır ve zaman geçtikçe maddeye alışır. Madde etkisi geçmeye başlayınca birey sıkıntı yaşamaya başlar. Yoksunluk semptomları kendini göstermeye başlar. Madde kullanımında ruhsal ve fiziksel semptomlar da yanında görülmektedir (Gövebakan ve Duyan, 2015).

Fiziksel bağımlılık, kişide fizyolojik olarak maddeye karşı duyulan bir arzudur. Maddeye karşı kişinin vücudu adaptasyon mekanizması geliştirir ve kişi madde alamadığı zaman, bazı semptomlar ortaya çıkar. Bunun nedeni, kişinin geliştirmiş olduğu fizyolojik adaptasyon bozulmuştur ve vücut kendini ayarlamaya mecburdur. Tam da bu süreçte semptomlar gözlenir (Ögel, 2017).

Kişide ruhsal ve fiziksel bağımlılık birlikte kendini gösterebilir, bu nedenle de bu iki kavram tamamen farklı şekilde değerlendirilmemektedir. Fiziksel bağımlılık zaman açısından daha kısa sürede sonlandırılabilirken, ruhsal bağımlılığın sonlandırılması daha uzun ve gayret sarf etmeyi gerektirdiğinden daha sıkıntılı bir süreçtir (Ögel, 2017).

Madde kullanımının kesilmesi ya da miktarının azaltılması sonucunda yoksunluk semptomları kendini gösterir ve tolerans yani direnç artırımını ortaya çıkar. Örneğin kişi bir kadeh içki içtiğinde ya da bir tane hap aldığı zaman haz alıp, rahatlar; belli bir süre sonra rahatlatan maddenin miktarı iki-üç kat artar. Bu durum kişinin beyin hücrelerinin uyum sağlamasına yol açar ve madde almadığı zaman sorumluluklarını yerine getiremez (Tarhan ve Nurmedov, 2011).

Tolerans: Bağımlı kişilerin hepsi madde kullanımına doz olarak düşük seviyelerde başlarlar. Daha sonra maddeyi aldıklarında kullandıkları ilk doz ile

istedikleri etkiye ulaşamazlar ve o etkiyi yaşamak için dozun seviyesini sürekli arttırmak durumunda kalırlar. Kişinin her zaman aynı dozda kullandığı maddenin etkisinin azalması durumuna *tolerans* denir (Ögel, 2017).

Bağımlı aynı dozda kullandığı maddenin etki etmemesi üzerine dozun miktarını giderek artırma ihtiyacı duyar ve dozun miktarı giderek yükselmeye başlar. Bu durum zamanla kişinin vücudunun kaldıramayacağı dozlara ulaşır ve aşırı doz artışı zehirlenmelere yani entoksikasyon ve ölüm ile son bulabilir. Kişinin kullandığı maddeye karşı tolerans ortaya çıktıktan sonra, benzer bir kategoriden başka bir maddeye karşı da toleransın ortaya çıkmasına *çapraz tolerans* denir. Örneğin eroin bağımlısı olan bir kişi zorluk çekmeden basit bir şekilde alkol bağımlısı da olabilir (Ögel, 2015).

Yoksunluk: Bazı uyuşturucu maddeler belli bir süre kullanılıp bırakıldıktan sonra ortaya bulantı, kusma, karın ağrısı, uykusuzluk, iştahsızlık, bitkinlik, halsizlik gibi yoksunluk belirtileri çıkar. Bu durum kısa sürede ortaya çıkmamakla birlikte kişinin uzun sürede fazla madde kullanımından sonra maddenin azaltılması veya son vermesine bağlı olarak mutsuzluk, huzursuzluk, hiçbir şeyden zevk alamama, depresyon gibi ruhsal ve fiziksel belirtiler ortaya çıkarak oluşur. Bağımlının maddeyi kullandığı doz miktarı, cinsi ve süresine göre ortaya çıkan yoksunluk belirtileri değişir (Ögel, 2017).

Maddenin cinsine göre yoksunluk belirtilerine örnek olarak, esrar kullanan kişilerde uyku sorunları, asabilik ve gevşeyememe görülürken; alkol kullanan kişilerde uykusuzluk, terleme, baş ağrısı gibi yoksunluk belirtileri görülmesi verilebilir (Ögel, 2015).

## **2.2. Madde Bağımlılığı Kavramı**

Türkiye Bağımlılıkla Mücadele (TBM) Programı (2015), madde bağımlılığı, kişinin vücudunda bir ya da birden fazla fonksiyonuna negatif yönde tesir eden maddelerin kullanılması ve bu nedenle zarar görüldüğü halde bu maddelerin kullanımının bırakılamamasıdır. Madde bağımlısı kişi, her türlü durum ve şartta maddeyi almak için şiddetli bir arzu ve istek hisseder. Kişi madde kullanımına ara

verdiğinde yoksunluk semptomları ortaya çıkar. Giderek madde kullanımı ve dozunu fazlalaştırır. Her türlü vaktini madde bulmak için çabalar (Gövebakan ve Duyan, 2015).

Madde bağımlılığı, ilaç özelliği gösteren bir maddenin kişinin beyin sistemini etkilemesi ve zevk verici etkisini yaşaması ya da kullandığı maddeye ulaşamamasından dolayı yaşanan huzursuzluğu ortadan kaldırmak için ara ara veya devamlı bir şekilde madde kullanma isteği ve bazı patolojik davranış gösteren bir beyin hastalığı şeklinde ifade edilebilir (Uzbay, 2009).

Dünya Sağlık Örgütü uyuşturucuyu canlı bir varlığın sağlık sorunu sebebi ile kullanılanın dışında alındığında, canlının fonksiyonunu farklılaştırabilen bir çeşit madde olarak tanımlamıştır (Ögel, 2017).

Ülkemizde bağımlılık yapan maddeler için uyuşturucu kavramı da kullanılmaktadır. Uyuşturucu, kişiyi uyuşturma etkisi yaratan, hareket etmekte güçlük ortaya çıkaran ve kişinin öz denetimini kaybetme fonksiyonunu ortaya çıkaran maddelerdir. Uyuşturucu maddeler, kişinin vücudunda ruhsal, davranışsal ve bedensel başkalaşımlara yol açan kimyasal maddelerin bağımlılığa neden olurlar (Ögel, 2015).

Tıp kaynaklarında psikoaktif madde şeklinde geçmektedir. Yabancı kaynaklarda ise drug ismi kullanılırken, drug kelimesi İngilizcede ilaç kelimesi anlamına da geldiği için bu durum problem olmuştur. Bu nedenle drug kelimesi yerine substance kelimesi kullanılmaktadır. Sonuç olarak, bu durumda uyuşturucu kavramı yerine de madde kavramı kullanılmaktadır (Ögel, 2015).

Günlük yaşamda halk arasında, basında ve hatta kitaplar, dergiler gibi bilimsel kaynaklarda madde bağımlılığı kavramı yerine uyuşturucu bağımlılığı şeklinde geçmektedir. Bu kavramı kullanmak şu açılardan uygun değildir. Birincisi kişilerin kullandığı maddeler uyuşturucu etkisi değil merkezi sinir sistemini tetikleyerek uyarıcı (öforizan) etkisi yaratır. Bu nedenle, uyarıcı etkisi yaratan maddeleri uyuşturucu şeklinde belirtmek bilimsel olarak yanlış bir tutumdur. İkincisi, kokain ve amfetamin gibi uyarıcı etkisi olan maddelerin uyuşturucu bağımlılığı



kavramı kullanılarak, kişide bağımlılık yaratmayacağı şeklinde bir algı oluşmakta ve gençleri yanıltılmaktadır. Bu nedenlerden dolayı, hem günlük yaşamda kullanılan kavramı doğru kullanmak hem de gençleri korumak için uyuşturucu bağımlılığı kavramını kullanmak yerine madde kötüye kullanım ya da madde bağımlılığı; uyuşturucu maddeler yerine de bağımlılık yapan maddeler kavramı şeklinde kullanmak daha doğru bir ifade olur (Uzbay, 2009).

Kişinin merkezi sinir sistemini etkisi altına alarak bilişsel ve davranışsal değişikliklere yol açan ve farklı zamanlarda ortaya çıkan 'kötüye kullanım (abuse)' veya bağımlılık (dependence) gibi farklı adlandırmalar yapılmıştır. Amerikan Psikiyatri Birliği, üçüncü ve dördüncü versiyonunda bu adlandırmalara başka terimler kullanmıştır. DSM-III-TR'de bu adlandırmalar *psikoaktif maddeler (psychoactive substance)* olarak geçerken, DSM-IV-TR'de sadece *madde (substance)* şeklinde ifade edilmiştir. Dünya Sağlık Teşkilatı yani ICD-10'da ise *psikoaktif maddeler (psychoactive substance)* olarak geçmektedir (Tosun, 2008).

Psikoaktif maddeler kavramının bütün kimyasal maddeleri karşılamaması ve drug diye geçen kavramın ise yalnızca tedavi maksadı ile üretilmiş kimyasal maddeleri kapsamaması nedeni ile günümüzde bilimsel kaynaklarda yalnızca *madde (substance)* kavramı kullanılmaktadır ve kaynaklarda *madde ile ilişki bozukluklar (substance related disorders)* şeklinde geçmektedir (Tosun, 2008).

Madde kullanımında, kişi merak ve korku arasında gidip gelen bir döngünün içine girmektedir. Denemelerin düzenli kullanımını tetiklediği, düzenli kullanımında bağımlılığa yol açarak birbirini takip eden bir süreç olduğu bilinmektedir (Gövebakan ve Duyan, 2015).

Madde bağımlılığının belli başlı özellikleri; madde kullanımının denetlenememesi, bilişsel ve davranışsal bozukluklar ve fizyolojik semptomların varlığıdır. Birçok bağımlı kişide madde kullanımına karşı güçlü bir arzu ve dürtü ile meydana gelen madde arayışı yani aşırme görülür. Madde kullanımına karşı bu güçlü arzu ve dürtü ile ortaya çıkan madde arayışının şiddeti o kadar çok artar ki, uzun zamandır madde kullanmayan bağımlıların yeniden başlaması için tek başına çok güçlü bir neden olabilmektedir (Tarhan ve Nurmedov, 2011).

Madde bağımlılığı her türlü fiziksel ve zihinsel problemlere sebep olur. Madde kullanan ergenlerin okulda başarıları düşer, suç olaylarına karışmaya başlarlar, bilişsel becerileri zayıflar ve ilişkilerini uzun şekilde sürdürmekte zorlanırlar (Karabekiroğlu, 2014).

Madde kullanımı, kişinin ailesiyle hayatını etkilediği gibi yakın arkadaş çevresiyle olan ilişkilerini de etkilemektedir. Bu kişilerin aile hayatı, arkadaş ilişkileri, sosyal çevresi, kadın-erkek ilişkileri, okulu ve işinde sorun yaşamada neden olmaktadır (Gövebakan ve Duyan, 2015).

Madde kötüye kullanım bir diğer adıyla tehlikeli kullanım, her anlamda kişinin kendisine, hayatına ve etrafına zarar vermesi durumudur. Bu durumlar okula veya işe gitmeme, işinde veya derslerinde başarısız olma, ailesini, çocuklarını ve arkadaşlarını ihmal etme ve bedeninde fiziksel deformasyonlar olma şeklinde kendini gösterir (Ögel, 2005).

### **2.3. Madde Bağımlılığı Tarihçesi**

Günümüzün dünyasında yaygınlaşmış olan madde kullanımını anlayabilmek için tarih boyunca değişik kültürlerin ortaya çıkışını, gelişim aşamalarını, değişimlerini ve yayılma şeklini tam olarak bilmek gerekir. Bağımlılık yapan madde kullanımının efsanelerde, mitolojik hikâyelerde, dinlerde, şarkılarda ve edebi eserler gibi kültürel birikimlerde geçmesinin maddenin yayılmasına önemli bir katkısı olmuştur (Uzbay, 2009).

Madde kullanımı insanlık tarihi kadar köklü bir geçmişe sahiptir. Alkol ve madde kullanımına, geçmiş medeniyetler ve dinler çeşitli bakış açıları ile ortaya çıkarmışlardır. Zamanla bu bakış açılarının yerini beyin ile ilgili keşifler yapılarak bilimsel açıklamalar yer almış ve geçmişteki madde bağımlılığına karşı oluşmuş olan bakış açısı değişmiştir (Tarhan ve Nurmedov, 2011).

Tarih boyunca toplumlar alkol, uyuşturucu, kumar ve yiyecek gibi çeşitli bağımlılık problemleri ile uğraşmışlardır. Bağımlılığı anlamaya yönelik bilimsel teoriler ve modeller ile açıklanmaya çalışılmış olan bağımlılık sadece 100 yıllık bir

geçmişi vardır. Bağımlılık ile ilgili yapılan araştırmalar sayesinde geçerliliği olan bilimsel bulgular bulunmuş olsa da bağımlılık ile ilgili araştırmalar tamamlanmış olmaktan uzaktır (Şahin, 2016).

Farklı ülkelerde yaşayan insanlar, maddelere farklı isimler vermişlerdir. Örneğin, Hintliler başarı ve mutluluk sözcüklerini ifade eden *vişema* ismini esrara vermişlerdir. Perslerin Zerdüş isimli kutsal kitabında kenevir bitkisinin insanların keder ve üzüntü duygularını yok edip, mutluluk ve neşe getirdiği ifade edilmiştir. Mezopotamya bölgesinde ikamet etmiş olan İskitler, Asurlular ve Sümerlilerin kenevire benzer bir bitkiyi yaktıkları zaman çıkan dumanı teneffüs etmelerini sonucunda sarhoş ve mutlu olduklarını belirtmişlerdir (Uzbay, 2009).

Antikçağlarda yaşayan insanlar bitkileri bilinçlerini değiştirmek için tüketirlermiş. Hatta bu insanların içki tanrısı şeklinde örneğin Greklerde ‘Dionisos’ ve Romalılarda ise ‘Bacchus’ diye adlandırdıkları tanrı inanışları varmış. Bazı bitkilerle ilgili eski kaynaklarda ise maddelerin isimleri geçmektedir. Örneğin Çin İmparatoru’nun Şifalı Bitkiler Tarifi eserinde esrarın ismi geçmektedir. Günümüzde ise Ekvator’da yaşayan Jivaro halkı bilinç değişikliği yapıp doğaüstü güçlerle iletişime geçmek için bitkilerden yararlanmaktadırlar Yeryüzünde yaşayan canlı olarak sadece insanlar değil, hayvanların bile doğadaki bu bitkileri arayıp kullandıkları bilinmektedir. Örneğin, Teksas çöllerinde büyüyen ve içerisinde halüsinojen meskalin bulunan otları atlar ve keçiler yerler (Tarhan ve Nurmedov, 2011).

Tarihte madde kullanımı üzerinden insanları kendilerine muhtaç edip, kendi çıkarları için kullanmışlardır. 1091-1276 yıllarında İran’da Haşhaşin Devleti’nin önderliğinin yapan Hasan Sabbah, alkol, esrar gibi bağımlılık yapan maddeleri kullanarak insanları kendine tutsak edip, onları terörist olarak kullanmıştır. Madde bağımlısı olan insan grubundan önemli bir güç oluşturan Hasan Sabbah kendisine karşı gelen birçok bilim adamlarını, devlet adamlarını ve sanatçıları suikast düzenleyerek öldürtmüştür. Ayrıca Selçukluların en büyük düşmanı olup birçok kişiyi öldürtmüştür. Bağımlılık yapıcı maddeleri kullanarak örgüt oluşturma şekli örnek oluşturmuş ve günümüzde de bu sistem kullanılarak hem ticareti yapılmakta hem de insanları kendilerine tutsak edip örgütün içine çekmektedirler (Uzbay, 2009).

Bağımlılık davranışı bilimsel olarak 1930'lu yıllarda incelenmeye başlandığında, o zamanın toplumu madde bağımlılarını bozuk ahlaka sahip olduklarını ve irade gücünün eksik olduklarını şeklinde bir algıları vardı. Bu nedenle madde kullanımı sağlık problemi olarak değerlendirmek yerine, ahlaki bozukluk olarak değerlendiriliyordu. Madde kullanan kişileri anlayıp tedavi etmek yerine, cezai yaptırımlar uygulanıyordu. Daha sonra bilimin gelişimi ile birlikte madde kullanıma olan bakış açısı değişime uğramıştır (Tarhan ve Nurmedov, 2011).

1960'lı yıllara kadar madde bağımlılığı önemli bir problem olarak görülmemiştir. Sadece tıp literatüründe, madde bağımlılığının veya madde kötüye kullanımının bir davranış bozukluğu olduğu kayıtlara geçmiştir. Ancak 1980'li yıllardan sonra madde bağımlılığı sorunu Amerika'nın Vietnam Savaşı'ndan sonra ülkesine dönen askerlerin opioid bağımlısı olması ve savaş sırasında askerlerin yaralarını dindirmek, savaş stresiyle baş edebilmek amaçlı sürekli morfin alması ve bunun bağımlısı olması sonucu halk sağlığı problemi olarak gündeme gelmesi ile önem kazanmıştır. Bundan dolayı madde bağımlılığının nedenleri, tedavisi ve nasıl önlem alınabileceği ile ilgili araştırmalara ağırlık verilmiştir. Batı Avrupa'da 1960'lı yılların sonuna doğru ortaya çıkan Hippi Akımı olarak adlandırılan toplumu madde kullanımının yayılmasına çeşitli sloganlarıyla, müzikleriyle ve giyim tarzları ile önemli bir katkıda bulunmuşlardır. Günümüzde rock ve metal gibi müzik türleriyle uğraşan grup üyelerinin ve bu müzik türlerini dinleyen insanlar da madde kötüye kullanımının olduğunu görebiliriz (Uzbay, 2009).

Doğada esrar gibi bağımlılık yapan maddelerin birçoğu bulunurken, ilaç alanının gelişmesi adına bilimsel çalışmalar yürütülürken sentetik bağımlılık yapan maddeler de ortaya çıkmıştır. Örneğin mental hastalıklar tedavisinde kullanılması amaçlı barbitürat ve benzodiazepin gibi bağımlılık yapan ilaçlar ortaya çıkmıştır. 1864 yılında Almanya'da yaşayan 29 yaşındaki araştırmacı Adolf von Baeyer barbitüratları keşfetmiştir. Barbitüratlar sağlık problemlerinin tedavisinde oldukça sık kullanılmaya başlanmıştır. Bu durum barbitürat bağımlılığını ve kötüye kullanımının doğmasına neden olmuştur. Bu nedenle barbitürat ilaçlara kırmızı reçete uygulaması getirilmiş ve kısıtlamalar getirilerek önlemleri alınmıştır (Uzbay, 2009).

Bağımlılık yapan diğer ilaç grubu olan benzodiazepin, 1930’larda Polonya’da yaşayan Leo Stembach adındaki bir kimyager bir grup kimyasalı sentezleyerek ortaya çıkarmıştır. 1950’lerin başında benzodiazepinlerin üzerinde daha çok çalışarak klordiazepoksidi ve daha sonra da diazepamı geliştirmişlerdir. Bu ilaçların yatıştırıcı özelliğinin yanında hipnotik, kas gevşetici ve ağrıyı azaltan özellikleri de bulunmaktadır. Benzodiazepinler barbitüratlara göre bağımlılığa yatkınlığı açısından daha güvenilir olduğu için tedavilerde benzodiazepinler tercih edilmiştir. Ancak benzodiazepinler de yatıştırıcı ve hipnotik etkiler ile birlikte tolerans gelişimi ve bağımlılık yapma barbitüratlara göre daha yavaş gelişse de bu durumlardan dolayı benzodiazepinlerin de kullanımı sınırlandırılmış ve kontrollü reçetelendirilmesi gereken ilaçlar arasında yerini almıştır (Uzbay, 2009).

#### **2.4. Bağımlılık Yapıcı Maddeler**

Doğal, sentetik, yasal olan ve olmayan olmak üzere birçok bağımlılık yapan maddeler vardır. Bağımlılık yapıcı özelliği olan bu kimyasal maddeler alındığı zaman ruhsal, fiziksel ve davranışsal değişikliklere neden olmaktadır. Tüm dünyada aşağıda sıralanmış olan maddeler bağımlılık yapıcı özelliğine sahip maddeler olarak karar verilmiş ve bağımlılık başlığı altında değerlendirilmesine üzere düzenlemeler yapmışlardır (Ögel, 2015):

- Sigara(tütün)
- Alkol
- Opiyatlar: morfin, eroin, kodein, metadon, meperidin
- Uyarıcılar: amfetamin, kokain, ekstazi, kafein
- Merkezi sinir sistemini baskılayanlar: barbitüratlar, meprobamat, benzodiazepin (diazem), alkol, akineton
- Halüsinojenler: LSD (Liserjik Asid Dietilamid), meskalin, Psilocybin, DMT (dimetiltriptamin), DET (dietiltriptalmin), DOM (dimetoksimetil amfetamin), MDA (metilendioksi amfetamin)
- Uçucu maddeler (Volatile hydrocarbons): tiner, benzen, gazolin, glue (Bali gibi yapıştırıcılar)
- Esrar ve benzerleri
- Fensiklidin (PCP)

Morfin, esrar, kokain gibi maddeler doğada bulunan doğal maddelerdir. Doğada bulunan bu maddeler işlenerek eroin gibi yarı sentetik maddeler ortaya çıkmaktadır. Bazı maddeler ise örneğin ekstazi gibi sıfırdan laboratuvar ortamında meydana getirilir. Bağımlılık yapan maddelerin bazıları reçete edilen ilaç olarak eczanelerde yasal olarak bulunurken, bir kısmı da yasal olmayan yollarla elde edilmektedir. Yasal olarak eczanelerde bulunan ilaçlar kontrol altına alınmıştır ve kırmızı reçete kapsamı altında geçmektedir. Çünkü bu ilaçlar hekimin belirttiği dozun çok üstünde ve devamlı olarak kullanılmaya başlandığında bağımlılık yapar. Bunun yanında yeşil reçete ile verilen ilaçların da bağımlılık yapma olasılıkları vardır fakat kırmızı reçeteye göre bu ihtimal daha düşüktür. Bu nedenle kırmızı ve yeşil reçeteli ilaçların kısa süreli ve dikkatli bir şekilde kullanılması uygun görülür (Ögel, 2015).

#### **2.4.1. Sigara-Tütün-Nikotin**

Nikotin bağımlılık yapan ve yasal olarak satılan bir uyarıcıdır. Nikotinin en sık kullanım şekli sigara ile tütürülerek içilmesidir. Bunun yanında çiğnenerek ve dilaltında eritilerek de tüketilir (Tarhan ve Nurmedov, 2011). Tütünün ana maddesi olan nikotinin rengi koyu ve acı bir tadı olan sıvıdır. Sentetik bir maddedir ve tarım ilacı şeklinde kullanılmaktadır (Ögel, 2017).

Nikotin kullanımı gerçekleşir gerçekleşmez 5-10 saniyede hemen beyne ulaşmış olur ve kısa sürede kalp çarpma hızı artar ve nefes alıp verme şeklini değiştirir. Beyindeki haz ve ödül merkezini etkileyerek diğer bağımlılık yapıcı maddeler gibi bağımlılık hızlı bir şekilde ortaya çıkar (Tarhan ve Nurmedov, 2011).

90-120 dakika nikotin kullanımı gerçekleşmediği zaman yoksunluk belirtileri kendini gösterir (Ögel, 2017). Nikotin yoksunluğunda hem psikolojik hem de fizyolojik belirtiler ortaya çıkar. Bu belirtiler huzursuzluk, sinirlilik, öfke, titreme, kas kasılması, unutkanlık, depresyon, açlık, dikkat dağınıklığı, baş ağrısı, tansiyonda düşme, yerinde duramama gibi belirtilerdir (Tarhan ve Nurmedov, 2011).

Sigara bağımlılığı çok çabuk gelişir ve yağ dokusunda depolandığı için vücuttan arındırılması uzun sürer, bu nedenle de bırakılması çok zor olur.

Yeryüzünde tütün kullanımından dolayı her 10 saniyede bir insan hayatını kaybetmektedir. Sigara kullanımı birçok sağlık problemlerine neden olmaktadır. Bu sağlık sorunları; kalp damarlarının büzülmesi sonucunda tıkanıklık, akciğer rahatsızlıkları, beyin damarlarının tıkanması sonucu felç oluşumu, ayak ve bacak damarlarında tıkanmadır. Sigara kullanan kişiler kullanmayan kişilere göre bu tip sağlık problemleriyle karşılaşma riski oldukça yüksektir. Ayrıca dikkat problemleri, depresif duygudurumlarını ortaya çıkarır (Karabekiroğlu, 2014).

#### **2.4.2. Alkol**

Eski çağlardan itibaren gelen ve ilaç olarak da kullanılan alkol keyif verici, sakinleştirici ve uyuşturucu özelliği gösteren bir maddedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

İçki olarak tüketilen alkol etil alkoldür. Alkol tükettikten 5 dakika sonra hemen kana karışır. 40-60 dakika sonra ise kandaki maksimum yoğunluğa ulaşmış olur. Alkolün vücutta emilme şekli, kişinin o anki durumuna bağlıdır. Alkol karaciğer tarafından işlenir. Alkol vücuttan atılma şekli idrar, hava yolu, ter, tükürük ve gözyaşı ile gerçekleşir (Ögel, 2017).

Alkol kullanımı davranış, duygu ve bilişsel beceriler üzerinde geçici ya da temelli hasarlar meydana getirebilmektedir. Alkol bağımlılığının en büyük etkisi kişinin içme üzerinde öz kontrol fonksiyonunu kaybetmesidir. Ayrıca alkol bağımlılığı bedensel ve ruhsal sağlığı, çevre ve iş performansını gibi kişinin hayatında birçok şeyi bozan bir hastalıktır (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Alkol kullanımı bedensel ve ruhsal açıdan birçok sağlık problemlerine yol açmaktadır. Bu problemler midede gastrit ve ülser, bağırsakta emilimin azalması sonucu beslenme bozuklukları, karaciğerde büyüme, yağlanma ve siroz, sinir hücrelerine etkisi sonucu felç ve kas güçsüzlüğü şeklinde kişide ortaya çıkar. Ruhsal açıdan ise depresyon, uyku problemleri, cinsel işlev bozukluğu ve bunama gibi hastalıklar oluşabilir (Karabekiroğlu, 2014).

### 2.4.3. Opiyatlar

Dünya'nın her kesiminde yetiştirilebilen fakat Güney-Doğu Asya bölgesi ve Ortadoğu'da yetiştirilmeye daha elverişli olmakla birlikte papaver somniferum haşhaş bitkisinin Latince adıdır. Opium olarak geçen afyon, opiyatların temel maddesidir. Her yıl pembe, beyaz, mor gibi farklı renklerde bitkinin çiçekleri açar. Tam olmuş hali ceviz büyüklüğündedir ve bıçakla kesildiği zaman içinden beyaz renkte bir sıvı ortaya çıkar ve bu sıvı güneş gördüğü zaman kuruyarak kahverengi bir sıvı halini alır. Meydana gelen koyu renkte ve sakız şeklindeki maddeye afyon denir. Afyonun farklı türlerde kullanım şekilleri vardır. Bunlar dumanını ciğerlere çekmek, sakız şeklinde çiğnemek, sigaranın içine minik parçalar halinde konularak tüketilebilir. Saf afyon benzer özellikleri gösteren alkaloid diye belirtilen çok fazla kimyasal maddeyi içerir. Morfin ve kodein, afyondan türetilen önemli alkaloidlerdendir. Opiyat kavramı afyonu, afyondan türetilen morfin gibi doğal ve diamorfin ya da eroin gibi sentetik maddeleri kapsar. Opioid kavramı ise metadon, petidin gibi tamamen sentetik maddeleri kapsar. Bu iki kavram günümüzde birbirinin yerine geçmektedir (Tarhan ve Nurmedov, 2011).

Opiyum ve çeşitleri sentetik, yarı sentetik ve doğal opiyum şeklinde ayrılmıştır. Doğal opiyumlar morfin, kodein, tebain, papyerin ve noskabin madde olmakla birlikte sağlıkta bunlar kullanılır. Yarı sentetik opiyumlar eroin, dilaudit gibi maddelerdir. Sentetik maddeler ise metadon, petidin (meperidin), fentanildir (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Opioidler merkezi sinir sisteminde uyarıcı ve depresif duyguya doğru iten ve bulantı, kusma gibi belirtiler gösteren fizyolojik etkileri vardır. Ağrı giderici özelliği çok kuvvetlidir. Kullanımı gerçekleştiğinde rahatlama, gevşeme ve uyuklama şeklinde etki eder. Çok çabuk şekilde bağımlılık ve tolerans gelişir (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Opiyat bağımlıları 8 saat içinde madde kullanmazlarsa, yoksunluk belirtileri ortaya çıkmaya başlar (Butcher ve ark., 2013).

**Afyon:** Afyon 18 kimyasal maddenin birleşiminden meydana gelen ve alkaloid olarak bilinen bir maddedir. Afyon'da 1805 yılında çok fazla miktarda bulunmuştur.



Afyon acı bir toz şeklinde olan güçlü bir yatıştırıcı özelliği ve ağrı kesici olarak da kullanılabilen madde olarak bulunmuştur (Butcher ve ark., 2013).

Afyon sigara olarak içilerek, buruna çekilerek, ağız yolu ile alarak, sıvı şeklinde içilerek, damara enjekte ederek ve pipo ile hap haline getirilerek tüketilebilir. En kullanılan yöntemler sigara gibi sarılarak içilmesi ve buharını içine çekme şeklindedir (Ögel, 2017).

Dünyanın birçok yerinde yetişen afyon haşhaşı özellikle Afganistan, Pakistan ve İran gibi ülkelerde daha fazla yetişmektedir. Ülkemizde Afyonkarahisar, Burdur, Denizli, Isparta, Kütahya gibi illerde afyon ekimi daha fazla gerçekleşmektedir (Ögel, 2017).

**Morfin:** Morfinin adı Yunan dönemindeki uyku tanrısı Morfeus isminden gelmektedir. 1856'lı yıllarda Amerika'da şırınga bulunmuş ve savaşlarda yaralılara ve dizanteri hastası olan kişilere yaygın bir şekilde morfin kullanılmıştır. Bu kadar yaygın bir şekilde morfin kullanılması savaştan dönen askerlerin bağımlı olmasına neden olmuş ve bu bağımlılık asker hastalığı şeklinde adlandırılmıştır (Butcher ve ark., 2013).

Morfin tüketimi damardan, sigara kullanımından, koklamaktan veya yutma yöntemi gibi çeşitli yollardan vücuda alınabilir. Morfin farklı ülkelerde, farklı isimlerle kullanılmaktadır. Örneğin Amerika'da morfin M, morph, Miss Emma gibi adlandırmalar kullanılırken, ülkemizde ise beyaz şey, maymun, amca, küp, rüya gören, eritici gibi isimler kullanılmaktadır (Ögel, 2017).

Morfin en etkili ağrı kesici ilaçlardan biridir ve ağrı kesici ilaçların etkililiği ölçerken morfin bir standart olarak alınır. Morfin cerrahi müdahaleler gibi kısa süreli ağrıları durdurmasında kullanılır. Afyona göre deriden enjekte edilen morfin on veya yirmi kat daha güçlüdür. Az miktarda alınan morfin sadece uyarıcı bir etki yaratırken, miktar arttığı zaman uyuşturucu etkisi, uyku verici durumu ortaya çıkmaktadır. Morfin vücuda ilk alındığında ağrıyı kesen, rahatlık yaratan, sarhoşluk etkisi uyandıran bir durum oluşturur. Kişi her anlamda kendini iyi ve enerjik

olduğunu hisseder. Morfinin etkisi geçmeye başladığında ise yorgunluk, korku, sinirlilik, uyuma isteği, kas kasilması gibi belirtiler meydana gelir (Ögel, 2017).

**Eroin (Diacetyl morphine):** Eroin afyon haşhaşından elde edilen bir maddedir (Karabekiroğlu, 2014). Baz morfin maddesine asetik anhidrid, hidroklorik asit ve sodyum karbonatın eklenmesi sonucu oluşan karışımdan eroin maddesi ortaya çıkmaktadır. Eroin morfenden daha güçlü bir maddedir. Saf şekilde elde edilen eroinin görünümü beyaz renkte ve kristalize bir toz şeklinde olup ince bir yapıdan oluşan şekle benzerken, saf olmayan şekilde elde edilen eroin ise hafif sarı, pembe, bej ya da kahverengi renginde toz veya tanecikli şekilde olabilmektedir (Ögel, 2017).

En sık kullanılan yöntem eroinin alüminyum folyoda ısıtılması sonucunda çıkan buharı içine çekilmesidir. Genellikle hastalar arasında folyo yöntemi olarak tanımlanan bu yöneme verilen diğer isimler *kaydırma* veya *ejderhayı kovalamak* 'tır. Bir başka kullanım yöntemi eroini buruna çekmektir; bu yöntem burun duvarına ciddi zararlara neden olmaktadır ve eroin kullanımı da zorlaştığı için eskisi kadar sık tercih edilen bir yöntem değildir. Eroin kullanımı sigara şeklinde sarıp içme şeklinde de olabilmektedir ve bu yöneme koreks adı verilmektedir. Damar yolu ile kullanımla ise günümüzde eskisine göre son derece az karşılaşılmaktadır. Bu yöntemde eroin, laktoz ve limon ile oluşturulan karışımı damara enjekte edilmekte buna *shot (vuruş)* denmektedir (Karabekiroğlu, 2014; Ögel, 2017).

Opiyat kullanımında tolerans gelişimi çok çabuk gerçekleşir. İlk zamanlardaki keyif veren hali yavaş yavaş kaybolmaya başlar ve kullanılan doz etki etmemeye başlar. Bu nedenle keyif almama durumundan ve ortaya çıkabilecek belirtilerden çekinildiği için dozu arttırma ihtiyacı duyulur ve doz miktarı çok yüksek miktarda gerçekleşir ve en sonunda öldürebilecek dozlara kadar çıkabilirler (Ögel, 2017).

Opiyatların içinde en çok görülen yoksunluk eroin yoksunluğudur. Belirtiler 6-8 saatte kendini göstermeye başlar ve üçüncü gün bu belirtiler en üst seviyeye gelmiş olur ve genellikle yaklaşık 7-10 gün devam ederken, bazı belirtiler 6 ay gibi uzun bir süre de devam edebilir. Uykusuzluk problemi ise aylarca devam edebilir (Ögel, 2017). Eroin yoksunluğunda burun akması, göz sulanması, solunum hızının

artması, terleme, huzursuzluk ve şiddetli bir arzu ile madde alma isteği belirtileri görülür. Zaman ilerledikçe bu belirtiler daha ağır bir şekilde kendini gösterir. Ayrıca bu belirtilere kollarda ve bacaklarda uyuşma, ateş basmaları, baş ağrıları, titreme, kusma, ishal ve uykusuzluk problemleri de görülür (Butcher ve ark., 2013).

Damar yolu ile alınan eroin kullanımı enjektör nedeni ile AIDS, hepatit gibi bulaşıcı hastalıklara ve alerjisi olanlarda ciddi reaksiyonlara neden olabilmektedir. Eroin başka ilaçlarla birlikte kullanıldığı zaman ise koma ve ölüm meydana gelebilmektedir (Karabekiroğlu, 2014).

Eroin bağımlılarında depresyon, isteksizlik, umutsuz gibi ruhsal olarak çökkünlük, öz bakımında azalma, eroin kullanma gereksiniminden dolayı bir ortamda uzun kalamama, yüksek doz kullanım nedeniyle intihar girişimleri gibi durumlar ortaya çıkar (Ögel, 2015).

**Metadon:** Opioid maddelerin bağımlılığında yoksunluk durumunun ortaya çıkmasını engellemek amacı ile tedavide kullanılmaktadır. Ancak tedavide metadon kullanımı herkes tarafından kesin olarak kabul edilmiş bir ilaç değildir. Çünkü bazı araştırmacılara göre opioid bağımlılığı tedavisinde başarılı bir ilaç iken, bazılarına göre de bağımlılık yapma riski olduğundan dolayı kullanılmaması gerektiği düşüncesindedirler. Türkiye’de ise bu durum tartışmalı olduğu için ve araştırmacılar tarafından kesin bir sonuca varılmadığı için bu ilaca ruhsat verilmemiştir (Tarhan ve Nurmedov, 2011).

#### 2.4.4. Uyarıcılar

**Amfetamin:** Amfetamin adrenaline benzer bir etki yaratan ve tamamen sentetik yapıdan oluşan maddelere denir. Adrenalin merkezi sinir sistemini etkileyen ve vücutta salgılandığında kan şekerinin seviyesi yükselir, çarpıntı olmaya başlar, solunum hızlanır ve dikkat düzeyi artmaya başlar. Amfetaminler beyindeki noradrenalin ve dopamini etkileyerek bu kimyasallarının seviyelerini yükselmesini sağlarlar. 1932 yılında etki düzeyi düşük olan amfetamin sülfat maddesinden oluşan ve burun tıkanıklığının giderilmesini sağlayıcı tedavide ilaç olarak kullanılmıştır. İlacı kullanan kişilerde uykusuzluk gibi bir etki ortaya çıkınca, bu maddenin uyarıcı

özelliğe sahip bir madde olduğu anlaşıldı (Tarhan ve Nurmedov, 2011). Ayrıca çocuklarda görülen DEHB ve bir uyku bozukluğu olan narkolepsi hastalığının tedavisinde ve bazı zamanlar depresyon tedavisinde kullanılan antidepresan ilaçların yanında verilebilmekteydi. Ancak 1975 yılından itibaren Türkiye’de kullanımı ve satışı yasaklanan maddeler arasına girmiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Bu durum 1970 tarihinde Denetime Tabii Madde Yasası’nın yürürlüğe konulduktan sonra, amfetaminler reçete ile verilmesi gereken ve kötüye kullanım ihtimalinin yüksek olduğu ilaçlar arasına girmiştir (Butcher ve ark., 2013).

Jarcik (1967), ilk başlarda amfetaminlerin insanın uyanık kalmasını sağlayan ve işlevleri üst düzeye götüren mucize ilaçlar şeklinde belirtiliyordu. II. Dünya Savaşı’nda hem müttefik hem de Alman ordusunda bu ilaçların uyarıcı özelliğinden yararlanılarak yorgunluğa karşı askerlere enerji vermesi amacıyla kullanılmaktaydı (Butcher ve ark., 2013).

Merkezi sinir sistemi üzerinde uyarıcı bir etkiye sahip olan amfetaminler, kişinin kendi canlı, enerjik, neşeli ve güçlü olmayı sağlarlar (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Amfetamin kullanımı çarpıntı oluşumuna, kalp ritminin artmasına, nefes alışverişinin artmasına, terlemeye ve kan basıncının yükselmesi gibi olumsuz etkilere neden olur (Tarhan ve Nurmedov, 2011).

Amfetamin kullanımının kesilmesi sonucunda yorgunluk, huzursuzluk, dikkati toplayamama, depresyon, sinirlilik gibi belirtiler ortaya çıkmaktadır. Bu semptomlar 2-4 gün içinde en üst seviyeye çıkar ve bir hafta sürer (Ögel, 2017).

Amfetamin çeşitleri arasında dekstroamfetamin, metamfetamin, metilfenidat gibi maddeler sayılabilir. Amfetaminin ilaç olarak kullanılanların bazıları ise ritalin, captagon, concerta, adderal, dexedrinedir. Amfetaminlerin performans arttırıcı, zihin açıcı gibi özelliklerinden dolayı öğrencilerde ders başarısının artmasını için, şoförlerde ve kişinin kendi potansiyelini arttırması amaçlı kullanıma rastlanmaktadır (Ögel, 2017).

**Kokain:** Koka ağacının yapraklarından oluşturulan kokain alkaloid bir madde olan kokain Orta ve Güney Amerika’da dağlık bölgelerde bulunur. 1-2 metre uzunluğunda

olan koka ağacı çalı şeklindedir. Ağacın yaprakları kokain dışında başka maddeleri de içinde barındırır. İnsanlar ağacın yapraklarını açlık hissini ve yorgunluklarını gidermek amacıyla çiğnerlermiş. Sert bir yapıya sahip olan koka ağacından teşbih yapılmıştır. 1884 yılında lokal anestezi madde şeklinde göz ameliyatında ilk defa kullanılmış. Bu dönemlerde kokainin uyuşturucu özelliği olduğu belirtilmiştir (Tarhan ve Nurmedov, 2011).

Kokain uyarıcı etkisi güçlü ve kısa sürelidir. Genellikle kokain kullanımı şeker tozu veya prokalin maddesi ile karıştırılarak kullanılırken, saf halinde kullanımı çok azdır. Kokain uyarıcı özelliği gösteren amfetamin ile birlikte de kullanılabilir (Ögel, 2017). Kokain maddesi Kok, Pırlanta, Pudra, Kola, Toz, Şeker gibi farklı isimlerle de bilinmektedir (Karabekiroğlu, 2014).

Damar yoluna enjekte ve buruna çekme yöntemleri sık olarak kullanılmakla birlikte, kokain kullanımı her çeşit yolla gerçekleşebilmektedir. Damara zerk ile alınan kokain kan yolu ile beyne çabuk ulaştığından aşırı derece keyif olma hali ve vücut ısısının artıp sıcak basmasına sebep olur. 1-2 dakika gibi kısa bir sürede etkisi ortaya çıkar ve 30 dakikada geçmeye başlar. Ancak sürekli burundan alım gerçekleştiğinde burun duvarlarına zarar verir ve burun kanamasına da yol açar. Kokain sigara şeklinde de içilebilir (Tarhan ve Nurmedov, 2011). Diğer en çok kullanılan yöntem olan ezilmiş tozun buruna çekilmesi işleme line olarak adlandırılmıştır (Ögel, 2017).

Kokainin etki süresi yaklaşık olarak 1 saat geçtikten sonra, kişide tekrardan madde alma ihtiyacı oluşur ve bu durum bağımlılığın hızlı gelişimine neden olur (Tarhan ve Nurmedov, 2011). Kokain alınmadığı sürece ortaya çıkan yoksunluk durumunun etkileri eroin, morfin gibi opioidlere göre daha azdır (Ögel, 2017).

Kokain kullanımı sonucunda gözbebeklerinde büyüme, kan basıncında ve kalp atışında düşme veya artma durumları gözlenmektedir (Karabekiroğlu, 2014). Ayrıca enerji fazlalığı, uyanıklık durumu, tokluk hissi, zevk duygusunda ve cinsel faaliyette artma ortaya çıkmaktadır. Kokainin fazla doz alımı sonucunda sinir sisteminde, kalp ve solunum sisteminde ve sindirim sisteminde ciddi durumlar ortaya çıkabilmektedir (Tarhan ve Nurmedov, 2011).

**Crack (Tas):** Ülkemizde taş şeklinde geçen crack, kokaininin bir türevidir ve etkisi çok güçlüdür. Crack maddesi hidroklorid bileşenden oluşan kokainin amonyum veya sodyum bikarbonata su eklenerek elde edilen madde küçük kristalimsi bir şekil alır. Böylece kokaine göre emilmesi daha hızlı gerçekleşir. Crack kullanımı buruna buharı çekilerek gerçekleşir ve 10 saniye gibi çok kısa bir sürede etkisini gösterir. İlk kullanımdan sonra tekrar vücuda almak için güçlü bir arzu oluşur. Bu nedenle de bağımlılık etkisi çok yüksektir (Ögel, 2017).

300-500 mg'lık küçük paketlerde satılan crack, ekonomik seviyesi iyi olan kişiler tarafından kullanılır. Amerika'da Charlie, Snow, C, Toot, Coke, Rock, Freebase isimlerinde geçen crack, sırf bu maddeyi elde edebilmek için işlenen suçların büyük bir oranı bu maddeyi elde edebilmek amacıyla gerçekleştiği ifade edilmektedir (Ögel, 2017). Farklı bileşenlerin bir araya gelerek oluşturulan crack maddesi ısıtıldığında ortaya çıkan çatırdama seslerinden dolayı adını bu çıkan sestene alır (Butcher ve ark., 2013). Türkiye'de taş ismi yaygın olarak kullanılmaktadır (Yıldız, 2016).

Madde kullanımından sonra kalp krizi geçirme ihtimali artar, kan basıncı yükselir, kalp atışları hızlanır, depresif ruh hali ve intihar girişimleri ortaya çıkar (Yıldız, 2016). Yoksunluk belirtileri kokain ile benzerdir. Kişi kendini mutsuz, sıkıntılı, hiçbir şeyden keyif alamayan, sinirli ve kaygılı olma hali maddenin etkisi geçmeye başladığında görülür. Bu nedenle, kişi bu durumdan kurtulmak için tekrar tekrar madde kullanma ihtiyacı duyar ve bu durum döngü şeklinde devam eder (Ögel, 2017).

**Ekstazi (MDMA):** Kimyasal yapısı amfetamine benzer şekilde ortaya çıkarılan sentetik bir madde olan ekstazi uyarıcı etkisinin yanında halüsinojen etkisi de vardır ve bu madde halüsinojenler başlığı altında da geçebilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Bir amfetamin çeşidi olan ekstazinin kimyasal ismi 3, 4, methylenedioxymethamphetamine (MDMA) olarak bilinir. Her biri 60-120 mg MDMA içeren tablet şeklindedir, renkleri ve ağırlıkları değişiklik gösteren bu tabletlerin üzerinde kuş, fil gibi figürler bulunmaktadır. Fakat son zamanlarda kapsül, toz ve sıvı olarak

da ortaya çıkarılmıştır. Bu durumda ekstazi kullanımı ağız yoluyla, damardan enjekte ve burundan çekme şeklinde bütün yöntemlerin kullanılmasını sağlamıştır (Ögel, 2017).

Gençler arasında yaygın olarak kullanılır ve eğlence hâpi şeklinde geçer. Gece kulüplerinde, eğlence yerlerinde el altından satılır (Tarhan ve Nurmedov, 2011). Ekstazi için E, Ex, Uçuş, Beyaz Kumrular, Kanat, Soda, Mitsubishi şeklinde isimler kullanılmaktadır (Karabekiroğlu, 2014).

Ekstazi kullanımı gerçekleştiikten sonra etkini yaklaşık olarak 20-60 dakika içinde göstermeye başlamakta ve 3-6 saat arası boyunca etkisi devam etmektedir. Ekstazi kullanımından sonra enerjik olma, hareketlilik, güven duygusu, karşı cinse yakınlık gibi bazı belirtiler görülebilmektedir (Ögel, 2017). Ekstazi maddesini kullanan kişiler heyecan ve enerji seviyelerinin yüksek olmasının yanında yoğun bir şekilde sesleri ve renkleri algıladıklarını ve etkisi az bir şekilde halüsinasyonlar gördüklerini belirtir (Butcher ve ark., 2013).

Ekstazi alımı sonucunda kan basıncı, vücut ısısı ve kalp hızının artması gibi belirtiler ortaya çıkmaktadır. Ayrıca sinir hücrelerinde ekstazi toksik madde olarak kendini gösterebilir (Tarhan ve Nurmedov, 2011). Ekstazi kullanımı sonucunda yüksek ateş ve sıvı kaybından dolayı ölüm olayları gerçekleşebilmektedir (Karabekiroğlu, 2014).

Ekstazi kullanımı kesildiğinde bazı yoksunluk belirtileri ortaya çıkmaktadır. Bu belirtiler yorgunluk, baş dönmesi, boşluk hissi, anksiyete, paranoya, depresyon, uyku bozuklukları, panik atak ve yeme bozuklukları şeklinde kendini göstermektedir (Ögel, 2017). Ayrıca koordinasyon uyumunda bozukluk, kan basıncında ve vücut ısısında artış, kalp ritminde uyumsuzluk ve böbreklerde hasar durumları meydana gelmektedir (Karabekiroğlu, 2014).

**Kafein:** Kimyasal bir yapıdan oluşan kafein çay, kahve, kola ve çikolatanın içinde bulunan yaygın bir maddedir. Bir fincan kahvenin kafein oranı 150 mg, bir bardak çayın kafein oranı 75 mg ve bir bardak kolanın kafein oranı 50 mg şeklindedir. Kişi 250 mg kafein tükettiği zaman uykusuzluk, sinirlilik, çarpıntı, huzursuzluk, yüz

kızarması, düşünce dağınıklığı, sık idrar ve mide bozulması gibi bazı belirtiler ortaya çıkabilir ve bu belirtiler zehirlenme yani entoksikasyon belirtileridir (Tarhan ve Nurmedov, 2011).

Kafein yasal ve yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Bu madde diğer bağımlılık yapan maddeler kadar zarar verici problemler şeklinde ortaya çıkmasa da, zihinsel ve fiziksel şekilde sağlık problemleri ortaya çıkabilmektedir. Kafein maddesi tüketilmediği zaman huzursuzluk ve ciddi şekilde baş ağrısı olması sonucu ortaya çıkar. Bu durum, kişide sinirlilik, huzursuzluk, heyecan, sindirim sisteminde bozulma ve uykusuzluk gibi belirtiler ortaya çıkar (Butcher ve ark., 2013).

**Metamfetamin-ice:** Uyarıcı etkisi olan bir maddedir. Etkisi çabuk tesir eder ve hızlı şekilde gerçekleşir (Butcher ve ark., 2013). Metamfetaminin saf hali ice olarak geçer. Ice'ın kullanım şekilleri buharını çekme, sigara olarak içme ve damar yolu ile enjekte edilmesidir. Ice maddesi laboratuvar ortamında oluşturulan sentetik bir madde olmakla birlikte etkisi çok güçlüdür. Renksiz, kokusuz ve mat bir buz cismini andıran ice için kristal, ateş-buz isimleri de kullanılır. Ayrıca bazı kaynaklarda tütürülebilen metamfetamin şeklinde de kullanılmaktadır. Ice'ın etkisi metamfetaminin etkisine benzerdir (Ögel, 2017).

Metamfetamin merdiven altında pişirilen bir amfetamin çeşididir. Üretimi ucuza gelen bu mal fakir kokaini olarak geçer. Sigara şeklinde içilebilir, ağızdan, burundan ve damar yolu ile alınabilen bu madde, sigara olarak ya da damar yoluyla alınarak kullanıldığında tesiri hemen görülür (Butcher ve ark., 2013).

Alınan miktar az ise enerji düşüklüğü, uyanıklık, sinirlilik, kaygı, hassaslık ve korku gibi belirtiler gösterirken, alınan miktar çok olduğunda ise halüsinasyon görme, şiddet eğilimi gösterme, antisosyal davranışlar, hareketlerini organize edememe gibi belirtiler kendini gösterebilir. Bu belirtiler 8-24 saat arasında devam eder. Fiziksel belirtileri ise kalp krizi, nefes alışverişlerinde hızlanma, böbrek yetmezliği ve hızlı kalp atışlarına sahip etkiler ortaya çıkabilmektedir (Ögel, 2017).

Huzursuzluk, intihar girişimleri, depresyon, kaşıntı gibi belirtiler yoksunluk döneminde görülür. Maddenin tesiri altında kişi uyuyamaz ve yemek yiyemez iken,



maddenin tesiri geçtikten sonra ise uykululuk hali ve yemek yeme davranışları ortaya çıkar. Ice maddesinin bağımlılık geliştirme de çok etkilidir ve sadece tek kullanım bile bağımlılığa neden olabilmektedir (Ögel, 2017).

**Captagon:** Captagonun etken maddesi fenetylline'dir. Amfetamine göre bağımlılık oluşumu daha az görülür. DEHB ve narkolepsi gibi uyku bozukluklarının tedavisinde captagon ilaç olarak kullanılmaktadır (Ögel, 2017).

Arapların yaşadığı bölgede kullanımı yaygın olan tablet şeklinde bir maddedir. Amfetamin maddesinin yerine kullanılmak amaçlı üretilmiştir. Ülkemizden diğer ülkelere kaçakçılığı yapılmakta ve bu sırada kullanım durumu da ortaya çıkmaktadır (Yıldız, 2016).

**Ritalin:** Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve narkolepsi uyku bozukluğu tedavisinde ilaç olarak kullanılır. Ritalin merkezi sinir sistemini uyarır ve metamfetaminlere göre tesiri daha az olmakla birlikte, kafeine göre de etkisi daha yüksektir. Ritalin tablet şeklindedir ve kırmızı reçete ile verilir (Ögel, 2017).

DEHB tanısı alması gereken bir çocukta, tanı konmamış ise bu çocukların madde kullanımına başlama ihtimalleri artar ve uyarıcı etkisi olan maddeleri kötüye kullanım durumu ortaya çıkmaya başlar (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Araştırmalara göre tedavide kullanılan ritalin eğer doktorun önerdiği dozda kullanılırsa bağımlılık oluşmamaktadır. Ancak insanlar bu ilacı suiistimal edip, uyarıcı etkisinden yararlanmaktadırlar ve böylelikle bağımlılık ortaya çıkmaktadır. Ritalin eroin ve kokainle karıştırılarak daha fazla uyarıcı etki elde ederek kullananlar da vardır (Ögel, 2017).

#### **2.4.5. Merkezi Sinir Sistemini Baskılayanlar**

**Barbitüratlar:** Barbitüratların ana maddesi barbiturik asit kimyasalıdır. 1903 yılında uyku problemlerine iyi geleceği belirtilen ve ilk defa sentezlenen barbiturat sonucunda barbiton maddesi üretilmiştir. Daha sonra zamanla barbitüratların sentezlenmesi ise birçok madde ortaya çıkmıştır. Etkisi kısa süren barbituratlar genel anesteziye kullanılırken, etkisi uzun süren barbituratlar epilepsi hastalığının tedavisinde

kullanılır. Barbiturat kullanımı genellikle ağızdan alım ile gerçekleşirken, anestezi durumu gerçekleşeceğinde damar yolu yöntemi kullanılır. Bu maddeye bağımlılık kısa süre içerisinde gelişmektedir (Tarhan ve Nurmedov, 2011).

Merkezi sinir sistemini etkileyen barbitüratlar sedatif ve rahatlatıcı bir etki gösterir. Sentetik bir maddedir ve rengi, hacmi değişik şekillerde olup tablet olarak ortaya çıkmaktadır ve özellikle sağlık alanında çok kullanılır. Alkol sarhoşluğuna benzer etkiler ortaya çıkmaktadır. Terleme, kahkaha, gözbebeklerinde küçülme ve reflekslerde zayıflama şeklinde etkileri görülebilir. Alkol ile birlikte tüketilirse ölüm gerçekleşebilmektedir (Yıldız, 2016).

Güçlü yatıştırıcı özelliği gösteren barbitüratlar sağlık alanında hastaları sakinleştirmek ve uykuya dalmalarını sağlamak için kullanılıyordu. Ayrıca merkezi sinir sistemi üzerinde yavaşlatma özelliğini etkili kılan barbitüratlar, depresif duygu durumunu oluşturmakta ve karar verme, problem çözme gibi bilişsel niteliği ciddi şekilde düşürürler (Butcher ve ark., 2013).

Barbitürat kullanımında huzursuzluk, yorgunluk, baş dönmesi, kabus, dikkat azalması, mide bulantısı, konsantrasyon olamama, kaşıntı gibi belirtiler kendini gösterir. Aşırı doz kullanımında zehirlenme belirtileri meydana gelir. Bu belirtiler; solunumda güçlük çekme, vücut ısısında düşme, gözbebeklerinde genişleme, cildin morarması, nabzın düşmesi, akciğerde ödem, aşırı uyku hali ve komadır (Tarhan ve Nurmedov, 2011).

**Benzodiazepinler:** Sedatif (uyuşturucu) ve hipnotik özelliği gösteren bir maddedir. 1960'lı yıllarda klinik alanda kullanılmaya başlayan benzodiazepinler için geliştirme çalışmaları devam etmektedir. Kas gevşetici özelliği gösteren benzodiazepinler, kasların kasılma problemlerinde de kullanılmaktadır. Aşırı dozda veya alkol ile kullanımı gerçekleştiği zaman tehlikeli durumlara yol açabilir. Damar yolu ile kullanımı gerçekleştiğinde, solunum sisteminin baskılanması durumu ortaya çıkabilmektedir (Tarhan ve Nurmedov, 2011).

Psikoaktif madde olan benzodiazepinler, alkol yoksunluğu, anksiyete, kas spazmları gibi sağlık problemlerinin tedavisinde kullanılır. Yaygın bir şekilde

kullanılan bu ilaçlar bağımlılık durumu oluşturabilmekte ve yoksunluk belirtilerini gidermek için ya da epileptik nöbetlere neden olabilecek durumları ortaya çıkarabilmektedir (Yıldız, 2016).

Benzodiazepin bağımlılığında duygusal dengesizlik, bellek zayıflığı, hareketlerde, düşüncelerde ve konuşmada yavaşlama ve dikkat bozukluğu gibi durumlar ortaya çıkmaktadır. İlaç kullanımını bırakma durumu gerçekleştiği zaman gerginlik, titreme, kusma, uyku ve algı bozukluğu görülür (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Tolerans gelişimi hızlı bir şekilde ortaya çıkar. Çünkü kişi ilacı kullandıktan sonra rahatlama etkisi ve sorunsuz bir şekilde uykuya daldığını görür ve bu etkiyi yaşamak için tekrar ve tekrar kullanımına başlar ve gittikçe dozu yükselmeye başlar. Daha sonra yoksunluk belirtilerini gösteren sinirlilik, uykusuzluk, huzursuzluk, ellerde titreme gibi durumlar görülür. Bu durumun ortadan kalkması için kullanım gerçekleşir ve böylelikle bağımlılık ortaya çıkar (Tarhan ve Nurmedov, 2011).

**Flunitrazepam (Ros):** Rengi ve kokusu olmayan, tatsız bir bileşen olup tablet halinde bulunmaktadır. 1-2 mg'lık hap olarak bulunan Rohypnol, çoğunlukla ağızdan alınmakla birlikte burundan çekilerek, eroin gibi diğer maddelerle ile birleştirilip damardan alınarak ve sıvının içine hap karıştırılarak kullanılabilir (Ögel, 2017).

Rohypnol kullanıldıktan sonra etkisi 15-20 dakika içinde başlayıp 6 saate kadar devam etmektedir. Bu maddeye karşı tolerans çok hızlı gelişir. Rahatlama, anksiyete düzeyinin düşmesi ve kaslarda gevşeme gibi olumlu etkiler gösterirken, baş dönmesi, mide bozulması, koordinasyon bozukluğu, uyuşukluk ve konfüzyon gibi olumsuz etkiler de ortaya çıkabilmektedir. Ayrıca kısmi bellek kaybı en olumsuz etkilerinden biridir (Ögel, 2017).

#### **2.4.6. Halüsinojenler**

Halüsinojen, madde kullanımı gerçekleştiğinde halüsinasyon etkisi yaratarak gerçekle ilişkinin kopmasına ve bilincin genişlemesine sebep olan duruma denir. Halüsinojenler doğal yapısı olan ve sentetik yapısı olan maddeleri kapsar. Ülkemizde

bu maddeler zor bulunur ve yaygın olarak pek kullanılmaz. Bu maddelerin bağımlılık yapma ihtimalleri oldukça yüksektir (Tarhan ve Nurmedov, 2011).

Halüsinojenler görsel olarak hayali imgeler oluşturmaz fakat bu imgelerin farklı şekilde algılanmasına yol açarak çarpıtmalar görülür (Butcher ve ark., 2013).

Halüsinojenler halüsinasyon etkisinin yanında psikoz durumunu ortaya çıkaran psikozomimetik olarak bilinmektedir ve bazı psikoz çalışmalarında da kullanılmaktadır. Rengi işitme, sesi görme gibi algılar birbirine girer ve bu duruma synesthesia denir. Algı bozulmaları ve yalancı-varsanı yani pseudo-hallucination durumları kendini gösterebilir. Bilinçaltındaki içerik ortaya çıkabilir, anılar hatırlanabilir ve regresyon durumu görülebilir (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

**LSD (Liserjik Asid Dietilamid):** Algı değiştirici ve halüsinojenik etki yaratan maddedir. Bu madde kullanımından sonra kişi görsel, işitsel ve duyuşsal algılarında değişiklik olur ve olmayan şeyleri oluyormuş gibi algılayabilirler. Uzun süren travmatik tecrübe ve duygu değişimleri de ortaya çıkabilen yan etkileri arasındadır. Ayrıca vücut ısısında yükselme, terleme, uykusuzluk, iştah kaybı, kalp hızı ve kan basıncında yükselme kısa süreli görülen etkileri arasındadır (Tarhan ve Nurmedov, 2011).

LSD maddesi kokusuz, beyaz ve tadı olmayan toz şeklindedir. LSD'nin içerisindeki bileşenlerden dolayı saydam ve beyaz saf halindeki renginden kahve ve siyah arasındaki renk tonlarında da ortaya çıkabilmektedir (Ögel, 2017).

Birkaç dakikada başlayıp 6-12 saate kadar etkisi sürer. LSD kullanımı durumunda ilk olarak gözbebeklerinde büyüme daha sonra baş ağrısı, çarpıntı, bulantı ve vücut ısısında artma gibi belirtiler görülür (Tarhan ve Nurmedov, 2011).

LSD maddesi alındıktan sonra 8 saat kadar etkisi devam eder. Duygu durumunda bozukluk, kişilik değişimi, ortamdaki kopma durumları ve duyuşsal olarak bozulma yaşamaları maddenin etkisinde iken gerçekleşir ve travmatik boyutlara varabilir. Ortaya çıkan sesler, renkler ve düşünceler dayanılamayacak boyutlara varabilir ve korkutucu hale gelebilir. Ayrıca kişi madde etkisi altındayken yüksek

yerlerden atlama, kendini yakma ve intihar girişiminde bulunma gibi olaylar ortaya çıkabilmektedir (Butcher ve ark., 2013).

LSD alımı işitsel, görsel ve duyuumsal algılarında bozukluk durumuna sebep olur. Görsel olarak renkler daha belirgin ve canlı algılanırken, gerçekte olmayan tuhaf ve garip sesler duyulur ve zaman onlar için çok yavaş ilerler. Kişinin beden algısında bozulmalar olur ve organlarını ayrı olarak algılar. Tabiatüstü güçlerinin olduğunu düşünür ve uçmak isteyip, suyun üzerinde yürümeye yeltenebilir ve bu nedenle de kazalar ortaya çıkabilir. LSD kullanımından sonraki etkisi kişinin ruh haline göre değişiklik göstermektedir. Eğer kişi maddeyi aldığı sırada iyi hissediyor ve rahatsa güzel hayaller görürken, kişi maddeyi aldığı sırada kötü ve huzursuz hissediyorsa depresyon, paranoya, panik atak ve intihara teşebbüs görülebilmektedir (Tarhan ve Nurmedov, 2011).

**Meskalin (Kaktüs):** Meskalin hayal kurmayı sağlayan yani halüsinasyon etkisi yarattığı için halüsinojen maddeler grubuna girmektedir. Peyote kaktüsünün aktif ana maddesi meskalindir ve küçük bir görünüşe sahiptir. Kaktüsün tepesinde bulunan ve buttons yani düğmeler olarak adlandırılan ve içerisinde meskalin aktif maddesini bulunduran iki bölüm kesilir, dilimlenir ve kurutulur. Daha sonra toz haline getirilir ve kapsüllere konulur. Bu toz sıvı haline getirilir ve gri-kahverenginin tonlarında bir renk alır. Sıvı halindeki bu maddenin keskin acı bir tadı bulunur ve on veya daha uzun süre etkisi sürmeye devam eder. Kapsülün içerisinde beyaz bir toz şeklinde ya da ampulün içerisinde sıvı şeklinde piyasaya sürülür (Ögel, 2017).

Çoğunlukla çiğneme şeklinde ağızdan ve bazen de damar yoluna enjeksiyon şeklinde kullanılır. Çay, kahve, portakal suyu, süt ve başka türlü içeceklerle de karıştırılarak kullanılabilir. Meskalin kullanıldıktan sonra 30 dakikada etkileri kendini gösterir ve 12 saate kadar devam eder. Alındıktan sonra görsel halüsinasyonlar, renkleri daha canlı olarak algılama, kendini iyi hissetme şeklinde öfori duygusu, uykusuzluk, etrafındaki her şeye karşı ilgisini kaybetme, yer ve zaman kavramını algılayamama ve kan basıncında yükselme şeklinde belirtiler ortaya çıkar. Ayrıca yan etkileri göz bebeğinde genişleme, depresyon, intihara teşebbüs, paranoid hezeyanlar ve panik atak şeklinde görülebilir (Ögel, 2017).

**Psilosibin (Sihirli Manta):** Psilosibin psikoaktif maddesi sihirli mantarın ana bileşenidir. Psilosibinin görünüşünden dolayı kelkafa anlamına gelen psilos ve kube şeklindeki Yunanca kelimelerin birleşiminden ismi ortaya çıkmıştır. Sihirli mantarlar halüsinojenik etki gösterirler. Bu etki kişinin bilincinin değişmesine, his, düşünce, algı ve bilinçaltındaki bazı beyin süreçlerini su üstüne çıkarır ve başka bir boyuta geçerek gerçekte olmayan şeylerin yaşanmasına sebep olurlar (Ögel, 2017).

Mantarlar hem çiğ olarak hem de kurutularak kullanılabilir. Ayrıca çiğ besinlerle karıştırarak ve sıvı hale getirilerek de tüketilebilir. Sınırlı mantarların etki süresi nasıl tüketildiğine bağlıdır. Eğer aç karnına çiğnmeden direk yutulursa 20-60 dakika arasında tesirini gösterirken, ağza alınıp bekletildikten sonra çiğnenirse 10-40 dakika arasında tesirini gösterir. Bu süre 4-6 saat arasında değişiklik göstermektedir (Ögel, 2017).

Sınırlı mantarın halüsinojen etkilerinden dolayı kişi renkleri daha canlı ve yoğun olarak algılar. Ayrıca gerçeği algılayamamaya başlarlar ve ani duygu değişimleri yaşayabilirler. Merkezi sinir sistemi etkilenmesi ile kişi halüsinojen görmeye başlar. Hoşnut oldukları bir ortamda aldıklarında güzel hayaller görürken, hoşnut olmayan bir ortamda aldıklarında kötü kâbuslar görebilirler. Sihirli mantarlar kişinin geçmiş deneyimlerini yaşatarak flashback durumunu ve trip denilen psikotik durumlar yaşayarak kendini kaybetme, delirme ve ölüm korkusu düşüncelerini üst düzeyde yaşarlar. Fiziksel yoksunluk belirtileri göstermeyen sihirli mantarlar psikolojik açıdan bağımlılıkları çok yüksektir (Ögel, 2017).

#### **2.4.7. Uçucu Maddeler**

Uçucu maddeler tiner, bali, benzin, aerosol, tüp gaz, benzin, aseton, çakmak gazı, uhu ve oje gibi maddeleri kapsamaktadır. Ucuz ve kolay elde edilebildiği için kullanımı yaygındır (Karabekiroğlu, 2014).

Uçucu maddeler inhalant olarak adlandırılan buharı içe çekilen, volatile olarak adlandırılan uçucu şekilde olanlar ve solvent olarak adlandırılan çözücü şekilde gruptardan oluşan birçok maddeyi içinde bulundurmaktadır (Ögel, 2017).

Craving yani maddeye aşerme durumu uçucu madde kullananlarda oldukça sık ortaya çıkar. Bu durumdan dolayı kişi sürekli madde kullanır. Bunun nedeni uçucu maddelerin yapısı lipofilik bir bileşenden oluşuyor olmasıdır. Yağ dokusunda birikir ve vücuttan atılması uzun sürer. Bu nedenle de detoksifikasyon yani arınma süreci iki ay gibi uzun bir zaman gerektirir (Ögel, 2017).

Elde edilmesi kolay olduğu için 12-17 yaş aralığındaki gençler arasında özellikle sokak çocukları kullanmaktadır. Aşırı mutluluk, cinsel istekte artış ve hayal görme gibi durumlar ortaya çıkabilmektedir. Elbiseden koklanarak, ıslatılıp buharı çekilerek ve plastik torba kullanarak uçucu maddelerin kullanımı gerçekleştirilmektedir. Kullanım sonucunda bazı belirtiler peltek konuşma, algılarda bozulma, çift görme şeklinde ortaya çıkabilmektedir. Görme problemi, karaciğer yetmezliği, beyin hasarı, kalpte ve böbreklerde bozulma ve felç şeklinde durumlar devamlı uçucu madde kullanımı sonucunda ortaya çıkar (Tarhan ve Nurmedov, 2011).

Uçucularda hafif derecede bazı yoksunluk belirtileri ortaya çıkabilmektedir. Bu belirtiler uyku bozuklukları, titreme, terleme, çarpıntı, kusma, yönelim bozukluğu ve sinirlilik şeklinde kendini göstermektedir (Ögel, 2017).

Beyin yapısı dönüşü olmayan bir şekilde zarar görebilir. Bu zarar sonucunda da dikkat eksikliği, hafıza kaybı, öğrenme güçlüğü, konuşma bozukluğu, anlama becerisinin bozulması gibi problemler ortaya çıkabilmektedir (Karabekiroğlu, 2014).

#### **2.4.8. Esrar ve Benzerleri**

Esrar kullanımı eski zamanlara kadar dayanan uyuşturucu maddedir. Hint keneviri yabancı adı cannabis indica olan bitkinin yapraklarından ve tohumundan esrar maddesi üretilir. Bu bitkinin boyu yaklaşık olarak 1 metredir ve Mayıs, Haziran ayında ekimi gerçekleşen bu bitki Ekim ayında toplanır (Tarhan ve Nurmedov, 2011).

Hint kenevirinin kendine ait bir kokusu olmaktadır. Bitkinin üzerinde reçine oluşabiliyor ve bu bitki kesilmeden de o salgı maddesinden esrar üretilebilmektedir. Olgunlaşınca kesilen bitki, beyaz bir örtüye kuruması için konur. Kendiliğinden

beyaz örtünün üzerine düşen tozlar, en nitelikli esrar maddesini meydana getirir (Ögel, 2017).

Esrar ot, giye, sarıkız, derman, kuru ve joint şeklinde de isim verilmektedir. Maddenin işlenerek farklı bir hale gelmesi ile Marijuana, Ganja ve Gubar şeklinde değişik isimler alırlar. Kenevir otu kurutulup toz haline gelince, elekten geçirilir. Elekten ilk düşen tozlara birinci mal ya da kaynar adı verilirken; elekten ikinci düşen tozlara Marihuana ya da Ganja adı verilir ve bu madde Batı Avrupa'da ve Amerika'da çok sık kullanılmaktadır. En son elekte kalan tozlara ise paspal adı verilir. Çünkü etki olarak çok düşüktür (Ögel, 2017).

Kahve tonlarında bir renk ve baskılanmış şekilde tabaka haline getirilmiş ya da ot halinde piyasaya sürülmektedir. Ot ve tütün karıştırılarak sigara şeklinde de içilmektedir (Karabekiroğlu, 2014). Ayrıca kova ya da bong şeklinde adlandırılan buharını içine çekme şeklinde ve çay olarak ya da daha saf halde içilerek esrar kullanımı gerçekleştirilmektedir (Ögel, 2017).

Esrar maddesinin etkisi kişiye, esrarın dozuna, beklentilere, kullanım şekline ve beraberinde kullanılan maddeye göre etki türü değişiklik göstermektedir (Tarhan ve Nurmedov, 2011). Sigara olarak içilen esrar ortalama 2-4 saat arasında sürerken, ağızdan alındığında ortalama 5-12 saat arasında etkisini göstermektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Esrar maddesinin etkileri kişinin ruh haline, alınan dozun seviyesine ve geçmiş yaşantısına göre değişiklik gösterir. Kısa süreli tüketim sonucunda dikkat, hafıza, öğrenme ve hareket işlevlerinde bozulma, panik atak, paranoya ve anksiyete gibi durumlar ortaya çıkabilmektedir. Konuşkanlık ve nadir görülse de flashback durumları ortaya çıkabilmektedir (Ögel, 2017).

Esrar kullanımı sonucunda hareket koordinasyonunda, hafıza ve öğrenmede ve konsantre olma gibi durumlarda kısa süreli bozulmalar görülmektedir. Ayrıca kalp atışının hızlanması, akciğerlerde bozulma ve psikoz gibi durumlar meydana gelebilmektedir (Tarhan ve Nurmedov, 2011).



**Sentetik Kanabinoidler:** 1990'lı yıllarda sağlık sektöründe kullanmak amaçlı laboratuvar ortamında üretilmiş ve olumsuz etkilerinden dolayı kötüye kullanılan maddelerdir. Yasa dışı maddeler listesine alınması ihmal edildiği için yasal bir şekilde uyuşturucu olarak kullanılmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Kimyasal bileşen ada çayı gibi içilebilen bitkilerin yaprağına sıkılır ve kurutulduktan sonra da piyasaya sürülür (Ögel, 2017).

Esrardan farklı bir şekilde yan etkileri ortaya çıkmaktadır. Türkiye'de Bonzai ve Jamaika olarak isimlendirilen bu maddeler ile ilgili yasa dışı listesine alınmadığı için kullanımı giderek yayılmakta ve önemli bir sorun haline gelmektedir. Sentetik Kanabinoid başlığı altında belirtilen bu maddeler, tetra hidro kannabinol ana maddesinden oluşan esrara göre etkisi daha fazladır (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Sentetik Kannabinoidler psikolojik ve fizyolojik yönden belirtiler gösterdiği ve kişilere göre bu etkilerin değişiklik gösterdiği belirtilmektedir. Kullanımdan sonra ilk etkisi kişide rahatlama hissi yaratır ve daha sonra görsel ve işitsel şekilde halüsinasyonlar oluşabilmektedir. Yüksek doz alımı sonucunda panik duygusu, dehşet, hiperaktivite ve ölüm tribi ortaya çıkabilmektedir (Ögel, 2017).

Esrardan çok daha ağır etkilere sahip olan sentetik kannabinoidlerde bağımlılık çok hızlı ortaya çıkar. Ayrıca bu maddenin etkileri; ağız kuruluğu, ateş yükselmesi, kalp çarpıntısı, tansiyon düşmesi ya da çıkması, mide bulantısı, algı değişimi sonucunda halüsinasyon ortaya çıkması, hafıza kaybı, kalp ve böbrek yetmezliği sonucu ölüm gibi durumları ortaya çıkabilmektedir (Ögel, 2017).

## **2.5. Bağımlılık Evreleri**

Madde kullanan bir kişinin o maddeye bağımlılık geliştirdiği şeklinde düşünülemez. Madde kullanımının ilk adımı olan deneme süreci ile adım atılmakta ve son evre olan bağımlılık aşamasına ulaşılan bir süreci kapsayan evrelerden oluşmaktadır. Deneme evresini takip eden arada sırada kullanım evresinde olan kişilerin bazıları kullanımı bırakırken bazıları da kullanıma devam eder ve bağımlılık evresine doğru ilerler (Ögel, 2017).

Bir döngü şeklinde ilerleyen bağımlılık sürecinde, kişide merak ve korku duygusu ile birlikte maddeyi deneme teşebbüsünde bulunup bulunmama arasında gidip gelir. Merak duygusu korkuya göre daha ağır basarsa, kişi merakına yenik düşüp madde kullanımını denemesini gerçekleştirir ve bağımlılık evresine giden yolda ilk adım atılmış olur. Kişi ilk denemeden sonra istediği zaman bırakabileceğini, kontrolün kendinde olduğuna inanır ve etrafında bırakmasını söyleyen kişilere aldırış etmez. Fakat daha sonra maddenin kendisi üzerindeki fiziksel ve psikolojik olarak her açıdan olumsuz etkilerini gördükten sonra maddeyi bırakma girişimlerinde bulunur ve belli bir süre kullanmaz. Bu süreçte her şeyin eskisi gibi iyi hale döndüğünü görür ve özgüveni yerine gelir. Madde kullanımı sürecindeki kötü zamanlarını unuttur ve tekrar deneme girişiminde bulunur. Bu girişiminden dolayı pişmanlık ve suçluluk duyan kişi kaldığı yerden devam ederek bağımlılık evresine girer (Tarhan ve Nurmedov, 2011).

Her madde kullanıcısında kesin olarak bu evrelerin tamamı görülmemekle birlikte, bağımlılık farklı türdeki aşamalardan oluşmaktadır. Bağımlılık evresi; hazırlık evresi, ilk madde kullanımı, madde kullanmayı sürdürme, ilerleme evresi, bırakma evresi, tekrar madde kullanmayı düşünme (prolapse), tekrar madde kullanımı (lapse) ve tekrar başlama (relapse) aşamalarından oluşmaktadır.

1) *Hazırlık evresi:* Kişinin madde kullanabileceğine dair fikrinin oluştuğu ve böyle bir davranışta bulunmayacağını kabul etmese bile maddeye karşı kesin bir yargısı yoktur.

2) *İlk madde kullanımı:* Kişinin madde kullanan bir çevrede bulunması, problemleri ile baş etme yöntemi olarak görmesi, arkadaş ortamında hayır diyememesi gibi çeşitli faktörlerin etkisinden ötürü madde kullanmaya başlar. Bu evrede kişide merak ve korku duygusunun düşünceleri sarması ile madde kullanımına etki eder.

3) *Madde kullanmayı sürdürme:* Kişi kontrol edebileceği inancında ve bağımlı olabileceği düşüncesini inkâr ettiği için ilk kullanımdan sonra o etkiyi yaşamak için kullanım devam eder. Kişi problem çözmek için madde kullanımına yöneldiyse, daha sonra yine bir problem yaşadığında hiçbir çözüm yolu aramadan

tekrar madde kullanırlar. Merak duygusu gitmiş ve kişi madde kullanımı gerçekleşmediği zaman olumsuz etkileri ortadan kaldırmak amacı ile madde alımını sürdürür.

4) *İlerleme evresi*: Bu evrede kişi yüksek miktarda madde kullanmakta ve bağımlı olmuştur. Bu nedenle sürekli bir madde bulma çabası içerisinde olma, miktarı artırma yoluna gitme, maddeden dolayı kişinin hayatında sorunlar meydana gelme gibi durumlar meydana gelir. Kişi bağımlı olduğunun bilincinde olmamakla birlikte maddenin kendisine ve hayatına olan olumsuz etkilerini görmekte fakat muhakeme yapamamaktadır. Bu olumsuz etkilerin tamamen maddeden kaynaklandığını düşünmemekte ve böyle bir isteği olmamaktadır.

5) *Bırakma evresi*: Madde kişi aşırı derece kötü etkileyen seviyeye gelmiştir. Kişi bırakıp bırakmama arasında gidip gelmektedir. Ancak maddeyi bırakma isteği madde kullanma isteğine göre daha baskındır. Kişinin maddeyi bırakması için cesaret vererek kurtulması sağlanmalıdır. Bu dönemde madde kullanımı bırakmaktan vazgeçme, bırakınca ortaya çıkabilecek durumlardan dolayı korkma ve mücadele etmeye hazır olmadığını hissetme durumları meydana gelir. Kişinin tam olarak kendi isteğinin gelişmemesi ve zorlama durumu karşısında bırakma girişimi olumsuz sonuçlanmaktadır. Maddeyi bırakma sürecinde kişinin çevresini değiştirmesi, alışkanlıklarını gözden geçirmesi ve davranış tutumlarına çeki düzen vermesi gibi koşulları sağlamalıdır.

6) *Tekrar madde kullanmayı düşünme (prolapse)*: Bu dönemde kişi maddenin olumsuz etkilerini unutarak, olumlu yönlerini hatırlayarak maddeye karşı negatif tutumu değişmektedir. Eski ortamlara girip, alışkanlıklarına geri dönmeye başlar. Kişi madde kullanıma başlasa bile önleme durumu vardır.

7) *Tekrar madde kullanımı (lapse)*: Bu dönemdeki temel düşünce ilk baştaki gibi bir kereden bir şey olmaz mantığıdır. Bu nedenle de çeşitli etkenlerden dolayı madde kullanımı tekrar ortaya çıkmıştır. Pişmanlık ve suçluluk duyguları hakimdir. Madde kullanımının bırakılması bu dönemde gerçekleşebilir.

8) *Tekrar başlama (relapse)*: Madde kullanımı sürekli ve aşırı olarak ortaya çıkmış ve bağımlılığın semptomları kendini göstermeye başlamıştır. Bu durumda en başa geri dönmüştür (Ögel, 2017).

## **2.6. Madde Bağımlılığının Epidemiyolojisi**

Gürol (2008), madde kullanımı çok büyük bir problem haline gelmiştir. Toplumun en büyük risk sınıfını oluşturan ergenler, madde bağımlılığı tanısının göz ardı edildiği bir grubu oluşturmaktadır. Genellikle madde kullanımı ergenlik çağında başlamakla birlikte, bu durum ortalama iki yıl geçtikten sonra ortaya çıkar (Gövebakan ve Duyan, 2015).

Madde kullanımı ve bağımlılığı her yaş grubunda ortaya çıkabilmekte, ancak ergenlik ve genç erişkin yaş gruplarında yaygın bir şekilde görülmektedir. Hughes (1992), demografik özellikler, ırk ve etnik yapısı, mesleği gibi birçok değişik faktör madde kullanımını etkilemektedir. Akıns ve arkadaşları (2003), ekonomik durumu iyi olmayan kişilerin madde kullanım oranları, ekonomik durumu iyi olan kişilere göre daha fazla olduğu belirtmişlerdir (Butcher ve ark., 2013).

Ergenlerde ve genç erişkinlerde madde kullanımının daha fazla görülmesi, ergenlere çizilen sınırların kendi açılarından üzerlerinde baskı olduğu şeklinde anlamaları ve zarar görme olasılıklarının daha fazla olduğu belirtilmektedir. Madde satıcıları gençlerin bu durumlarından bilmekte ve yararlanmaktadırlar (Uzday, 2009).

Dünyada ve ülkemizde toplumun 16-30 yaş aralığında madde kullanımı diğer yaş aralıklarına göre çok daha fazla ortaya çıkmaktadır. Kaynaklarda 15-24 ya da 12-22 yaş aralığı risk altında olduğu belirtilse de, 16-45 yaş aralığından oluşan genç erişkin kişilerin sayılarının artması ile birlikte madde kullanımı bu aralıkta kültürel benimseme olarak görülmektedir (Gövebakan ve Duyan, 2015).

Ülkemizdeki toplumun madde kullanım oranı diğer ülkelerdeki toplumlara göre daha az olarak gözlenmektedir. Bunun yanında okullarda yapılan araştırmalara göre madde kullanımının artış göstererek ilerlediği görülmektedir. İstanbul'da öğrenciler arasında yapılan bir araştırmaya göre 1991'de hayatında bir kez esrar

maddesini deneme oranı %0.7 olarak bulunurken, bu oran 1995’de %4 ve 1996’da %4.2 şeklinde artmış olduğu görülmektedir (Ögel ve ark., 1998).

1995 yılında Sağlık Bakanlığı’nın 12 şehirde yürüttüğü projede lise öğrencilerinin maddeler hakkındaki bilgilerine bakılmış ve madde ile aile yapıları arasında bazı bulgular bulunmuştur. Herhangi bir nedenden dolayı ailesinden ayrı yaşamak durumunda kalan ve okuma yazması olmayan babaya sahip olan gençlerde madde kullanımının daha fazla görüldüğü sonucu saptanmıştır. Anne ve babası hayatta olan gençlerde madde kullanım oranı %3,4 olarak görülürken, sadece baba hayatta değilse oran %5,9 ve anne ve babanın ikisi de hayatta değilse bu oran %15,8 şeklinde ortaya çıkmaktadır (Gövebakan ve Duyan, 2015).

Türkiye’de kullanımı en fazla olan madde esrar olarak bildirilmektedir. Daha sonra hap, uçucu maddelerin kullanımının fazla olduğu görülmektedir. Doğu bölgelerinde ve İstanbul’da ise maddelerin içinde en fazla kullanımının eroin olduğu ifade edilmektedir. Bu durum maddenin ticaretinin ve üretiminden de kaynaklanabileceği belirtilmiştir. Kokain, ekstazi ve LSD kullanımının ülkemizde kullanımı az olarak görülmektedir. Bu durum ise ekonomik durumu iyi olan kişilerin kullanımından ve üretimin ülkemizde olmamasından dolayı olabileceği belirtilmektedir (Ögel, 2002).

Ülkemizde ergenler arasında yapılan araştırmalara göre madde kullanım oranlarının artış göstererek ilerlediği görülmektedir. Ögel ve arkadaşları (2004), 9 farklı şehirde 24.000 ilköğretim ve ortaöğretim öğrencilerinin katılımı ile bir araştırma yürütülmüştür. Öğrencilerin hayatı boyunca bir kere tütün kullanımı %55.9, alkol kullanımı %45, uçucu madde kullanımı %5.1, esrar kullanımı %4, eroin ve ekstazi kullanımı ise %2.5 olarak görülmüştür. Ayrıca erkek öğrencilerin kız öğrencilere ve özel okulda okuyanların devlet okulunda okuyan öğrencilere göre madde kullanımının daha fazla olduğu ifade edilmiştir (Karabekiroğlu, 2014).

2005 yılında Avrupa İlaç Bağımlılığı İzleme Merkezi tarafından yürütülen araştırmalara göre 15-34 yaş aralığındaki kişilerde esrar, ekstazi ve kokain maddelerinin kullanımında yükselme olduğu gözlenmiştir. Amerika Birleşik Devletleri, İngiltere ve İspanya’da %4-5 oranı ile kokain kullanımının en fazla

olduğu belirtilmiştir. ek Cumhuriyeti %6 oranında, İşpanya ve İngiltere ise %3.5-4 oranı ile ekstazinin en fazla olduğu ülkelerdir. ek Cumhuriyeti, Amerika Birleşik Devletleri ve Fransa ise %20 oranı ile en fazla esrar kullanımının grldğ ülkelerdir (Uzbay, 2009).

Madde kullanıcılarının genel yapısına bakıldığı zaman, esrar kullanan kişilerin iş ve aile hayatlarının etkilenmediği ve tedavi olmayı düşünmedikleri gözlenmiştir. Uçucu madde kullanan kişilerin genellikle kk yaş grubundan oldukları, aile bağları güçlü olmayan kimsesiz kişilerdir. Hap kullanan kişiler yasadışı davranışlarda bulunan, aile bağları zayıf, işsiz ve sinirli kişilerdir. Eroin kullanan kişiler ise maddeyi buldukları zaman sıkıntı yoktur ancak maddenin olumsuz yan etkileri nedeni ile hayatları her açıdan ciddi anlamda etkilenen ve madde için her şeyi yapabilecek olan suça meyilli kişiler şeklinde ifade edilmiştir (Ögel, 2002).

## **2.7. Madde Bağımlılığı Etiyolojisi**

İnsanların neden madde kullandıklarının cevabı tam olarak bilinmese de, üç etkenin birlikte olmasının madde kullanımında önemli olduğu belirtilir. Maddenin elde edilebilirliği, kişiliğin yatkınlığı ve sosyal evre  etkeni oluşturmaktadır. Bu üç etkenin birleşmesi ve devamlı kullanımı ile bağımlılığı yatkınlığı olan kişinin elde ettiği madde ile çevresinin uygun olması durumunda madde kullanımı ve bağımlılığı ortaya çıkmaktadır (Tosun, 2008).

Madde bağımlılığının ortaya çıkmasında çeşitli faktörler rol oynamaktadır. Bu faktörler; kişide maddeye karşı merak duygusunun oluşması, arkadaş grubunun madde kullanıyor olması ve bir yere ait olma düşüncesi gibi durumlar madde bağımlılığını ortaya çıkartan nedenler arasındadır. Madde kullanımını fizyolojik, psikolojik ve sosyal anlamda her açıdan kişinin hayatını etkilemektedir. İnsanlar madde kullanımına birçok nedenden dolayı başlayabilmektedir. Bu nedenler arasında merak duygusu, kendini kanıtlama çabası, sınırlarını yıkmaya, arkadaş çevresi, bir gruba ait olma isteği, problemlerle mücadele etmek gibi birçok etkenden dolayı madde kullanımına başlanmaktadır (Gövebakan ve Duyan, 2015).

Madde alındığında oluşan etkinin vermiş olduğu kendini iyi hissetme duygusunu yaşamak, olumsuz duygu ve düşüncelerden uzaklaşmak, fiziksel, bilişsel ve psikolojik anlamlarda daha iyi olmak ve merak duygusuna kapılıp başkalarından etkilenmeleri gibi nedenlerden dolayı madde kullanımına başlarlar (Tarhan ve Nurmedov, 2011).

Madde kullanımına başlamaya neden olan faktörlerden biri de aile yapısı ve bağlarıdır. Her insanın karşılıklı sevgiye ve diğerleri tarafından değer görülmeye ihtiyacı vardır. Bu nedenle daha çocukken aile tarafından bu ihtiyaçların sağlanması ve insanların sağlıklı bireyler olarak yetişmesi için katkı sağlamaları ve kişinin ileri yaşlarında bu ihtiyaçlarını kendi kendine karşılayabilecek konuma gelmesi sağlanmalıdır (Şahin, 2016). Ünal (1990) ve John (1993) yapmış olduğu çalışmalara göre, madde kullanan kişilerin ailelerinden sevgi duygusunu alamadıkları, aradaki bağın kuvvetli olmadığı ve serbest bir yapının olduğu, ebeveynler arasında geçimsizlik ve çocuklara karşı ihmalkar tutum, huzursuz bir ortam, şiddet durumlarının olduğu bir yapının hakim olduğu belirtilmiştir (Gövebakan ve Duyan, 2015).

Madde kullanımına neden olan bir diğer faktör de eğlence amacı ile alınmasıdır. Ancak belli bir süre sonra eğlence işkenceye dönüşmeye başlar. Sıra dışı olmak amaçlı da madde kullanımına başlamaktadır. Bir diğer madde kullanım nedenlerinden biri de genetik yatkınlıktır. Araştırmalara göre bazı insanların biyolojik olarak bağımlılığa eğilimi olduğunu belirtmiştir. Bu bireyler farklı bir gene sahip olarak değişik bir şekilde protein üretimi gerçekleştirirler ve bu durum farklı enzim ve reseptör oluşmasına ve bunun sonucunda merkezi sinir sistemindeki zevk ve ödül mekanizmasında farklılaşmaya neden olurlar. Bu durum da kişinin madde kullanımında etkili olur. Günümüzde madde kullanımında etkili olan genetik yatkınlığı ortaya çıkarabilmek için yeterli teknoloji ve bilgi yoktur (Tarhan ve Nurmedov, 2011).

Cannors ve Tarbox (1985), madde kullanımındaki diğer faktörlerden biri de toplumsal etkenlerdir. Ülkedeki yönetim politikaları ve kültürel normlar madde kullanımını tetiklemektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde toplumun etkisi ile madde kullanımının başlanmasına yardımcı olunmuştur. Maddelerin yasaklanması ve

sınırlandırılması sonucunda madde kullanımının sağlanması açısından yasa dışı yollardan ilerlendiği örneğin gece kulüplerinde satılması gibi durumlar ortaya çıkmıştır (Şahin, 2016).

Madde kullanımına yatkın olan ergenlerin, kişilik özellikleri açısından risk alma davranışında bulunan, rutinlikten hoşlanmayıp farklılığı seven ve ödül mekanizmasının sürekli devreye girmesini isteyen kişilerin tolerans ve yoksunluğa karşı hızlı bir şekilde gelişim gösterirler (Karabekiroğlu, 2014). Ayrıca madde kullanımına eğilimli olan kişilerin kırılgan, çabuk incinebilen, aşırı güvensiz, mücadele etme gücüne sahip olmayan, dürtüsel davranışlar gösteren, heyecanın peşinden koşan, kuralları çiğneyen ve güçsüz olan kişilik özelliklerine sahiptirler (Tosun, 2008).

## **2.8. Madde Bağımlılığı ile İlgili Risk Etmenleri**

Madde bağımlılığı ile ilgili üç kümede risk faktörleri oluşturulabilir. Bu faktörler: Biyolojik faktörler, psikolojik ve davranışsal faktörler, sosyal çevre ile ilgili faktörler şeklindedir. Biyolojik faktörlerde genetik etkenler incelenirken; psikolojik ve davranışsal faktörlerde duygudurum bozuklukları, impulsivite durumları, davranış bozuklukları ve öğrenme güçlükleri gibi durumlar incelenir; sosyal ve çevre ile ilgili faktörlerde ise ailede madde kullananın olup olmadığı, aile ve arkadaş ilişkileri, iş veya okuldaki başarısı gibi durumlar incelenir. Bu üç faktörden bir ya da daha fazlasından problem yoksa ve pozitif yönde ise kişi madde bağımlılığına karşı tehlikeden korunmuş olur. Ancak faktörlerden biri bile negatif yönde bir etkiye gösteriyorsa kişinin madde bağımlılığı olma ihtimali yüksektir (Gövebakan ve Duyan, 2015).

Kişinin madde kullanımına başlamasında etkili olan bazı faktörler vardır. Aile üyelerinde madde kullanımının ya da ruhsal problemlerin olması, aile ile olan bağların zayıf ve ihmalkâr olması, şiddet içeren davranışlar, iş veya okul hayatındaki başarının düşmesi, sosyal ilişkilerinin zayıf olması, anormal davranışlarda bulunan arkadaş çevresine sahip olması, çevresindeki kişilerce madde kullanımının normal olarak algılanması gibi durumlar kişinin maddeye başlamasında rol oynayan risk etmenleridir (Ögel, 2017).



Kişinin küçük yaşta ortaya koyduğu bazı davranışlar, ileriki zamanlarda madde kullanımının başlaması açısından risk içeren belirtiler şeklinde görülebilir. Küçükken çevresi ile pek ilişki kurmayıp içine kapanan ve sinirli olan erkek çocuklarının bu davranışlarını devam etmesi halinde ileride madde kullanımı için riskli gruba girerler. Okul hayatında başarısızlık, çevresi ile uyum sağlayamama, arkadaşlarının dışlaması gibi durumlar ergenlik döneminde madde kullanımı açısından riskli davranışlar olarak görülür. Yapılan çalışmalara göre 7-9 yaş arasında çocuklarda okul hayatında başarısızlık ve sosyal çevre ile uyumsuz davranışlar gösterenlerin, madde kullanımının yaş 14-15 yaş aralığında ortaya çıkabileceği belirtilmiştir (Ögel, 2017).

Madde kullanan arkadaşlarla beraber olma etkeni ergenlerin madde kullanımına başlaması açısından en etkili faktörlerden biridir. Araştırmalara göre okul ortamının güzel olması ve iyi bir arkadaş çevresinin olması madde kullanım riskini azalttığını belirtmektedir. Ayrıca maddelere erişimin kolay sağlanması ve sosyal çevre tarafından madde kullanımının kabul edildiği yargısının oluşması da risk oranını arttırmaktadır (Ögel, 2017).

Yapılan çalışmalara göre, insanların hayatlarındaki geçiş dönemleri madde kullanımının ortaya çıkmasında etkili olan bir risk faktörüdür. Geçiş dönemleri yetişkinler için boşanma, ergenler için fiziksel değişimler, çocuklar için güvenli ev ortamından uzaklaşıp okula gitmeleri şeklinde belirtilebilmektedir. Ayrıca liseye geçişte okul değiştirme durumunda kalınması, üniversite ya da iş nedeni ile tek başına yaşamak durumunda kalınması gibi durumlardan dolayı maddeye başlama riski ortaya çıkar (Ögel, 2017). Bir başka araştırmaya göre, anne ve babası tarafından çocuğa sert kurallar konulup baskı altında tutulması ya da hiç kural koymayıp serbest bırakılması durumunda da çocukların ileriki zamanlarda madde kullanıma başlama ihtimalini artıran risk faktörlerinden biridir (Gövebakan ve Duyan, 2015). Kasatura (1998), risk faktörlerinden biri de ailenin madde kullanımına olumlu tutum göstermesi kişinin madde kullanımına başlaması ihtimalini ortaya çıkarabilmekte olduğu belirtilmiştir (Gövebakan ve Duyan, 2015).

## 2.9. Madde Bağımlılığının Önlenmesi

Önleme kavramının farklı şekillerde tanımları bulunmaktadır. İngilizce prevention kelimesinin karşılığı şeklinde ve sağlık alanında koruyucu anlamına gelen şekilde karşımıza çıkmaktadır. Önleme kavramının tanımı, insanların hayatlarını sağlıklı ve bir şeyler üreten şekilde yaşamını devam ettirmesine yardımcı olan koşulların yaratılması durumuna denir. Önleme çalışmalarının bazı amaçları vardır. İnsanların madde kullanımına başlamamasını sağlamak, madde kullanımının ilerlememesi için koşullar oluşturmak, maddenin kullanan kişiler ve çevresi için problem yaratmasını engellemek, sağlıklı bir hayat koşullarının oluşturulmasını sağlamak gibi amaçlar önlem alınması durumunu oluşturur (Ögel, 2017).

Birincil önleme, ikincil önleme ve üçüncül önleme olmak üzere üç farklı önleme evresi vardır. *Birincil önlemede* hedef hiç madde kullanmamış insanların hayatları boyunca kullanmamaya devam etmesini sağlamaktır. Ülkemizde madde kullanım oranının artış göstermesi ile birlikte birincil önleme çalışmaları çok önemlidir. Eğer birincil çalışmalar ciddi bir şekilde yürütülürse kişilerin madde kullanımının engellenmesi sağlanabilir. Toplumun bütün kesimlerine ulaşarak bağımlılık ile ilgili eğitimler, seminerler şeklinde bilgilendirmeler yapılması birincil önlemede büyük önem taşır. Kişilerin hayatlarında madde kullanımına neden olabilecek faktörlerin azaltılması ve ortadan kaldırarak farklı koşulların oluşturulmasının sağlanmalıdır (Ögel, 2005). Ayrıca birincil önleme aynı zamanda popülasyona dayalı önleme şeklinde de geçmektedir. Bu gruba giren kişilerin bağımlı olma ihtimalleri minimum düzeyde olan topluluktur. Popülasyona dayalı önleme toplumun bütün kısmına yani riskli ve risksiz grubu ayırmadan eğitim, seminer gibi şekillerde bilgilendirme yapar (Şahin, 2016).

*İkincil önlemede* hedef madde kullanımına henüz yeni başlamış ya da kullanan ama bağımlı olmamış kişilere erken müdahalede bulunmak, tedavi almasını sağlamak ve bağımlı olmasını engellemektir (Ögel, 2017). Ayrıca ikincil önleme diye belirtilen evre, riskli popülasyonları hedef alan müdahaleler şeklinde de adlandırılmaktadır (Şahin, 2016).

*Üçüncül önlemede* ise hedef kişilerin madde kullanımını bırakmasını sağlamak ve yeniden madde kullanımına başlamaması için koşulların sağlanmasıdır. Ayrıca madde kullanımı nedeni ile kişide ortaya çıkan fiziksel ve psikolojik etkilerin, yasadışı olaylara karışmasının engellenmesi ve damar yolu ile bulaşabilecek hastalıkların önlenerek en minimum düzeye indirmek ve ortadan kalkmasını sağlamak üçüncül önleme kapsamına girmektedir (Ögel, 2017). Ayrıca üçüncül önleme olarak adlandırılan önleme evresi hâlihazırda etkilenmiş popülasyonlarda önleme şeklinde de geçmektedir. Bu evrede tedavi amaçlanmış ve etkilerinin azaltılması yönüne odaklanılmıştır (Şahin, 2016).

Toplumdaki işsizlik sorunu, ekonomik sıkıntılar, yetersiz eğitim şartları, kültürel bozulmalar, gelenek ve göreneklere önem verilmemesi gibi şartların kişilerin madde kullanımına yöneltebileceğinden dolayı hükümet politikalarının bu şartları iyileştirme yoluna gitmesi madde kullanımının önlenmesinde yardımcı olabilmektedir. Ayrıca ülkede maddenin yasaklanması ve polisin ciddi bir şekilde çalışması durumu da alınması gereken önlemlerdir (Tosun, 2008).

Doktorların bağımlılık yapabilecek benzodiazepin gibi ilaçları verirken dozunu minimum seviyede tutup, kullanacak olan kişileri uyarımları alabilecek önlemlerden biridir. Ayrıca ülkemizde bazı ilaçların yeşil ve kırmızı reçete ile verilmesi madde kullanıcılarına karşı bir önlem olarak görülse de yasa dışı yollardan kolay elde edilebilmektedir (Tosun, 2008).

Madde kullanımında toplumsal yönden alınabilecek önlemler; emniyetli bir çevrenin oluşturulması, kişilerin madde kullanımını bırakmasına yönelik yardımcı olmak, her anlamda sosyal etkinliklerin fazlalaştırılması, ilgilerini çeken hobi alanlarına yönlendirilmeli, tedavi ve rehabilitasyon merkezlerinin fazlalaştırılması şeklinde koşullar sağlanmalıdır (Gövebakan ve Duyan, 2015).

## **2.10. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Tanımı**

DEHB, kişinin yaşına ve gelişimine uymayan bir şekilde dikkat problemleri, aşırılık boyutunda hareketlilik ve impulsivite davranışlarının ortaya çıkması ve

beyindeki dikkat ve davranış sistemindeki aksamalardan dolayı meydana gelen rahatsızlıktır (Gümüş, 2015).

DEHB, dikkat dağınıklığı problemleri, aşırı derecede hareketlilik yani hiperaktivite ve aklından geçeni hiç düşünmeden direk harekete dökmek, aşırı tepki göstermek ve kontrol dışında hareketlerin ortaya çıkması durumu olan dürtüsellik şeklinde kendini gösteren nörogelişimsel bir bozukluktur. Bu bozukluk çocukluk zamanında çok fazla görülmekle birlikte ergenlik ve erişkinlikte de bozukluk devam eder. Eğer tedavi süreci başlatılırsa düzelmeler kendini göstermeye başlar. Ancak tedaviye başlanmazsa kişinin hayatı psikolojik, sosyal gibi her alanda problem yaratır (Semerci ve Turgay, 2017).

DEHB yerinde duramayan ve sürekli aşırı hareket halinde olma ile birlikte odaklanma konusunda dikkat problemlerinin ortaya çıkması durumunda konsantrasyon gerçekleşememe ve ilave olarak dürtüsel olma durumunu belirtilerinin görülmesidir. DEHB'de en belirgin olan belirti hiperaktivite durumu olmakla birlikte, ikincisi dikkat sorunları durumu şeklinde ve üçüncüsü ise dürtüsel olma durumu ile ortaya çıkmaktadır (Abalı, 2015).

Morris ve Maisto (2013), bir zamanlar DEHB basit olarak hiperaktivite şeklinde bilinirdi. Yeni adı ile birlikte dikkatini vermede problem yaşamak şeklinde ifade edilmektedir. Bu kişilerin kolayca dikkati dağılır, sürekli kıpır kıpır ve yerinde duramama şeklinde sürekli hareket halinde olurlar (Kramer ve ark., 2009).

DEHB dikkat problemleri, aşırı hareketli olma hali ve dürtüsellik durumları ile kendini gösteren psikiyatrik rahatsızlıktır. DEHB tanısı konulabilmesi için bu durumların yedi yaşından önce ortaya çıkması ve çok abartılı bir şekilde görülüyor olması ve günlük hayatını etkileyebilecek şekilde olmalıdır (Ercan ve Aydın, 2000).

DEHB dikkat eksikliği ve hiperaktivite olmak üzere iki farklı bozukluğu içerisinde bulundurmaktadır. **Dikkat eksikliği** kişinin dikkatini verip odaklanamama sorunun olması, işlerini düzenleme sıkıntı yaşaması, hatırlamakta güçlük çekmesi ve unutkanlık durumunun ortaya çıkması, düzenli olamama ve dağınıklık durumunun hakim olması, yoğun konsantrasyon gerektiren işlerden uzak durması ve çok fazla dikkat ile ilgili yanlışlar yapılmasıdır. **Hiperaktivite** ise kişinin aşırı derecede aktif

olması, bir şeyin hemen olmasını isteme yani dürtüsel ve bekleyememe durumu ya da çok fazla konuşkan olma şeklinde ortaya çıkan davranışları kapsar. Çocukların gelişimine uygun şekilde hareketli olması normal sayılmakla birlikte çocuğun ve çevresindeki insanların hayatını etkileyecek şekilde aşırı şekilde hareketli olması hiperaktivite bozukluğuna işaret eder. Çocuklarda aşırı şekilde koşturma ve devamlı bir yerlere tırmanma halinde olma durumu hiperaktiviteyi düşündürürken, yetişkinlerde sürece uzun durulması gereken yerlerde çok fazla sıkılma ve huzursuz olma durumu hiperaktiviteyi düşündürmektedir (Ercan, 2018). **Dürtüsellik (Fevrilik)** kişinin birden aklına gelen şeyi hiç düşünüp fikir yürütmeden söylemesi ya da bunu kontrolsüz bir şekilde harekete dökmesi durumudur (Gümüş, 2015). Bu durum kişinin çok konuşması, kendini durduramayıp konuşmanın arasına girmesi, karşıdaki kişinin cümlesini tamamlamadan ya da sorusunu bitirmeden cevabını hemen vermesi şeklinde belirtiler ortaya çıkabilmektedir (Abalı, 2015).

Kişinin hayatını negatif olarak etkileyen dikkat eksikliği ve hiperaktivite belirtileri iki farklı ortamda ve altı aydan daha çok sürüyor olması şeklinde ortaya çıkar. Çocuklarda çok fazla görülen hastalıklardan biridir (Gümüş, 2015). Doğumdan itibaren başlamakta ve 12 yaşa kadar süren dönem içerisinde meydana gelmektedir. Bu bozukluğun belirtileri 3-5 yaş arasında en fazla ayırt edilen dönem olarak görülür. Doğum öyküsü, genetik faktörler, gelişim dönemleri, mizaç özellikleri gibi durumlar değerlendirilerek DEHB tanısı konulabilir (Semerci ve Turgay, 2017).

### **2.11. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Tarihçesi**

Dünyada çok eskiden beri bilinmekte olan dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu günümüz insanları tarafından yeterince bilinmemektedir. Bir Alman doktor dikkat eksikliği semptomlarını 1775 yılında belirtmiştir. 1902 yılında ise bir İngiliz doktor DEHB semptomlarını tanımlanmıştır. Diğer hastalıklar gibi DEHB'nin tedavisi de bilimin ilerlemesi ile birlikte geliştirilmiştir (Gümüş, 2015).

Barkley (2006), 1902 yılında George Still adındaki İngiliz bir doktor tarafından DEHB'yi çocuğun çevresine karşı aldırmayan davranışlar içerisinde olması, etkilere karşı aşırı bir tepki verme ve hareketlilik hali içerisinde olma durumu şeklinde belirtmiştir. Günümüzde olduğu gibi eskiden de DEHB tanısı erkekler

kızlara göre daha çok almaktaydı ve yedi yaşına gelmeden semptomlar kendini gösteriyordu. George Still DEHB tanısı almış kişilerin biyolojik olarak bir farklılığa sahip olduğunu düşünüyordu (Spodak ve Stefano, 2014).

DEHB eskiden beri yıllarca devamlı bir huzursuzluk hali, sürekli bir hareket halinde olma durumu ile tanımlanan çocuklukta görülen bir davranış bozukluğu şeklinde tanımlanmaktaydı. Daha sonra sadece hiperaktif durumun olmadığı anlaşılıp yanında dikkat eksikliğinin de görülmesi sonucunda 1980 yıllarında hiperkinetik bozukluktan dikkat eksikliği bozukluğu ismini almıştır. Bu bozukluğun sadece aşırı hareketlilikten meydana gelmediğini ve dikkat eksikliğinin de önemli bir problem olarak görülmesi sonucunda bu bozukluğun daha iyi anlaşılmasını sağlamıştır (Brown, 2010).

19. yüzyılda İngiliz hekim George Still tarafından çocuklarda tanımlanmış ve bilimin ilerlemesi ile birlikte günümüzde tanı konması ve tedavisi mümkün olan bir rahatsızlıktır. Eskiden dürtüsellik, delilik, yetersiz engellenme şeklinde adlandırılan bu rahatsızlık, daha sonra George Still'in belirtmiş olduğu bulgulara göre Hiperkinetik Bozukluktan DEHB ismini almıştır (Semerci ve Turgay, 2017).

Eskiden yapılan araştırmalara göre beyindeki bir bölgenin işlevsizliği nedeni ile DEHB olduğu düşüncesi belirtilmekteydi. Beyindeki bu işlevsiz olan bölge bulunup tedavi edilmesi ile birlikte dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun giderileceği düşünüldüğü için ilk isim minimal beyin hasarı olarak adlandırılmıştır (Ercan, 2018).

DEHB eskiden ilk beyin hasarlı çocuk sendromu şeklinde adlandırılmış ve daha sonra 1980'lı yıllara doğru minimal beyin hasarı isminden minimal beyin disfonksiyonu şekline dönüşmüştür. Ancak zamanla beyindeki bozukluktan kaynaklanmadığı düşüncesinden uzaklaşarak hiperaktif çocuk sendromu ismi verilmiştir. 1980'lı yıllardan sonra ise dikkat eksikliği bozukluğu ismi verilmiş ve yedi yıl sonra günümüzde kullanılan DEHB ismi kullanılmaya başlanmıştır (Crosby ve Lippert, 2017).

Amerika'da beyin iltihabı hastalığı çok yaygın bir şekilde görülmeye başlanması ile birlikte bu salgına yakalanan kişilerde görülen belirtiler ile DEHB'de

görülen belirtiler benzerlik göstermesi sonucunda bu rahatsızlığa ilgi artmıştır. Bu nedenle minimal beyin hasarı şeklinde adlandırılmış ancak daha sonra beyinde bir hasar olduğuna dair bir kanıt bulunamayınca 1940'lı yıllarda beyindeki küçük bir işlev bozukluğu şeklindeki kanıya varılmış ve minimal beyin disfonksiyonu olarak isim değiştirilmiştir (Ercan ve Aydın, 2000).

DEHB 1970 yıllarında yaygın bir şekilde herkes tarafından bilinmeye başlanmış ve aşırı hareketlilik belirtisinin yanında dikkat eksikliği ve impulsivite belirtilerinin de ortaya çıkabileceği belirtilmiştir. Bu bozukluğa en etkili faktörün genetik olduğu iyice kesin bir şekilde ortaya konulurken, tedavi amaçlı ritalin ilacı yaygın bir şekilde kullanılmıştır. Günümüzdeki ismini alan DEHB, 1980 ve 1990'lı yıllarda yapılan çalışmalar sonucunda bu rahatsızlığın sadece çocuklukta görülen ve zamanla düzelen bir hastalık olmadığı belirtilerek, ergenlikte ve erişkinlikte de bu bozukluğun görüldüğü ve tedavi edilebileceği ortaya konmuştur (Ercan ve Aydın, 2000).

## **2.12. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Alt Tipleri**

DEHB belirtilere göre dikkat eksikliğinin baskın olduğu tip, hiperaktif-dürtüsel tip ve bileşik tip olmak üzere üç çeşit alt tipe ayrılır. Ayrıca bu üç alt tipten farklı olarak belirtilerin kendini gösterdiği ama tam olarak tanı konulamadığı durumlarda da özgül olmayan tiplerden söz edilir (Semerci ve Turgay, 2017).

***Dikkat eksikliğinin baskın olduğu tipte*** aşırı hareketlilik ve dürtüsellik durumu olmamakla birlikte yalnızca dikkat problemleri vardır. Bu kişiler yavaş şekilde hareket eden ve fazla enerji harcamayan, sakar davranan, bir yerlere dalıp gitme halinde görülebilmektedirler. En iyi anlaşılıp ortaya çıktığı dönem genellikle çocukların okula başladıkları zamandır. Bu tip kız çocuklarında görülen en yaygın DEHB biçimidir (Gümüş, 2015). Bu alt tipte aşırı hareketlilik veya dürtüsellik olmadığı için dikkat problemleri genellikle pek fark edilmez. Bu kişilerin dikkatinde bir problem yokmuş gibi görünseler de akılları farklı düşüncelerdedir (Spodak ve Stefano, 2014).

**Hiperaktif-dürtüsel tipte** aşırı derecede hareket halinde olma ve kendini engelleyemeyip dürtüsel davranış belirtileri görülmekte ve dikkat problemleri görülmemektedir. En az görülen tiptir (Gümüş, 2015). Ayrıca en erken yaşta DEHB tanısı konulabilen alt tiptir (Spodak ve Stefano, 2014). Davranış açısından sıkıntılar yaşanan bu tipteki çocuk ve gençlerde çevreyi rahatsız ederler, yerinde duramazlar, sınıfta sürekli ayaktadırlar, hızlı ve yüksek sesle konuşurlar, karşısındakinin konuşmasının bitmesini beklemeden keserler, sıra beklemeyi sevmezler, diğer insanları kontrol etmekten hoşlanırlar (Semerci ve Turgay, 2017).

**Bileşik tip** ise dikkat problemleri ve aşırı hareketlilik-kendini tutamama gibi dürtüsellik durumları ikisi birlikte kendini göstermektedir. En fazla görülen alt tip olmakla birlikte erkeklerde daha yaygın bir şekilde görülmektedir (Gümüş, 2015).

Bu tipte çocuklukta çok hareketli olursa da yaş ilerledikçe hareketlerde birazcık daha azalma ile birlikte dikkat problemleri ve hareketleri kontrol etmede güçlük çekilmeye devam eder. Bu kişiler bir şeyleri takip edemezler, karşısındakini dinlemekte zorluk çekerler, her şey çabucak olsun isterler ve bu nedenle sürekli dikkatsiz bir şekilde yanlış yaparlar. Ayrıca koordinasyon gerektiren işleri de yapamazlar (Spodak ve Stefano, 2014). DEHB'nin üç tipi arasında en fazla inatlaşma davranışı bileşik tipte görülmektedir (Semerci ve Turgay, 2017).

### **2.13. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Etiyolojisi**

DEHB'nin neden kaynaklı olarak ortaya çıktığı ile ilgili araştırmalar vardır. Ortaya çıkış sebebinin bulunması rahatsızlığı önleme ve tedavi etme açısından önem taşır. Biyolojik araştırmaların, beyin görüntüleme yöntemlerinin gelişmesi ve çevresel faktörlerin incelenmesi DEHB'nin meydana gelmesindeki nedenlerin belirlenmesine yardımcı olmuştur (Semerci ve Turgay, 2017).

DEHB'nin ortaya çıkma sebebi tam bilinmemesi ile birlikte en büyük rolün %70-80 civarlarında genetik faktör olduğu ve %20-30 civarlarında ise çevresel faktörlerin etkili olduğu saptanmıştır. Bu rahatsızlığa sahip olan çocukların ebeveynlerinde görülme olasılığı 2-8 kat şeklinde iken, kardeşlerinde 2-3 kat olarak görülme olasılığının olduğu belirtilmiştir. Bir araştırmaya göre anne veya babadan



herhangi birinde DEHB var ise, çocuklarda %57 oranında görülme riskinin olduğu belirtilmiştir (Gümüş, 2015).

Çevresel faktörlerden dolayı beyin gelişiminin zarar görmesi sonucunda da DEHB'nin ortaya çıkabileceği bildirilmiştir. Doğum sürecinde yaşanabilecek beyne oksijen gitmemesi gibi, toksik ve metabolik durumlar, epilepsi ve astım gibi hastalıklarda kullanılan ilaçlar, beyin travması, çok fazla televizyon seyretme ve bilgisayar kullanımı gibi faktörlerin bu bozukluğa neden olabileceği belirtilmiştir (Gümüş, 2015).

DEHB'ye neden olan şeylerin tam olarak bilinmemesi ile birlikte, uzmanlar kazanılmış ve ailesel faktörler olmak üzere bu rahatsızlığa etki ettiklerini belirtmişlerdir. Doğum sürecinde beyin gelişiminin etkilenmesi, erken doğan bebekler, prematüre bebekler, kemoterapi alan çocuklar, hamilelik sırasında annenin sigara ve alkol kullanması sonucunda bebeğin toksik maddelere maruz kalması, trafik kazası ve beyin travması gibi kazanılmış faktörlerin DEHB'nin ortaya çıkmasında risk olarak değerlendirilen faktörlerdir. DEHB görülme nedeninin en etkili ikinci tip olan ailesel faktördür (Spodak ve Stefano, 2014).

DEHB'ye genetik faktörler, çevresel faktörler ve nörogelişimsel faktörler gibi çeşitli etkenler neden olmaktadır (Semerci ve Turgay, 2017).

### **2.13.1. Beyinde Yapısal Değişiklikler (Nörogelişimsel Faktörler)**

Beyin görüntüleme yöntemi ile DEHB'den kaynaklı olarak beyinde bazı bozulmalar meydana gelmektedir. Bu bozulmalar beyin hacminde azalma, kortekste kalınlığında azalma, kişinin gelişimine göre beyin yapısının geride kalması, kan dolaşımında yavaşlama, elektrofizyolojik faaliyetlerde azalma şeklinde ortaya çıkmaktadır (Semerci ve Turgay, 2017).

DEHB'ye etki eden prefrontal korteks (ön-alın korteksi), bazal ganglionlar (temel sinir düğümleri), limbik sistem ve retiküler etkinleştirici sistem olmak üzere beyindeki dört kısım belirtilmiştir (Spodak ve Stefano, 2014).

**Prefrontal korteks** gözlerin ve alnın arka bölümünde yer alan ve davranışları düzenleyen, hafıza, duygusal düzenleme, planlama gibi yönetici işlevleri yürüten beyindeki önemli bir bölümdür. DEHB ile yönetici işlevler arasında önemli bir bağlantı vardır. DEHB'ye sahip olan kişilerin prefrontal korteksi, bu rahatsızlığa sahip olmayan kişilere göre yeterince aktif olmadığı ve gerekli işlevleri yerine getiremediği belirtilmiştir (Spodak ve Stefano, 2014). Ayrıca prefrontal korteks motor davranışlarının kontrolünü ve dikkatin sağlanması açısından önemli bir rol oynamaktadır. Bu durum DEHB'ye sahip olan kişilerin bir yere dikkatini vererek odaklanmasını ve gereksiz motor hareketlerin azaltılmasının sağlanmasını engellemektedir (Morris ve Maisto, 2013).

**Bazal ganglionlar** bir diğer ismi ile **temel sinir düğümleri** beyinde prefrontal korteksin arka kısmında ve aşağı bölgesinde yer almaktadır. Beyindeki sinir yolları ile prefrontal korteksle iletişim halinde olan bazal ganglionlar, gelen uyarıları prefrontal korteksin komutları ile birlikte bilginin engellenmesini ve kontrolünü sağlamasını gerçekleştirir. Araştırmalara göre DEHB'li kişilerin prefrontal korteks ve bazal ganglionlar arasında bulunan sinir yollarının, DEHB'li olmayan kişilere göre işlev bozukluğu olduğu belirtilmiştir (Spodak ve Stefano, 2014).

**Limbik sistem** bazal ganglionların altında olmak üzere beyin tam orta kısmında yer alır. Perry (1998) adındaki bir bilim adamı limbik sistemin işlevlerinden biri olarak duygusal işlem birimi şeklinde isim vermiştir. Limbik sistem de bazal ganglionlar gibi prefrontal korteks ile ilişki içerisinde olmakla birlikte bir şeye odaklanarak konsantrasyonun devam etmesini sağlayan sistemdir. DEHB'li kişilerin limbik sistemi diğerlerine göre odaklanma konusunda sıkıntı çekerek duygusal uyarıları göz ardı etmekte güçlük çekerler ve bu sistem olması gerektiği şekilde aktif olarak çalışmaz (Spodak ve Stefano, 2014).

**Retiküler etkinleştirici sistem** beyin gelişimi sırasında ilk oluşumlardan biri olmak üzere boyun içerisinde uzun ince bir yapıda bulunmaktadır. Bu sistem uyarılma ve dikkatin sağlanması ile dikkat merkezi şeklinde isimlendirilir. Prefrontal korteks ile ilişki içerisinde olan retiküler etkinleştirici sistem dikkatin sürmesini sağlarlar (Spodak ve Stefano, 2014).

DEHB’de beyinde hasar gören bir diğer yapı da corpus callosum denilen beyindeki iki hemisferi sinir uzantıları ile birbirine bağlayan kısımda hacminin azalması ve yapının çökmesi durumudur (Semerci ve Turgay, 2017).

Dopamin ve noradrenalin beyinin ön kısmında bulunan kimyasallardır. Bu bölgede oluşan bozukluk sonucunda dopamin ve noradrenalin kimyasalları olması gerektiği düzeyden daha az aktif olur ve bu durum sonucunda da DEHB semptomları ortaya çıkmaya başlar (Ercan, 2018).

Sinir hücrelerinin kendi aralarındaki iletişimin gerçekleşmesini sağlayan dopaminin fonksiyonel bozukluğundan dolayı aşırı hareketlilik ve seçici dikkat bozukluğuna yol açar. Aynı görevi yerine getiren diğer kimyasal madde olan noradrenalinin fonksiyonel bozukluğundan dolayı aşırı uyarılma durumu ortaya çıkar (Karabekiroğlu, 2014).

### **2.13.2. Genetik Etkenler**

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun meydana gelmesinde şizofreni, meme kanseri gibi diğer birçok hastalığa göre kalıtımın etkisi oldukça fazla olduğu belirtilmiştir. Ebeyenlerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu var ise çocukta görülme olasılığı %50-60 oranında iken yakın akrabalarda DEHB var ise çocukta %10-30 oranında ortaya çıkmaktadır. Araştırmalara göre, DEHB’ye sahip aileler evlat edindiklerinde, çocuklarda bu bozukluğun görülme olasılığını taşımadıkları saptanmıştır. Bir başka araştırmaya göre, ikizlerden birinde DEHB var ise diğerinde de bu bozukluğa sahip olma riski %80 oranında olduğu belirtilmiştir. Birçok araştırmaya göre hangi genetik özelliğin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna yol açtığı tam olarak bilinmemektedir. Ancak genetik faktörün DEHB’nin oluşumunda büyük bir rol oynadığı bilinmektedir. Bunun yanında doğum sürecinde ortaya çıkan sorunlar, çevresel etmenler ve gelişimsel problemler de DEHB’nin ortaya çıkmasına neden olan faktörler arasındadır (Semerci ve Turgay, 2017).

DEHB ikizlerde tek ve çift yumurta olmalarına göre görülme oranları değişmektedir. Çift yumurta ikizlerinde bu oran %35 civarlarında görülürken, tek yumurta ikizlerinde bu oran %80'e kadar çıkmaktadır (Abalı, 2015).

Yapılan araştırmalara göre, DEHB'nin ortaya çıkmasına neden olabilecek genler Dopamin D4 (DRD4), Dopamin Taşıyıcı Gen (DAT1), Dopamin D5 (DRD5) ve SNAP 25 olarak belirtilmiştir. Bu bozukluğa sahip olan kişilerin beyinlerinde yeterli seviyede aktif olmayan dopamin ve noradrenalin ile DRD4 birbiri ile bağlantılı olduğu belirtilmiştir (Ercan, 2018). Ayrıca DRD4 geninin 7 tekrarlı yapısı hiperaktiviteye sahip olan kişilerde bulunduğu belirtilmiştir (Abalı, 2015).

### **2.13.3. Psikososyal ve Çevresel Etkenler**

Anne-babanın davranış şekli DEHB'nin oluşumuna neden olmaz. Ancak ebeveynin uygun olmayan tutumları DEHB'nin semptomlarının artmasına ya da herhangi bir psikiyatrik problemlere neden olabilir (Karabekiroğlu, 2014). Olumlu ebeveyn tutumu DEHB'nin yok olmasını sağlayamaz fakat bu bozukluğa psikiyatrik problemlerin eklenmesini engelleyebilir veya düzeyini azaltabilir (Ercan, 2018). Ayrıca bilgisayar, televizyon, telefon gibi çevresel faktörlerin küçük yaşlardan itibaren sürekli maruz kalınması sonucunda DEHB'ye neden olduğuna dair bir bilgi kanıtlanamamıştır (Semerci ve Turgay, 2017).

Bazı çevresel faktörler beyin etkinliğini bozarak DEHB'ye benzer semptomların ortaya çıkmasına neden olabilir. Anne karnındaki süreçte ve çocukluk zamanında beyin gelişiminin en önemli zamanında bu çevresel faktörler etkisi fazla olabilmektedir. Gebelik sürecinde annenin sigara, alkol gibi maddeleri kullanması, hastalık geçirmesi, travmaya maruz kalması, erken doğumun olması, doğumdan sonra problemler yaşanması gibi durumlar DEHB'nin ortaya çıkma olasılığının artmasına neden olan faktörlerdir (Ercan ve Aydın, 2000).

### **2.14. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Epidemiyolojisi**

Dünya'da DEHB'nin görülme oranı tam bilinmemekle birlikte yapılan çalışmalar arasında da farklılıklar olduğu görülmektedir. Amerika Birleşik

Devletleri, Kanada gibi ülkelerdeki araştırmalarda DEHB'nin görölme sıklığı %10 oranı gibi yüksek ifade edilirken, Avrupa ülkelerinde görölme sıklığı %1-2 şeklinde düşük oranlarda ifade edilebilmektedir. Bu durumun tahmini sebeplerinden biri yürütölen çalışmalardaki katılımcıların hafif ya da şiddetli gibi hangi seviyede DEHB'lileri kabul ettikleri olabilir. Bir başka tahmini sebep ise Amerika kıtasındaki kişilerde daha fazla DEHB görölmesine yol açan genin olabileceğidir. Dünya'daki tüm bu farklı araştırma sonuçlarına rağmen DEHB'nin oldukça yaygın bir şekilde görölme sıklığının olduğuna dair görüş birliği vardır (Ercan ve Aydın, 2000). Amerika Birleşik Devletleri'nde DEHB'nin çocuklardaki görölme sıklığı %3-7 oranında olduğu belirtilmiştir. Bu durum çocuklara konulan tanılar arasında en sık görölen bozukluktur (Spodak ve Stefano, 2014). Ayrıca DEHB'nin görölme sıklığı Almanya'da %3.8 oranında olduğu ifade edilirken, Suudi Arabistan'da bu oran %30 kadar çıkabilmekte olduğu belirtilmiştir (şimşek, 2014).

DEHB'nin araştırmalara göre dünyada yaygın bir şekilde göröldüğü ispat edilmesine rağmen çok fazla tartışmaya neden olan mevzulardan biri olmaktadır. Toplum değerlendirme araştırmalarına göre çocuklarda %3-10 oranında DEHB göröldüğü belirtilmiştir. Bu durum ölkemizdeki araştırmalarda ilkokul öğrencilerinde %5 ve erişkinlerde ise %3-4 oranında olduğu saptanmıştır. Diğer psikiyatrik hastalıklara bakıldığında DEHB şizofreniden 4 kat ve bipolar bozukluktan ise 3 kat daha fazla olduğu ifade edilebilir. Küçük yaşta ortaya çıkan bu bozukluk ilerleyen zamanlarda erişkinlik döneminde %50'sinin özellikle aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtileri olmak üzere büyük bir kısmının geçtiği belirtilmiştir. Ayrıca dikkat problemlerinin ve öğrenme güçlüklerinin pek düzelmediği bulunmuştur (Semerci ve Turgay, 2017).

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin belirlemiş olduğu tanı kriterlerine göre ölkemizde yapılan araştırmalara göre %8-13 oranında DEHB'nin göröldüğü ifade edilmiştir. Bu bozukluk erkek çocuklarında 2-3kat kız çocuklarına göre daha sık ortaya çıkmaktadır. Kız çocuklarında DEHB'nin dikkat eksikliğinin ön planda olduğu tip daha fazla olup fark edilmesi zor olan alt tip olmakla birlikte DEHB'nin hiperaktivite ve dürtüsellik ön planda olduğu alt tipin daha az ortaya çıkmasından dolayı kliniklerde 10 erkek çocuğu 1 kız çocuğuna denk gelmektedir. DEHB'si olan

kız çocuklarının dikkat problemlerinin fark edilmemesinden dolayı farkına varılmamakta ve tedavi olamamasına sebep olabilmektedir (Gümüş, 2015). Ayrıca saldırganlık, öğrenme güçlüğü, davranım bozukluğu gibi bulguların daha az görülmesi kliniğe başvurma ve DEHB tanısının konulmasını engellemek ile birlikte öğrenme güçlüğü gibi durumların farklı tanı konulmasına da yol açabilmektedir (Semerci ve Turgay, 2017).

DEHB'nin erkeklerde daha fazla görülmesinin nedeni tam olarak açıklanamamıştır. Ancak erkeklerin sinir sisteminin yapısından dolayı olaylara karşı verdikleri psikolojik veya bedensel tepkilerin farklı gösterdikleri şekilde ifade edilebilir. Hareketlilik seviyesi erkeklerde daha fazla olmasından dolayı hiperaktivitenin de erkeklerde daha çok ortaya çıkmasına neden olabildiği şekilde beklentiler vardır. Ancak aşırı hareketlilik sadece erkeklerde değil kızlarda da görülmektedir (Abalı, 2015).

### **2.15. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğuna Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar**

DEHB'ye sahip olan kişilerde %70 oranında diğer psikiyatrik bozukluklar ile birlikte komorbid olarak ortaya çıkabilmektedir. Bu durum DEHB'nin ilerleyişini ve tedavisini kötü yönde etkisi olabilmektedir. DEHB ile birlikte komorbid şekilde ortaya çıkan bozukluklar Şu şekildedir:

- Karşıt Olma – Karşı Gelme Bozukluğu %30-60
- Davranım Bozukluğu %15-50
- Öğrenme Güçlüğü %20-60
- Anksiyete (kaygı) Bozuklukları %25-50
- Duygudurum Bozuklukları %10-50
- Tik Bozuklukları %5-10
- Madde Kullanım Bozuklukları (Gümüş, 2015).

Disleksi, okuma bozukluğu gibi özgül öğrenme güçlüğü, karşıt olma/ karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu gibi psikiyatrik bozukluklar DEHB ile komorbid şekilde en fazla görülmekte olan bozukluklardır (Karabekiroğlu, 2014).

### **2.15.1. Karşıt Olma – Karşı Gelme Bozukluğu**

DEHB'ye sahip olan kişilerde %30-60 gibi yüksek oranla sık görülen psikiyatrik bozuklardan biridir (Gümüş, 2015). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite-dürtüsellik birleşik alt tipindeki DEHB'de daha yaygın olarak ortaya çıkmaktadır (Brown, 2010). Karşıt olma-karşı gelme bozukluğu olan kişilerde sürekli tartışma yaratma, başına buyruk davranma, kurallara uymama, isteyerek diğer insanları rahatsız etme, ani öfke patlamaları, kinci olma ve her şeyi üstüne alınma gibi belirtiler sergilerler. Karşıt olma-karşı gelme bozukluğu tanısı almış çocuk, ergen ve erişkinlerde iyi ve yakın arkadaşlık kurmakta ve devam ettirebilme durumu zordur. Çocuklarda görülen karşıt olma-karşı gelme bozukluğu ilerleyen zamanlarda davranım bozukluğu halini alabilmektedir (Semerci ve Turgay, 2017). Ayrıca huzursuzluk, öğrenme güçlüğü, kaygı sorunları, mutsuzluk, psikoz, iletişim problemleri gibi sorunlar karşı gelme davranışlarının altında yatabilir (Abalı, 2015).

Karşıt olma-karşı gelme bozukluğuna sahip olan kişiler etrafındaki insanlara, hayvanlara veya herhangi bir nesne isteyerek ve bilinçli olarak zarar vermezler. Bu durum davranım bozukluğuna sahip kişilerle aradaki en büyük farktır (Ercan, 2018).

### **2.15.2. Davranım Bozukluğu**

DEHB'ye sahip olan kişilerde sık görülen diğer bir psikiyatrik bozukluk olan davranım bozukluğu %15-50 arasında görülmektedir (Gümüş, 2015). İnsanların haklarını ihlal etme, evden veya okuldan kaçma, toplumun normlarına uymama, yalan söylemek, kavgaya dahil olma veya başlatma, yaralama olaylarına karışma, yasadışı olaylara karışma, cinsel istismarda bulunma, insanlara hayvanlara ve eşyalara zarar verme gibi bulgulardan üç veya daha çoğu görülüyorsa ve en az bir yıldır devam ediyorsa davranım bozukluğu teşhisi alır. Çocuklukta ortaya çıkan davranım bozukluğu ergenlik ve sonrasında çıkan davranım bozukluğuna göre daha ağır seviyede görülmektedir. Davranım bozukluğu genellikle erkeklerde görülmekle birlikte antisosyal kişiliğin oluşumunda ve yasadışı işlere eğilim fazla görülmektedir (Semerci ve Turgay, 2017).

Bruce Pennington (2002), DEHB'ye sahip çocuklar ile davranım bozukluğuna sahip çocukların genetik açıdan benzer olduğunu bu konu ile ilgili araştırmaları özetleyerek belirtmiştir (Brown, 2010).

DEHB ve davranım bozukluğu birlikte değerlendirilerek tedavisi yürütülmelidir. Bu tedavi yönteminde DEHB'de ilaç ile birlikte çocuğun ve ebeveynlerinin bireysel veya grup terapisine yönlendirilmelidir. Bu durum sağlıklı ebeveyn yapısına yönlendirerek DEHB'li çocuğun ileriki yaşamlarında olumlu yönde olmasını sağlamaktadır (Ercan, 2018).

### **2.15.3. Öğrenme Güçlüğü**

DEHB'li çocuk ve ergenlerin %20-60 oranında öğrenme güçlüğü de komorbid olarak görülen psikiyatrik bozuklardan biridir. Çocuğun okuma, yazma ve matematik kabiliyetlerinden bir veya daha fazlasının gelişim seviyesine göre oldukça altında olması durumunda öğrenme güçlüğü tanısı konulabilmektedir. Disleksi olarak adlandırılan okuma bozukluğu, disgrafi olarak adlandırılan yazılı anlatım bozukluğu ve diskalkuli olarak adlandırılan ise matematik bozukluğu olarak belirtilen üç tipi bulunmaktadır. Öğrenme güçlüğüne sahip çocuklarda harfleri bilememe ve birleştirememe güçlüğü, okuduğunu anlayamama, matematikle ilgili ifadeleri kavrayamama, ters okuma ya da yazma gibi görsel algı problemlerinde zorluk çekme, zaman kavramlarını karıştırma şeklinde belirtiler görülebilmektedir (Gümüş, 2015).

DEHB ile öğrenme güçlüğünün komorbid olarak ne kadar sıklıkta görüldüğü öğrenme güçlüğünün çeşitli tanımlarından dolayı tam olarak bilinmesi zordur. Rosemary Tannock ve Thomas Brown (2000), DEHB'li çocukların diğer çocuklara göre 2-3 kat daha çok okuma, yazma ve matematik gibi alanlarda öğrenme güçlüğünün olduğunu yapmış oldukları araştırma sonucunda ortaya çıkmıştır (Spodak ve Stefano, 2014).

Eş zamanlı görülebilen bu iki psikiyatrik bozukluğa sahip çocukların zekâ seviyeleri, zihinsel becerisi ve başarı düzeyleri diğer çocuklara göre daha düşük olduğu belirtilse de derslerine çalışmadığı için başarısız olan çocuklar ile



karıştırılmamalıdır. DEHB’li çocukta öğrenme güçlüğü’nün görülme olasılığı artarken öğrenme güçlüğü olan bir çocukta DEHB görülme olasılığı artmamaktadır (Semerci ve Turgay, 2017).

#### **2.15.4. Anksiyete (Kaygı) Bozuklukları**

Anksiyete bozuklukları DEHB’li çocuklarda %25-30 oranında birlikte görülen psikiyatrik bozukluklardan biridir. Psikososyal ve akademik problemlerden dolayı DEHB ile birlikte anksiyete bozuklukları görülebilmektedir. Kişinin yaşantısında sıkıntı ve problemlere neden olan aşırı derecede korku veya endişe duyguları ile anksiyete bozuklukları ortaya çıkmaktadır (Gümüş, 2015). Greg (2009), DEHB’li ergenlerin bu bozukluğa sahip olmayan ergenlere göre üç kat daha çok kaygılı olduklarını belirtmiştir (Spodak ve Stefano, 2014).

Anksiyete bozuklukları dikkat eksikliğinin ön planda olduğu DEHB alt tipinde daha fazla ortaya çıkmaktadır. Bu iki bozukluğun birlikte görüldüğü kişilerde DEHB tedavi yöntemi anksiyete bozukluğunun iyiye gitmesinde de etkili olduğu belirtilmiştir (Semerci ve Turgay, 2017).

DEHB’li çocuklarda dikkat problemleri ve aceleci davranışlarından dolayı hata yapma ihtimalleri de yüksek olduğu için yapması gereken işleri, sorumlulukları yerine getiremezler bu nedenle de sürekli bir tedirginlik içerisinde olup kaygı yaşarlar (Ercan, 2018).

Kaygı durumu kronik bir şekilde devam eden kişilerde hiperaktivite semptomları yükselirken, aynı şekilde hiperaktif ergenlerde de diğerlerine göre kaygı bozukluğu görülme ihtimali daha yüksek olarak ortaya çıkmaktadır. Amerika’da yapılan bir araştırmaya göre DEHB’ye en fazla eşlik eden psikiyatrik bozukluk %40 oranı ile kaygı bozukluğu olarak belirtilmiştir (Abalı, 2015).

## 2.16. İlgili Araştırmalar

### 2.16.1. Ulusal Araştırmalar

Durmaz (2017), antisosyal kişilik bozukluğuna sahip intihara teşebbüs durumu olan kişilerde bağımlılık şiddeti ölçeğindeki tanı alt ölçeği ve erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite ölçeğindeki aşırı hareketlilik ve impulsivite alt ölçeği yüksek olarak bulunmuştur. Bağımlılık şiddeti orta ve yüksek olan kişilerde dikkat eksikliği ortalaması, hiperaktivite/impulsivite ortalaması ve toplam DEHB ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Durmaz, 2017). akır ve arkadaşları (2014), madde kullanım bozukluğu olan kişilerde diğerlerine göre genel DEHB belirtileri ve aşırı hareketlilik belirtisi daha yüksek ve anlamlı olarak bulunmuştur (akır ve ark., 2014).

Ercan ve arkadaşları (2003), alkol veya madde bağımlılığı tedavisinde DEHB'nin tedaviyi negatif yönde etkilediği ve tedavi sonrası tekrardan ortaya çıkarabileceği belirtilmekle birlikte, DEHB'nin tedavisinin gerçekleştirilmemesi sonucunda daha sonraki dönemlerde alkol veya madde bağımlılığının ortaya çıkması durumunun fazla olduğu belirtilmiştir (Etik ve ark., 2008).

Eren ve arkadaşları (2018), DEHB kanabis kullanımına bir yatkınlık etkeni olarak bu çalışmada desteklenmiştir (Eren ve ark., 2018).

Erişkin DEHB'ye sahip olan kişilerde eş tanılı olarak %20'sinde madde kullanım bozukluğu ve yaklaşık olarak %50-60 oranlarında nikotin bağımlılığı bulunmuştur. Tam tersi olarak, alkol, kokain veya eroin bağımlısı kişilerde %50 oranında DEHB saptanmıştır. DEHB'nin semptomlarından biri olan dürtüsellik ve fazla meraklı olma özelliği ergenlik çağındaki gençlerin birçoğunun alkol, sigara, esrar gibi çeşitli maddeleri deneme durumlarının oldukları belirtilmiştir (Tarhan ve Nurmedov, 2011).

Angelucci ve diğerleri (2007), eroin kullanımının öğrenme ve dikkat eksiklikleri, sinir sistemi bozuklukları ve bilişsel işleyişte bozulma gibi durumların meydana geldiğini belirtiyorlar (Butcher ve ark., 2013).

## 2.16.2. Uluslararası Araştırmalar

Levin ve arkadaşları (1999), ergen ve erişkin kişilerin katılımı ile gerçekleştirilen çalışmalarda DEHB'si olan kişilerin kontrol grubuna göre madde kötüye kullanımının daha yüksek oranda görüldüğünü belirtmişlerdir (akır ve ark., 2014).

Ohlmeier ve arkadaşları (2008), Almanya'da yapılan bir araştırma sonucuna göre madde kullanım bozukluğu olan kişilerin %65,5'inde erişkin DEHB semptomlarının sürdüğü belirtilmiştir (akır ve ark., 2014).

Carroll ve arkadaşları (1993), DEHB ve madde kullanım bozukluğunun birlikte çok fazla görüldüğünü belirtmişlerdir (nal ve ark., 2011).

Kessler ve arkadaşları (2006), DEHB'si olan erişkinler diğer erişkinlere madde kullanım bozukluğu veya madde bağımlılığı olma olasılığı daha yüksek şeklinde ifade edilmiştir (nal ve ark., 2011).

Riegler ve arkadaşları (2017), DEHB ile karakterize olan psikososyal ve davranışsal bozukluklar, madde kötüye kullanımında da belirgin bir şekilde grldğ belirtilmiştir. Yapılan alışma sonucunda erken yetişkinlik döneminde DEHB ile madde kullanım bozukluğu geliştirme eğilimi ile önemli ölçüde ilişkili olduğu belirtilmiştir. Skala ve Walter (2013), DEHB'li çocuklarda ve ergenlerde madde kullanım bozukluğu ve nikotin bağımlılığı geliştirme riski diğer çocuklara göre daha yüksek bulunmuştur (Riegler ve ark., 2017).

Molina ve arkadaşları (2018), DEHB'li grubun diğer karşılaştırma grubuna göre yetişkinlerde marihuana kullanımı ve günlük sigara içiciliğinin daha yaygın olduğunu bildirmişlerdir. Toplanan kayıtlar DEHB'li ergenlerin alkol, sigara, esrar ve yasadışı uyuşturucu kullanımı sonucunda daha erken madde kullanıcısı olduklarını ortaya çıkarmıştır. DEHB'li grupta erken ergenlik dönemindeki kişilerde alkol ve marihuana gibi yasadışı madde kullanımı biraz daha hızlı artmıştır. Erken madde kullanımı her iki grupta da yetişkinlerde daha hızlı ve fazla madde kullanımı olduğunu öngörmüşlerdir (Molina ve ark., 2018).

Oortmerssen ve arkadaşları (2017), madde kullanım bozukluğu ile birlikte DEHB tanısına sahip 127 yetişkinin katılımı ile gerçekleşen madde kullanım bozukluğu tedavi merkezinde belli aşamalardan geçmişlerdir. Giriş ve tekrar değerlendirme arasındaki ortalama süre 78 gün olarak belirtilmiştir. İkinci DEHB değerlendirmesinde, madde kullanımı temel tüketimi yaklaşık %50 düşmüştür. İlk DEHB tanısı konmuş 127 hastanın 121'i hala tekrar konulan tanıda DSM-IV yetişkin DEHB kriterlerini yerine getirmiştir. DEHB'nin alt tipi daha az istikrarlıdır. Her iki değerlendirme arasında çocukluk çağı ve yetişkin DEHB belirtilerinin sayısı konusunda iyi olmuştur. İkinci değerlendirme sırasında tamamen kesilmiş hasta alt gruplarındaki duyarlılık analizleri çok benzer sonuçlar vermiştir (Oortmerssen, 2017).

Vogel ve arkadaşları (2016), DEHB olan grup DEHB olmayan grup ile karşılaştırıldığında ağır derecede madde kullanımı ve artan alkol, tütün ve esrar olasılığını göstermiştir. Her iki grupta da alkol, tütün ve esrar kullanımının miktarı başlangıçtan 15 aylık izleme kadar sabit kaldı. DEHB'si olan grup DEHB'si olmayan grupla karşılaştırıldığında özellikle amfetaminlerde madde kullanımına başlama ihtimalinin daha fazla olduğu belirtilmiştir (Vogel ve ark., 2016).

Charach ve arkadaşları (2011), meta analiz çalışmaları çocukluk çağında DEHB olan kişilerin alkol, nikotin, esrar, kokain ve diğer yasadışı uyuşturucu bağımlılığı veya geç ergenlik ya da erken yetişkinlik döneminde bağımlılık geliştirme ihtimalinin daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (Vogel ve ark., 2016).

Kousha ve arkadaşları (2004), madde kullanımında ilk madde kullanım yaşının DEHB'si olan yetişkinler ile DEHB'si olmayanlar arasında farklılık olmadığı saptanmıştır. Ancak DEHB'li yetişkinlerin genç yaşta düzenli madde kullanımına başladığı ve madde bağımlılığı olasılığının daha yüksek olduğunu ve ilk kullanma ile kötüye kullanım veya bağımlılık teşhis yaşı arasında kısa aralıklar bulunduğunu bildirmiştir (Mihan ve ark., 2018).

Lugoboni ve arkadaşları (2017), eroine bağımlı hastalar arasında özellikle de en şiddetli bağımlılık biçiminden etkilenenler arasında yüksek oranda DEHB belirtileri bulunmuştur. Bu bireylerde daha yüksek işsizlik oranları, diğer eşlik eden

ruh sağlığı koşulları, ağır tütin kullanımı vardı. Young ve arkadaşları (2017), DEHB'si olan tedavi arayan madde kullanım bozukluğu hastalarında artan ilaç bağımlılığı karmaşıklılığı ve kronikliği kanıtlanmıştır (Lugoboni ve ark., 2017).



## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Modeli

Araştırmada ilişkisel tarama modeli uygulanmıştır. Bu modele uygun olarak madde bağımlılığı nedeniyle hastanede yatarak tedavi gören bireylerde DEHB belirtilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

#### 3.2. Evren ve Örneklem

Madde bağımlısı kişilerde DEHB belirtilerini incelemek amacıyla araştırmanın evrenini İstanbul'da bulunan özel bir vakıf hastanesindeki madde bağımlılığı servisinde yatan madde bağımlısı 100 erkek katılımcı tarafından oluşmaktadır. Katılımcıların tesadüfi örneklem yoluyla seçildiği ve kendi isteği ile gönüllü olarak katılmasıyla gerçekleştirilmiş olan bu çalışmadan önce tüm katılımcılara bilgilendirilmiş onam formu sözlü bir şekilde izah edilmiş, onam formunu okumak isteyen katılımcılara form okutulmuş ve özel kişisel bilgileri alınmamak üzere tüm katılımcıların imzalı onayları alınmıştır.

#### 3.3. Varsayım ve Sınırlılıklar

Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının çalışmanın amacına uygun ve yeterli olduğu varsayılarak katılımcılara uygulanmıştır. Çalışmaya katılan madde bağımlılarının ölçekleri doğru anlayarak dürüst bir şekilde cevap verdikleri varsayılmıştır.

Araştırmadan elde edilen veriler 100 madde bağımlısı katılımcının vermiş olduğu yanıtlar ile sınırlıdır. Madde bağımlısı katılımcıların veri toplama sırasında çabuk sıkılmaları ve sonlara doğru dikkatinin dağılması çalışmanın sınırlılıklarından biridir. Hastanede yatarak tedavi gören bazı madde bağımlısı kişilerin açıklama yapıp isim alınmayacağı belirtilmesine rağmen yürütülen çalışmanın kendilerini deşifre edeceği endişesi ile araştırmaya katılmak istememeleri sınırlılıklardan bir diğeridir.

### **3.4. Veri Toplama Araçları**

Araştırmada kullanılan veriler Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu (BAPİ-K), Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) ve araştırmacı tarafından hazırlanmış olan bir sosyodemografik veri formu aracılığıyla toplanmıştır.

#### **3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu**

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form ile örnekleme oluşturan katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, yaşadığı yer, meslek ve gelir durumu, madde ve madde bağımlılığı ile ilgili durumları gözden geçirilmiş ve kaydedilmiştir. Ek olarak kullandıkları madde(ler), düzenli olarak madde kullanmaya başlama yaşı, madde kullanım süresi, madde kullanımını nedeni ile alınan tedaviler, madde kullanımını nedeni ile ortaya çıkan problemler, denetimli serbestlik ve cezaevi yatışı gibi suç geçmişi ve ailede madde kullanımının olup olmadığı gibi bilgiler de bu formda gözden geçirilmiştir (EK-2).

#### **3.4.2. Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu (BAPİ-K)**

Katılımcıların bağımlılık şiddetini ölçmek amacıyla Kültegin Ögel, Cüneyt Evren, Figen Karadağ ve Defne Tamar Gürol (2012) tarafından 5 alt kategori ve 37 sorudan oluşan Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) ölçeği geliştirilmiştir. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları sonucunda BAPİ'nin geneli için Cronbach Alpha iç tutarlılık kat sayısı 0,89 ve alt boyutları için 0,63-0,86 arasında bulunmuştur (Ögel ve ark., 2012).

Bu araştırmada ise ölçeğin kısa formu olan Kültegin Ögel, Remzi Güneş, Ceren Koç, Serap Görücü ve Aslı Başabak (2015) tarafından geliştirilen Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu (BAPİ-Kısa) kullanılmıştır. BAPİ-Kısa ölçeği madde kullanım özellikleri/sıklıkları 12 madde, bağımlılık tanı ölçütleri 4 madde, madde kullanımının yaşamına etkisi 5 madde, kullanma isteği/şiddetli istek 1 madde ve madde kullanımını bırakmak için motivasyon ile ilgili 1 maddeden oluşan toplamda 5 alt ölçek ve 22 soru bulunmaktadır (Udum, 2018). Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları

sonucunda BAPİ-Kısa için Cronbach Alpha iç tutarlılık kat sayısı 0,89 ve alt boyutları için 0,66 ve 0,39 arasında bulunmuştur (Ögel ve ark., 2015).

BAPİ-Kısa formundaki maddelere verilen cevaplar 3 farklı seçenekten oluşmaktadır. Ölçekteki ilk madde alkol kullanımı ile ilgili olmakla birlikte cevap seçenekleri ‘hiç veya ayda 3 defadan fazla değil’, ‘haftada 1-5 kez’, ‘hemen hemen her gün’ şeklinde olup 0-2 puan arasında değerlendirilmektedir. Madde kullanım özelliği alt boyutunda yer alan 2. maddeden 11. maddeye kadar olan kısımdaki maddelerin cevap seçenekleri ‘hiçbir zaman’, ‘en az bir kez kullandım’, ‘üçten fazla kez’ şeklinde olup her bir madde 0-2 puan arasında değerlendirilmektedir. 11. maddeden sonraki cevaplar ‘hiçbir zaman’, ‘bazen’, ‘neredeysen her zaman’ şeklinde olup 0-2 puan arasında değerlendirilmektedir (İnhanlı, 2016).

BAPİ-Kısa formunda alınabilecek toplam puan 0-44 arasında olmak üzere, madde kullanım özellikleri alt ölçeğinde 0-22 puan arasında, bağımlılık tanı alt ölçeğinde 0-8 puan arasında, madde kullanımının yaşama etkisi 0-10 puan arasında, madde kullanma isteği/şiddetli istek alt ölçeğinde 0-2 puan ve madde kullanımını bırakmak için motivasyon alt ölçeğinde 0-2 puan arasında değerlendirilmektedir (İnhanlı, 2016) (EK-3).

### **3.4.3. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)**

Katılımcıların kendi ifade ettikleri DEHB semptomlarının belirlenmesi amacı ile Dünya Sağlık Örgütü adı altında Kessler ve arkadaşları (2005) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe’ye çevrilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Doğan ve arkadaşları (2009) tarafından gerçekleştirilmiştir (Taneri ve ark., 2016). Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları sonucunda ASRS’nin geneli için Cronbach Alpha iç tutarlılık kat sayısı 0,88 ve alt boyutlarına bakıldığında dikkat eksikliği için Cronbach Alpha katsayısı 0,82 ve hiperaktivite/dürtüsellik için Cronbach Alpha katsayısı 0,78 olarak bulunmuştur (Doğan ve ark., 2009).

Ölçek 9 soru dikkat eksikliği ve 9 soru hiperaktivite olmak üzere 2 alt ölçek ve 18 sorudan oluşmaktadır (Bilgin ve ark., 2015). Dikkat eksikliği soruları 1,2,3,4,7,8,9,10,11 numaralı sorulardan, hiperaktivite dürtüsellik soruları ise



5,6,12,13,14,15,16,17,18 numaralı soruları kapsamaktadır. Sorular belirtilerin son altı ay içerisinde ne kadar sıklıkla ortaya çıktığını saptamaktadır (Çiçikci, 2018). ASRS formundaki maddelere verilen cevaplar 5 farklı seçenekten oluşmaktadır. Yanıtlar 'asla' 0 puan, 'nadiren' 1 puan, 'bazen' 2 puan, 'sık' 3 puan ve 'çok sık' 4 puan olmak üzere her madde 0-4 puan arasında değerlendirilmektedir. Dikkat eksikliği ya da hiperaktivite/dürtüsellik alt ölçeklerinin herhangi birinden 24 ve üstünde puan alanların yüksek ihtimalle DEHB oldukları ve 0-16 arasında puan alanların ise DEHB olmadığı belirtilmiştir (Öyekçin ve Şahin, 2000) (EK-4).

### **3.5. Verilerin İstatiksel Analizi**

Verilerin analizi için SPSS programı kullanılmıştır. Örneklemdeki katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaşadığı yer, kim ile yaşadığı, mesleği, gelir düzeyi şimdiye kadar denemiş olduğu madde veya maddeler ile ilgili demografik bilgiler frekans ve yüzdeler halinde tablolara aktarılmıştır. Betimleyici istatistikler incelendikten sonra, değişkenler arası ilişkinin incelenmesi için ölçek ve alt ölçek puanları arasında Pearson korelasyon analizleri yapılmıştır. Madde bağımlılığının DEHB belirtileri üzerindeki etkisini yordamak amacıyla regresyon analizi yapılmıştır. Madde bağımlılığı ve DEHB puanlarının kullanılan maddeler, madde kullanımı ile ortaya çıkan problemler, yaşadığı yer, kimlerle yaşadığı ve yatarak yapılan tedavi sayısına göre farklılaşp farklılaşmadığını incelemek için bağımsız grup T-testi analizi kullanılmıştır. Madde bağımlılığı ve DEHB puanlarının yaş, güncel meslek durumu, aylık gelir düzeyi ve madde kullanmaya başlama yaşına göre farklılaşp farklılaşmadığını incelemek için One-Way ANOVA analizi kullanılmıştır.

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan madde bağımlılarının bağımlılık profil indeksi kısa formu (BAPİ-K), erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu kendi bildirim ölçeği (ASRS), alt ölçeklerden elde edilen bilgiler ve sosyodemografik veri formundan elde edilen verilerin istatistiki olarak değerlendirilmesiyle elde edilecek bulgulara yer verilecektir.

#### 4.1. Sosyodemografik Özelliklere Yönelik Bulgular

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ilişkin betimsel analizleri Tablo 4.1.'de verilmiştir.

**Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri**

Demografik Değişkenler	Gruplar	N	%
Cinsiyet	Kadın	0	0
	Erkek	100	100
	Toplam	100	100
Yaş	15-24	26	26
	25-34	58	58
	35-44	9	9
	45-54	7	7
	Toplam	100	100
Medeni Durum	Evli	37	37
	Bekar	60	60
	Boşanmış/Dul	3	3
	Toplam	100	100
Eğitim Düzeyi	İlkokul – 5 yıl	13	13
	İlköğretim – 8 yıl	30	30
	Lise	42	42
	Üniversite ve üzeri	15	15
	Toplam	100	100
Halen Yaşadığı Şehir	Büyükşehir	86	86
	İl	12	12
	İlçe	2	2
	Toplam	100	100
Halen Kim(ler)le Yaşamakta	Yalnız yaşıyor	7	7
	Aileyle	93	93
	Arkadaşlarıyla	0	0
	Toplam	100	100
Güncel meslek durumu	Çalışmıyor	28	28
	Düzenli bir işi var	58	58
	Düzensiz bir işi var	14	14
	Toplam	100	100
Aylık Gelir Düzeyi	1500 TL ve altı	11	11
	1500-2500 TL	29	29
	2500 TL ve üstü	60	60
	Toplam	100	100

Tablo 4.1’de görüldüğü gibi araştırmaya örneklemini oluşturan katılımcıların 100’ünü (%100) erkekler oluşturmaktadır. Araştırma örneklemini oluşturan katılımcıların 26’sı (%26) 15-24 yaş aralığını, 58’i (%58) 25-34 yaş aralığını, 9’u (%9) 35-44 yaş aralığını ve 7’si (%7) 45-54 yaş aralığında olduğu gözlemlenmiştir.

Araştırma örnekleminin medeni durum bilgilerine göre katılımcılardan 37’si (%37) evli, 60’ı (%60) bekâr ve 3’ü (%3) boşanmıştır. Toplam 100 kişinin 13’ü (%13) ilkokul mezunu, 30’u (%30) ilköğretim mezunu, 42’si (%42) lise mezunu ve 15’i (%15) üniversite ve üzeri mezundur. Katılımcıların 86’sı (%86) büyükşehir, 12’si (%12) il ve 2’si (%2) ilçede yaşamaktadır. 7’si (%7) yalnız yaşamakta, 93’ü (%93) aileyle yaşamaktadır. Katılımcıların 28’i (%28) çalışmıyor, 58’i (%58) düzenli bir işi var ve 14’ünün (%14) düzensiz bir işi vardır. 11’i (%11) 1500 TL ve altında gelir kazanırken, 29’u (%29) 1500-2500 TL arasında gelir kazanmakta ve 60’ı (%60) ise 2500 TL ve üstü gelir kazanmaktadır.

**Tablo 4.2. Katılımcıların Şimdiye Kadar En Az Bir Kez Denenmiş Olanlar da Dahil Kullanmış Oldukları Maddeler ile İlgili Özellikleri**

Madde Değişkenleri	Gruplar	N	%
Esrar	Var	92	92
	Yok	8	8
	Toplam	100	100
Sentetik Kanabis	Var	64	64
	Yok	36	36
	Toplam	100	100
Kokain	Var	70	70
	Yok	30	30
	Toplam	100	100
Ekstazi	Var	75	75
	Yok	25	25
	Toplam	100	100
Amfetamin	Var	14	14
	Yok	86	86
	Toplam	100	100
Metamfetamin	Var	49	49
	Yok	51	51
	Toplam	100	100
Halüsinojenler	Var	16	16
	Yok	84	84
	Toplam	100	100
Opiyatlar	Var	75	75
	Yok	25	25
	Toplam	100	100
Uçucu Maddeler	Var	29	29
	Yok	71	71
	Toplam	100	100
Kontrol tabi ilaçlar	Var	18	18
	Yok	82	82
	Toplam	100	100
Diğer	Var	14	14
	Yok	86	86
	Toplam	100	100

Tablo 4.2’de görüldüğü üzere, toplam 100 katılımcıdan 92’si (%92) esrar, 64’ü (%64) sentetik kanabis, 70’i (%70) kokain, 75’i (%75) ekstazi, 14’ü (%14) amfetamin, 49’u (%49) metamfetamin, 16’sı (%16) halüsinojenler, 75’i (%75) opiyatlar, 29’u (%29) uçucu maddeler, 18’i (%18) kontrole tabi ilaçlar ve 14’ü (%14) diğer maddeleri kullanmakta olduğu saptanmıştır.

**Tablo 4.3. Katılımcıların Madde Kullanımı ile İlgili Özellikleri**

Madde Kullanımı ile İlgili Değişkenler	Gruplar	N	%
Halen Kullanılan Madde	Eroin	64	64
	Kokain	13	13
	Bonzai	14	14
	Esrar	7	7
	Metamfetamin	1	1
	Ekstazi	1	1
	Toplam	100	100
Düzenli Olarak Madde Kullanmaya Başlama Yaşı	15-24	85	85
	25-34	11	11
	35-44	4	4
	Toplam	100	100
Ayaktan Yapılan Tedavi Sayısı	Hiç	50	50
	Bir kere	22	22
	Birden fazla	28	28
	Toplam	100	100
Yatarak Yapılan Tedavi Sayısı	Hiç	0	0
	Bir kere	33	33
	Birden fazla	67	67
	Toplam	100	100
Remisyon	Saat	16	16
	Gün	10	10
	Hafta	10	10
	Ay	41	41
	Sene	23	23
	Toplam	100	100
Akademik Başarısızlık	Var	29	29
	Yok	71	71
	Toplam	100	100
Mesleki Kayıplar	Var	69	69
	Yok	31	31
	Toplam	100	100
Evlilik Sorunları ve boşanma	Var	29	29
	Yok	71	71
	Toplam	100	100
Trafik Kazası	Var	27	27
	Yok	73	73
	Toplam	100	100
Saldırganlık, yıkıcı davranış	Var	32	32
	Yok	68	68
	Toplam	100	100
Maddi kayıplar, borçlanma	Var	63	63
	Yok	37	37
	Toplam	100	100

Fiziksel hastalık	Var	18	18
	Yok	82	82
	Toplam	100	100
Yasal sorunlar	Var	46	46
	Yok	54	54
	Toplam	100	100
Hakkında Alınmış Denetimli Serbestlik Tedbiri	Var	48	48
	Yok	52	52
	Toplam	100	100
Cezaevi Yatışı	Var	11	11
	Yok	89	89
	Toplam	100	100
Ailede Madde Kullanan Kişi(ler)	Var	43	43
	Yok	57	57
	Toplam	100	100
Ailede Madde Kullanan Kişiler	Hiç Kimse	57	57
	Kardeş	10	10
	Baba	0	0
	Anne	0	0
	Eş/Partner	0	0
	Diğer Akraba	33	33
	Toplam	100	100

Tablo 4.3'e göre, çalışmaya katılan 100 kişinin halen kullandığı maddenin içerisinde en çok karşılaştırılan maddenin eroin olduğu saptanmıştır. Toplam katılımcı sayısının 64'ü (%64) bu grupta iken, bunu 14 (%14) ile bonzai, ardından 13 (%13) ile kokain, ardından / (%7) ile esrar, 1 (%1) metamfetamin ve 1 (%1) ekstazi izlemiştir.

Araştırma örnekleminin düzenli olarak madde kullanmaya başlama yaşı bilgilerine göre katılımcıların 85'i (%85) 15-24 yaş aralığında, 11'i (%11) 25-34 yaş aralığında ve 4'ü (%4) 35-44 yaş aralığındadır. Madde bağımlısı olan katılımcıların ayaktan yapılan tedavi sayısına bakıldığında 50'si (%50) hiç, 22'si (%22) bir kere ve 28'si (%28) olarak bulunurken, yatarak yapılan tedavi sayısı 33'ü (%33) bir kere, 67'si (%67) birden fazla olarak bulunmuştur. Toplam 100 kişinin hiç madde kullanmadan durabildiği (temiz kalabildiği) en uzun süre yani remisyon süresine bakıldığında 16'sı (%16) saat olarak, 10'u (%10) gün olarak, 10'u (%10) hafta olarak, 41'i (%41) ay olarak ve 23'ü (%23) sene olarak kalabildiğini belirtmiştir.

Araştırmaya katılan toplam 100 katılımcıdan 29'u (%29) akademik başarısızlık yaşadığı, 69'u (%69) mesleki kayıp yaşadığı, 29'u (%29) evlilik sorunları ve boşanma yaşadığı, 27'si (%27) trafik kazası yaşadığı, 32'si (%32)

saldırıcılık, yıkıcı davranış yaşadığı, 63'ü (%63) maddi kayıplar, borçlanma yaşadığı, 18'i (%18) fiziksel hastalık yaşadığı, 46'sı (%46) yasal sorunlar yaşadığı saptanmıştır.

Araştırmadaki toplam 100 katılımcının 48'i (%48) hakkında alınmış denetimli serbestlik tedbiri, 11'inin (%11) cezaevi yatışı, 43'ünün (%43) ailesinde madde kullanan kişi veya kişiler vardır. Ailesinde madde kullanan kişilerin olduğunu belirten katılımcıların 10'u (%10) kardeşinin kullandığını, 33'ü (%33) kuzen, amca gibi diğer akrabalarının kullandığını belirtmiştir.

#### 4.2. Katılımcıların Ölçekler ve Alt Ölçeklerden Aldığı Puanlar

Katılımcıların bağımlılık şiddeti Bağımlılık Profil İndeksi – Kısa Formu (BAPİ-Kısa) ve DEHB belirtileri Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) ile ölçülmüştür. Çalışmada kullanılan ölçek ve alt ölçeklerden aldıkları puanlara ilişkin betimsel istatistikler Tablo 4.4'te verilmiştir.

**Tablo 4.4. Çalışmadaki Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Betimleyici İstatistikleri**

	N	Min.- Max.	Ort.	SS	Çarpıklık	Basıklık
<b>BAPİ-KISA</b>						
Kullanım Sıklığı	100	0-22	0,83	0,39	0,30	-0,42
Tanı	100	0-8	1,50	0,40	-0,38	-0,80
Yaşama Etkileri	100	0-10	1,80	0,34	-0,98	-0,02
Şiddetli İstek	100	0-2	2,00	0,81	-0,75	-1,06
Motivasyon	100	0-2	2,00	0,20	-10,00	100,00
Toplam Puan	100	0-10	7,66	1,30	-0,45	-0,34
<b>ASRS</b>						
Dikkat Eksikliği	100	0-36	14	6,13	0,03	-0,58
Hiperaktivite/dürtüsellik	100	0-36	19	5,24	0,08	0,20
Toplam Puan	100	0-72	32	9,81	-0,11	0,10

Tablo 4.4'teki verilere göre, araştırmada kullanılan BAPİ-Kısa toplam puan ortalamasının  $7,66 \pm 1,30$  olduğu saptanmıştır. BAPİ-Kısa alt ölçeklerinden madde kullanım sıklığı puan ortalaması  $0,83 \pm 0,39$ , tanı alt ölçeği puan ortalaması  $1,50 \pm 0,40$ , maddenin yaşama etkileri alt ölçeği puan ortalaması  $1,80 \pm 0,34$ 'tür. BAPİ-

Kısa formunda birer madde ile ölçülen madde kullanımı için şiddetli istek alt ölçeği puan ortalaması  $2,00 \pm 0,81$  ve motivasyon alt ölçeği puan ortalaması  $2,00 \pm 0,20$  olduğu saptanmıştır.

Toplam 100 kişilik örnekleme ASRS toplam puan ortalamasının  $32,00 \pm 9,81$  olduğu saptanmıştır. Dikkat eksikliği alt ölçeği ortalama puanı  $14,00 \pm 6,13$ , hiperaktivite/dürtüsellik alt ölçeği ortalama puanı  $19,00 \pm 5,24$  olduğu saptanmıştır.

### **4.3. Katılımcıların Ölçekler ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki**

Araştırmada katılımcıların ölçekler ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacıyla Pearson korelasyon analizi sonuçları Tablo 4.5'te verilmiştir.

**Tablo 4.5. Ölçekler ve Alt Ölçeklerinden Alınan Puanlar Arasındaki İlişkiye Ait Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları**

	Madde Kullanım Sıklığı	Tanı	Yaşama Etkisi	Şiddetli İstek	Motivasyon	BAPİ Puan	Dikkat Eksikliği	Hiperaktivite/Dürtüsellik
<b>BAPİ-Kısa</b>								
Madde Kullanım Sıklığı A.Ö.								
Tanı A.Ö.	0,181							
Yaşama Etkisi A.Ö.	0,256*	0,408**						
Şiddetli İstek A.Ö.	0,000	0,256*	0,115					
Motivasyon A.Ö.	0,059	0,013	0,204*	-0,080				
Toplam BAPİ Puan	0,435**	0,596**	0,567**	0,740**	0,180			
<b>ASRS</b>								
Dikkat Eksikliği A.Ö.	0,396**	0,355**	0,254*	-0,047	0,183	0,281**		
Hiperaktivite/Dürtüsellik A.Ö.	0,459**	0,187	0,263**	0,009	0,172	0,310**	0,500**	
Toplam ASRS Puan	0,486**	0,324**	0,256**	-0,019	0,206*	0,342**	0,889**	0,840**

\*\*p<0.01, \*p<0.05, BAPİ-Kısa: Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu, ASRS: Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, A.Ö.: Alt Ölçeği, Tabloda gösterilen tüm değerler, (r) değerleridir.



Tablo 4.5'e göre, BAPİ madde kullanım sıklığı alt ölçeği ile yaşama etkisi ( $r=.26$ ,  $p<.05$ ), Toplam BAPİ Puanı ( $r=.44$ ,  $p<.01$ ), dikkat eksikliği ( $r=.40$ ,  $p<.01$ ), hiperaktivite/dürtüsellik ( $r=.46$ ,  $p<.01$ ) alt ölçekleri ve Toplam ASRS Puanı ( $r=.49$ ,  $p<.01$ ) arasında pozitif yönde istatistiksel düzeyde anlamlı korelasyon saptanmıştır.

BAPİ tanı alt ölçeği ile yaşama etkisi ( $r=.41$ ,  $p<.01$ ), şiddetli istek ( $r=.25$ ,  $p<.05$ ), dikkat eksikliği ( $r=.36$ ,  $p<.01$ ) alt ölçekleri, Toplam BAPİ Puanı ( $r=.60$ ,  $p<.01$ ) ve Toplam ASRS Puanı ( $r=.33$ ,  $p<.01$ ) arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır.

BAPİ yaşama etkisi alt ölçeği ile motivasyon ( $r=.20$ ,  $p<.05$ ), dikkat eksikliği ( $r=.25$ ,  $p<.05$ ), hiperaktivite/dürtüsellik ( $r=.26$ ,  $p<.01$ ) alt ölçekleri, Toplam BAPİ Puanı ( $r=.57$ ,  $p<.01$ ) ve Toplam ASRS Puanı ( $r=.26$ ,  $p<.01$ ) arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır. BAPİ şiddetli istek alt ölçeği ve Toplam BAPİ Puanı ( $r=.74$ ,  $p<.05$ ) arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır. BAPİ motivasyon alt ölçeği ve Toplam ASRS Puanı ( $r=.21$ ,  $p<.05$ ) arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır.

Toplam BAPİ Puanı ile dikkat eksikliği ( $r=.28$ ,  $p<.01$ ), hiperaktivite/dürtüsellik ( $r=.31$ ,  $p<.01$ ) alt ölçekleri ve Toplam ASRS Puanı ( $r=.34$ ,  $p<.01$ ) arasında pozitif yönde istatistiksel düzeyde anlamlı korelasyon saptanmıştır.

ASRS dikkat eksikliği alt ölçeği ile hiperaktivite/dürtüsellik alt ölçeği ( $r=.50$ ,  $p<.01$ ) ve Toplam ASRS Puanı ( $r=.89$ ,  $p<.01$ ) arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır. Hiperaktivite/dürtüsellik alt ölçeği ve Toplam ASRS Puanı ( $r=.84$ ,  $p<.01$ ) arasında pozitif yönde istatistiksel düzeyde anlamlı korelasyon saptanmıştır.

#### **4.4. Bağımlılık Şiddetinin DEHB Değişkenini Yordamasına İlişkin Basit Regresyon Analizi Sonuçları**

Bağımlılık şiddetinin ve DEHB belirtileri arasındaki etkiyi ne derece yordadığını belirlemek amacı ile regresyon analizi uygulanmıştır.

**Tablo 4.6. Bağımlılık Şiddeti ile DEHB Belirtileri Arasındaki İlişki**

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Belirtileri								
Bağımlılık	B	SHB	B	T	P	R	R <sup>2</sup>	F
Şiddeti	2,59	0,72	0,34	3,61	0,00	0,34	0,12	13,01

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi, bağımlılık şiddeti ile DEHB belirtileri arasındaki ilişkiyi belirlemek için basit regresyon analizi yapılmıştır. Buna göre, bağımlılık şiddeti ve DEHB belirtileri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $F(1,98)=13,01$ ,  $p<.05$ ). Bağımlılık şiddeti DEHB belirtilerini %11 açıklamaktadır.

**Tablo 4.7. Bağımlılık Şiddeti ile Dikkat Eksikliği Belirtileri Arasındaki İlişki**

Dikkat Eksikliği Belirtileri								
Bağımlılık	B	SHB	$\beta$	t	P	R	R <sup>2</sup>	F
Şiddeti	0,46	0,28	0,28	2,90	0,01	0,28	0,08	8,41

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi, bağımlılık şiddeti ile dikkat eksikliği belirtileri arasındaki ilişkiyi belirlemek için basit regresyon analizi yapılmıştır. Buna göre, bağımlılık şiddeti ve dikkat eksikliği belirtileri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $F(1,98)=8,41$ ,  $p<.05$ ). Bağımlılık şiddeti dikkat eksikliği belirtilerini %7 açıklamaktadır.

**Tablo 4.8. Bağımlılık Şiddeti ile Hiperaktivite/Dürtüsellik Belirtileri Arasındaki İlişki**

Hiperaktivite/Dürtüsellik Belirtileri								
Bağımlılık	B	SHB	B	t	P	R	R <sup>2</sup>	F
Şiddeti	1,25	0,39	0,31	3,23	0,00	0,31	0,10	10,42

Tablo 4.8’e göre, bağımlılık şiddeti ile hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri arasındaki ilişkiyi belirlemek için basit regresyon analizi yapılmıştır. Buna göre, bağımlılık şiddeti ve hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri arasındaki ilişki istatistiksel

olarak anlamlı bulunmuştur ( $F(1,98)=10,42$ ,  $p<.05$ ). Bağımlılık şiddeti hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerini %9 açıklamaktadır.

#### 4.5. Madde Kullanım Özelliklerine Göre Gruplar Arasındaki Farklar

Çalışmaya katılan 100 madde bağımlısı kişinin şimdiye kadar kullanmış oldukları maddeler ve madde kullanımı ile ortaya çıkan durum değişkenlerinin bağımlılık şiddetini ve DEHB belirtileri ölçeklerinin puanlarına göre farklılaşp farklılaşmadığının incelenmesi için Bağımsız Örneklem t Testleri yapılmıştır.

**Tablo 4.9. Bağımlılık Şiddeti, DEHB Puanlarının Kullanılan Maddelere Göre Bağımsız Grup T-Testi Sonuçları**

		N	$\bar{x}$	SS	t	P
<b>Esrar Kullanımına Göre Gruplar</b>						
BAPİ-Kısa Puanları	Evet	92	7,62	1,19	3,54	,001
	Hayır	8	6,01	1,64		
BAPİ-Madde Kullanım Özelliği	Evet	92	0,94	0,37	8,12	,000
	Hayır	8	0,33	0,18		
BAPİ-Şiddetli İstek	Evet	92	1,41	0,79	2,27	,026
	Hayır	8	0,75	0,89		
<b>Sentetik Kanabis Kullanımına Göre</b>						
BAPİ-Kısa Puanları	Evet	64	7,70	1,15	2,26	,026
	Hayır	36	7,10	1,47		
BAPİ-Madde Kullanım Özelliği	Evet	64	1,05	0,36	6,12	,000
	Hayır	36	0,62	0,29		
ASRS Puanları	Evet	64	35,31	9,12	3,34	,001
	Hayır	36	28,81	9,73		
ASRS-Dikkat Eksikliği	Evet	64	15,36	5,83	2,89	,005
	Hayır	36	11,81	6,06		
ASRS-Hiperaktivite/Dürtüsellik	Evet	64	20,00	4,90	2,85	,005
	Hayır	36	17,00	5,34		
<b>Kokain Kullanımına Göre</b>						
BAPİ-Madde Kullanım Özelliği	Evet	70	1,01	0,38	6,00	,000
	Hayır	30	0,62	0,25		
<b>Ekstazi Kullanımına Göre</b>						
BAPİ-Kısa Puanları	Evet	75	7,65	1,22	2,18	,032
	Hayır	25	7,01	1,43		
BAPİ-Madde Kullanım Özelliği	Evet	75	1,01	0,35	6,15	,000
	Hayır	25	0,54	0,27		
ASRS Puanları	Evet	75	34,91	9,45	3,62	,000
	Hayır	25	27,16	8,66		
ASRS-Dikkat Eksikliği	Evet	75	15,04	6,13	2,81	,006
	Hayır	25	11,20	5,24		
ASRS-Hiperaktivite/Dürtüsellik	Evet	75	19,91	4,98	3,44	,001
	Hayır	25	15,96	4,97		
<b>Amfetamin Kullanımına Göre</b>						
BAPİ-Kısa Puanları	Evet	14	8,18	1,21	2,18	,032
	Hayır	86	7,38	1,29		
BAPİ-Madde Kullanım Özellikleri	Evet	14	1,23	0,35	3,61	,000
	Hayır	86	0,84	0,37		
ASRS-Hiperaktivite/Dürtüsellik	Evet	14	21,71	2,67	2,19	,001
	Hayır	86	18,47	5,42		

<b>Metamfetamin Kullanımına Göre</b>						
BAPİ-Kısa Puanları	Evet	49	7,90	1,05	3,28	,001
	Hayır	51	7,09	1,40		
BAPİ-Madde Kullanım Özellikleri	Evet	49	1,16	0,33	8,60	,000
	Hayır	51	0,65	0,27		
ASRS Puanları	Evet	49	36,88	8,88	4,22	,000
	Hayır	51	29,22	9,25		
ASRS-Dikkat Eksikliği	Evet	49	16,22	5,89	3,64	,000
	Hayır	51	12,02	5,67		
ASRS-Hiperaktivite/Dürtüsellik	Evet	49	20,71	4,33	3,55	,001
	Hayır	51	17,20	5,50		
<b>Halüsinojen Kullanımına Göre</b>						
BAPİ-Kısa Puanları	Evet	16	8,16	1,25	2,31	,023
	Hayır	84	7,36	1,28		
BAPİ-Madde Kullanım Özellikleri	Evet	16	1,29	0,39	4,82	,000
	Hayır	84	0,82	0,35		
ASRS Puanları	Evet	16	38,25	11,84	2,41	,018
	Hayır	84	31,96	9,11		
ASRS-Dikkat Eksikliği	Evet	16	16,94	6,62	2,07	,041
	Hayır	84	13,54	5,92		
ASRS-Hiperaktivite/Dürtüsellik	Evet	16	21,50	6,07	2,19	,031
	Hayır	84	18,43	4,96		
<b>Opiyat Kullanımına Göre</b>						
BAPİ-Madde Kullanım Özellikleri	Evet	75	0,95	0,41	3,04	,004
	Hayır	25	0,73	0,29		
<b>Uçucu Madde Kullanımına Göre</b>						
BAPİ-Kısa Puanları	Evet	29	8,27	1,04	4,12	,000
	Hayır	71	7,17	1,26		
BAPİ-Madde Kullanım Özellikleri	Evet	29	1,23	0,35	6,49	,000
	Hayır	71	0,76	0,32		
BAPİ-Yaşama Etkisi	Evet	29	1,82	0,25	2,93	,004
	Hayır	71	1,64	0,36		
ASRS Puanları	Evet	29	38,48	8,34	3,83	,000
	Hayır	71	30,72	9,51		
ASRS-Dikkat Eksikliği	Evet	29	17,00	5,25	3,18	,002
	Hayır	71	12,89	6,09		
ASRS-Hiperaktivite/Dürtüsellik	Evet	29	21,59	4,59	3,42	,001
	Hayır	71	17,83	5,12		
<b>Kontrol Tabi İlaçların Kullanımına Göre</b>						
BAPİ-Kısa Puanları	Evet	18	8,25	1,30		,006
	Hayır	82	7,32	1,25	2,81	
BAPİ-Madde Kullanım Özellikleri	Evet	18	1,27	0,33		,000
	Hayır	82	0,81	0,36	4,97	
BAPİ-Yaşama Etkisi	Evet	18	1,83	0,29		,004
	Hayır	82	1,66	0,34	2,00	
<b>Diğer Maddelerin Kullanımına Göre</b>						
BAPİ-Kısa Puanları	Evet	14	8,37	0,85	3,87	,001
	Hayır	86	7,34	1,31		
BAPİ-Madde Kullanım Özellikleri	Evet	14	1,13	0,37	2,49	,015
	Hayır	86	0,86	0,38		
BAPİ-Tanı	Evet	14	1,79	0,29	2,44	,016
	Hayır	86	1,51	0,40		
BAPİ-Yaşama Etkileri	Evet	14	1,89	0,19	3,62	,001
	Hayır	86	1,66	0,35		
ASRS Puanları	Evet	14	38,43	9,87	2,29	,024
	Hayır	86	32,08	9,57		
ASRS-Hiperaktivite/Dürtüsellik	Evet	14	21,71	5,57	2,19	,031
	Hayır	86	18,47	5,07		

Tablo 4.9’da görüldüğü gibi örneklem grubunu oluşturan bağımlılık şiddeti ve DEHB puanlarının kullanılan maddelere göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan bağımsız örneklem t-test analizi sonucu verilmiştir. Esrar kullanımı ile toplam BAPİ-Kısa puanları ( $t= 3,54$ ;  $p<.05$ ), BAPİ madde kullanım özelliği alt ölçeği ( $t=8,12$ ;  $p<.00$ ) ve BAPİ şiddetli istek alt ölçeği ( $t=2,27$ ;  $p<.03$ ) arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Esrar kullanan katılımcıların bağımlılık şiddeti, madde kullanım sıklığı ve madde kullanma isteği düzeyi esrar kullanmayan katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Sentetik kanabis kullanımı ile toplam BAPİ-Kısa puanları ( $t=2,26$ ;  $p<.05$ ), BAPİ madde kullanım özelliği alt ölçeği ( $t=6,12$ ;  $p<.05$ ), toplam ASRS puanları ( $t=3,34$ ;  $p<.05$ ), ASRS dikkat eksikliği alt ölçeği ( $t=2,89$ ;  $p<.05$ ) ve ASRS hiperaktivite/dürtüsellik alt ölçeği ( $t=2,85$ ;  $p<.05$ ) arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Sentetik kanabis kullanan katılımcıların bağımlılık şiddeti, madde kullanım sıklığı, dikkat eksikliği hiperaktivite, sadece dikkat eksikliği ve sadece hiperaktivite/dürtüsellik düzeyi sentetik kanabis kullanmayanların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Kokain kullanımı ve BAPİ madde kullanım özelliği alt ölçeği ( $t=6,00$ ;  $p<.05$ ) arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kokain kullanan katılımcıların madde kullanım sıklığı düzeyi kokain kullanmayan katılımcıların puanlarından anlamlı olarak daha yüksektir.

Ekstazi kullanımı ile toplam BAPİ-Kısa puanları ( $t=2,18$ ;  $p<.05$ ), BAPİ madde kullanım özelliği alt ölçeği ( $t=6,15$ ,  $p<.05$ ), toplam ASRS puanları ( $t=3,62$ ;  $p<.05$ ), ASRS dikkat eksikliği alt ölçeği ( $t=2,81$ ;  $p<.05$ ) ve ASRS hiperaktivite/dürtüsellik alt ölçeği ( $t=3,44$ ;  $p<.05$ ) arasındaki ilişki istatistiksel düzeyde anlamlı bulunmuştur. Ekstazi kullanan katılımcıların bağımlılık şiddeti, madde kullanım sıklığı, dikkat eksikliği hiperaktivite, sadece dikkat eksikliği ve sadece hiperaktivite /dürtüsellik düzeyleri ekstazi kullanmayan katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Amfetamin kullanımı ile toplam BAPİ-Kısa puanları ( $t=2,18$ ;  $p<.05$ ), BAPİ madde kullanım özelliği alt ölçeği ( $t=3,61$ ;  $p<.05$ ) ve ASRS hiperaktivite/dürtüsellik alt ölçeği ( $t=2,19$ ;  $p<.05$ ) arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Amfetamin kullanan katılımcıların bağımlılık şiddeti, madde kullanım sıklığı ve sadece hiperaktivite/dürtüsellik düzeyleri amfetamin kullanmayan katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Metamfetamin kullanımı ile toplam BAPİ-Kısa puanları ( $t=3,28$ ;  $p<.05$ ), BAPİ madde kullanım özellikleri alt ölçeği ( $t=8,60$ ;  $p<.05$ ), toplam ASRS puanları ( $t=4,22$ ;  $p<.05$ ), ASRS dikkat eksikliği alt ölçeği ( $t=3,64$ ;  $p<.05$ ) ve ASRS hiperaktivite/dürtüsellik alt ölçeği ( $t=3,55$ ;  $p<.05$ ) arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Metamfetamin kullanan katılımcıların bağımlılık şiddeti, madde kullanım sıklığı, dikkat eksikliği hiperaktivite, sadece dikkat eksikliği, sadece hiperaktivite/dürtüsellik düzeyleri metamfetamin kullanmayan katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Halüsinojen kullanımı ile toplam BAPİ-Kısa puanları ( $t=2,31$ ;  $p<.05$ ), BAPİ madde kullanım özellikleri alt ölçeği ( $t=4,82$ ;  $p<.05$ ), toplam ASRS puanları ( $t=2,41$ ;  $p<.05$ ), ASRS dikkat eksikliği alt ölçeği ( $t=2,07$ ;  $p<.05$ ) ve ASRS hiperaktivite/dürtüsellik alt ölçeği ( $t=2,19$ ;  $p<.05$ ) arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Halüsinojen kullanan katılımcıların bağımlılık şiddeti, madde kullanım sıklığı, dikkat eksikliği hiperaktivite, sadece dikkat eksikliği ve sadece hiperaktivite/dürtüsellik düzeyleri halüsinojen kullanmayan katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Opiyat kullanımı ve BAPİ madde kullanım özellikleri alt ölçeği ( $t=3,04$ ;  $p<.05$ ) arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Opiyat kullanan katılımcıların madde kullanım sıklığı opiyat kullanmayan katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Uçucu madde kullanımı ile toplam BAPİ-Kısa puanları ( $t=4,12$ ;  $p<.05$ ), BAPİ madde kullanım özellikleri alt ölçeği ( $t=6,49$ ;  $p<.05$ ), BAPİ yaşama etkisi alt ölçeği ( $t=2,93$ ;  $p<.05$ ), toplam ASRS puanları ( $t=3,83$ ;  $p<.05$ ), ASRS dikkat eksikliği alt ölçeği ( $t=3,18$ ;  $p<.05$ ) ve ASRS hiperaktivite/dürtüsellik alt ölçeği ( $t=3,42$ ;  $p<.05$ )

arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Uçucu madde kullanan katılımcıların bağımlılık şiddeti, madde kullanım sıklığı, yaşama etkisi, dikkat eksikliği hiperaktivite, sadece dikkat eksikliği ve sadece hiperaktivite/dürtüsellik düzeyleri uçucu madde kullanmayan katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Kontrole tabi ilaçların kullanımı ile toplam BAPİ-Kısa puanları ( $t=2,81$ ;  $p<.05$ ), BAPİ madde kullanım özelliği alt ölçeği ( $t=4,97$ ;  $p<.05$ ) ve BAPİ yaşama etkisi alt ölçeği ( $t=2,00$ ;  $p<.05$ ) arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kontrole tabi ilaç kullanan katılımcıların bağımlılık şiddeti, madde kullanım sıklığı ve yaşama etkisi düzeyleri kontrole tabi ilaç kullanmayan katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Diğer maddelerin kullanımı ile toplam BAPİ-Kısa puanları ( $t=3,87$ ;  $p<.05$ ), BAPİ madde kullanım özelliği alt ölçeği ( $t=2,49$ ;  $p<.05$ ), BAPİ tanı alt ölçeği ( $t=2,44$ ;  $p<.05$ ), BAPİ yaşama etkileri alt ölçeği ( $t=3,62$ ;  $p<.05$ ), toplam ASRS puanları ( $t=2,29$ ;  $p<.05$ ) ve ASRS hiperaktivite/dürtüsellik alt ölçeği ( $t=2,19$ ;  $p<.05$ ) arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Diğer maddeleri kullanan katılımcıların bağımlılık şiddeti, madde kullanım sıklığı, tanı, yaşama etkileri, dikkat eksikliği hiperaktivite ve sadece hiperaktivite/dürtüsellik düzeyleri diğer maddeleri kullanmayan katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

**Tablo 4.10. Bağımlılık Şiddeti, DEHB Puanlarının Madde Kullanımı Nedeni ile Ortaya Çıkan Problemlere Göre Bağımsız Grup T-Testi Sonuçları**

		N	$\bar{x}$	SS	t	P
<b>Mesleki Kayıplar Problemine Göre</b>						
BAPİ-Kısa Puanları	Evet	69	7,67	1,27	2,17	,033
	Hayır	31	7,07	1,29		
BAPİ-Tanı	Evet	69	1,61	0,42	2,31	,024
	Hayır	31	1,43	0,32		
BAPİ-Yaşama Etkileri	Evet	69	1,78	0,29	3,67	,001
	Hayır	31	1,50	0,38		
<b>Evlilik Sorunlarına Göre</b>						
BAPİ-Tanı	Evet	29	1,68	0,30	2,14	,035
	Hayır	71	1,50	0,42		
<b>Saldırganlık Yıkıcı Davranış Problemine Göre</b>						
BAPİ-Kısa Puanları	Evet	32	8,12	0,94	3,99	,000
	Hayır	68	7,19	1,34		
BAPİ-Madde Kullanım Özellikleri	Evet	32	1,07	0,39	3,20	,002
	Hayır	68	0,81	0,36		
BAPİ-Yaşama Etkileri	Evet	32	1,83	0,30	2,95	,004
	Hayır	68	1,62	0,34		
BAPİ-Şiddetli İstek	Evet	32	1,59	0,71	2,13	,037
	Hayır	68	1,25	0,84		
ASRS Puanları	Evet	32	38,09	6,50	4,46	,000
	Hayır	68	30,56	10,21		
ASRS-Dikkat Eksikliği	Evet	32	17,28	4,85	3,82	,000
	Hayır	68	12,57	6,12		
ASRS-Hiperaktivite/Dürtüsellik	Evet	32	20,91	3,74	2,68	,003
	Hayır	68	19,99	5,60		
<b>Maddi Kayıplar Borçlanma Problemine Göre</b>						
BAPİ-Tanı	Evet	63	1,63	0,38	2,59	,011
	Hayır	37	1,42	0,41		
BAPİ-Yaşama Etkisi	Evet	63	1,77	0,32	3,12	,002
	Hayır	37	1,56	0,34		
<b>Yasal Sorunlara Göre</b>						
BAPİ-Kısa Puanları	Evet	46	7,79	1,13	2,19	,031
	Hayır	54	7,23	1,38		
BAPİ-Madde Kullanım Özellikleri	Evet	46	0,98	0,40	2,11	,038
	Hayır	54	0,82	0,37		
BAPİ-Yaşama Etkisi	Evet	46	1,77	0,29	2,36	,020
	Hayır	54	1,62	0,37		
ASRS Puanları	Evet	46	35,80	9,32	2,75	,007
	Hayır	54	30,56	9,65		
ASRS-Dikkat Eksikliği	Evet	46	15,72	6,18	2,53	,013
	Hayır	54	12,69	5,78		
ASRS-Hiperaktivite/Dürtüsellik	Evet	46	20,09	4,75	2,09	,039
	Hayır	54	17,93	5,47		

Tablo 4.10'a göre, örneklem grubunu oluşturan bağımlılık şiddeti ve DEHB puanlarının madde kullanımı nedeni ile ortaya çıkan özelliklere göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan bağımsız örneklem t-test analizi



sonucu verilmiştir. Mesleki kayıplar problemleri ile toplam BAPİ-Kısa puanları ( $t=2,17$ ;  $p<.05$ ), BAPİ tanı alt ölçeği ( $t=2,31$ ;  $p<.05$ ) ve BAPİ yaşama etkileri alt ölçeği ( $t=3,67$ ;  $p<.05$ ) arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Mesleki kayıp problemi yaşayan madde bağımlısı katılımcıların bağımlılık şiddeti, tanı ve yaşama etkileri düzeyi mesleki kayıp problemi yaşamayan madde bağımlısı katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Evlilik sorunları ve toplam BAPİ-Kısa puanları ( $t=2,14$ ;  $p<.05$ ) arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Evlilik sorunları yaşayan madde bağımlısı katılımcıların bağımlılık şiddeti düzeyi evlilik sorunları yaşamayan madde bağımlısı katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Saldırganlık yıkıcı davranış problemi ile toplam BAPİ-Kısa puanları ( $t=3,99$ ;  $p<.05$ ), BAPİ madde kullanım özellikleri alt ölçekleri ( $t=3,20$ ;  $p<.05$ ), BAPİ yaşama etkileri alt ölçeği ( $t=2,95$ ;  $p<.05$ ), BAPİ kullanım isteği alt ölçeği ( $t=2,13$ ;  $p<.05$ ), toplam ASRS puanları ( $t=4,46$ ;  $p<.05$ ), ASRS dikkat eksikliği alt ölçeği ( $t=3,82$ ;  $p<.05$ ) ve ASRS hiperaktivite/dürtüsellik alt ölçeği ( $t=2,68$ ;  $p<.05$ ) arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Saldırganlık yıkıcı davranış problemi yaşayan madde bağımlısı katılımcıların bağımlılık şiddeti, madde kullanım sıklığı, yaşama etkileri, şiddetli istek, dikkat eksikliği hiperaktivite, sadece dikkat eksikliği ve sadece hiperaktivite/dürtüsellik düzeyi saldırganlık yıkıcı davranış problemi yaşamayan madde bağımlısı katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Maddi kayıplar borçlanma problemi ile BAPİ tanı alt ölçeği ( $t=2,59$ ,  $p<.05$ ) ve BAPİ yaşama etkisi alt ölçeği ( $t=3,12$ ;  $p<.05$ ) arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Maddi kayıplar borçlanma problemi yaşayan madde bağımlısı katılımcıların tanı ve yaşama etkisi düzeyi maddi kayıplar borçlanma problemi yaşamayan madde bağımlısı katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Yasal sorunlar ile toplam BAPİ puanları ( $t=2,19$ ;  $p<.05$ ), BAPİ madde kullanım özellikleri alt ölçeği ( $t=2,11$ ;  $p<.05$ ), BAPİ yaşama etkisi alt ölçeği ( $t=2,36$ ;  $p<.05$ ), toplam ASRS puanları ( $t=2,75$ ;  $p<.05$ ), ASRS dikkat eksikliği alt ölçeği

( $t=2,53$ ;  $p<.05$ ) ve ASRS hiperaktivite/dürtüsellik alt ölçeği ( $t=2,09$ ;  $p<.05$ ) arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yasal sorunlar yaşayan madde bağımlısı katılımcıların bağımlılık şiddeti, madde kullanım sıklığı, yaşama etkisi, dikkat eksikliği hiperaktivite, sadece dikkat eksikliği ve sadece hiperaktivite/dürtüsellik düzeyi yasal sorunlar yaşamayan madde bağımlısı katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

**Tablo 4.11. Bağımlılık Şiddeti, DEHB Puanlarının Yaşadığı Yer, Kimlerle Yaşadığı ve Yatarak Yapılan Tedavi Sayısına Göre Bağımsız Grup T-Testi Sonuçları**

		N	$\bar{x}$	SS	t	P
<b>Yaşadığı Yere Göre</b>						
ASRS Puanları	Büyükşehir	86	32,15	9,56	-2,10	,038
	İl	14	38,00	10,20		
ASRS-Dikkat Eksikliği	Büyükşehir	86	13,41	5,90	-2,82	,006
	İl	14	18,21	6,05		
<b>Kimlerle Yaşadığına Göre</b>						
BAPİ Yaşama Etkisi	Yalnız yaşıyor	7	1,83	0,14	1,11	,268
	Aileyle	93	1,68	0,35		
BAPİ Madde Kullanma İsteği	Yalnız yaşıyor	7	1,86	0,38	3,21	,008
	Aileyle	93	1,32	0,82		
<b>Yatarak Yapılan Tedavi Sayısına Göre</b>						
BAPİ Madde Kullanım Özelliği	Bir kere	33	0,74	0,36	-2,80	,006
	Birden fazla	67	0,97	0,39		
ASRS Puanları	Bir kere	33	28,76	10,07	-3,15	,002
	Birden fazla	67	35,04	9,05		
ASRS-Dikkat Eksikliği	Bir kere	33	11,09	5,83	-3,63	,000
	Birden fazla	67	15,55	5,76		

Tablo 4.11'e göre, örneklem grubunu oluşturan bağımlılık şiddeti ve DEHB puanlarının yaşadığı yer, kimlerle yaşadığı ve yatarak yapılan tedavi sayısına göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan bağımsız örneklem t-test analizi sonucu verilmiştir. Yaşadığı yer ile toplam ASRS puanları ( $t=-2,10$ ;  $p<.05$ ) ve ASRS dikkat eksikliği alt ölçeği ( $t=-2,82$ ;  $p<.05$ ) arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Büyükşehirde yaşayan katılımcıların DEHB ve sadece dikkat eksikliği belirtileri ilde yaşayan katılımcılara göre daha yüksektir.

Kimlerle yaşıyor olması ile BAPİ yaşama etkisi alt ölçeği ( $t=1,11$ ;  $p<.05$ ) ve BAPİ madde kullanma isteği alt ölçeği ( $t=3,21$ ;  $p<.05$ ) arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yalnız yaşayan katılımcıların şiddetli istek ve yaşama etkisi özelliği aileyle yaşayan katılımcılara göre daha yüksektir.

Yatarak yapılan tedavi sayısı ile BAPİ madde kullanım özelliği alt ölçeği ( $t=2,80$ ;  $p<.05$ ), toplam ASRS puanları ( $t=-3,15$ ;  $p<.05$ ) ve ASRS dikkat eksikliği alt ölçeği ( $t=-3,63$ ;  $p<.05$ ) arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Birden fazla yatarak tedavi gören katılımcıların madde kullanım sıklığı, DEHB ve sadece dikkat eksikliği belirtileri bir kere yatarak tedavi gören katılımcılara göre daha yüksektir.

**Tablo 4.12. Bağımlılık Şiddeti ve DEHB Puanlarının Yaş Değişkenine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları**

		Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	P
Bağımlılık Şiddeti	15-24 yaş aralığı	Gruplar arası	5,908	3	1,969	1,173	,324
	25-34 yaş aralığı						
	35-44 yaş aralığı	Grup içi	161,191	96	1,679		
	45-54 yaş aralığı						
BAPİ-Madde Kullanım Özellikleri	15-24 yaş aralığı	Gruplar arası	1,636	3	0,545	3,867	,012
	25-34 yaş aralığı						
	35-44 yaş aralığı	Grup içi	13,536	96	0,141		
	45-54 yaş aralığı						
BAPİ-Tanı Ölçütleri	15-24 yaş aralığı	Gruplar arası	0,631	3	0,210	1,335	,267
	25-34 yaş aralığı						
	35-44 yaş aralığı	Grup içi	15,119	96	0,157		
	45-54 yaş aralığı						
BAPİ-Yaşama Etkisi	15-24 yaş aralığı	Gruplar arası	0,177	3	0,059	0,499	,684
	25-34 yaş aralığı						
	35-44 yaş aralığı	Grup içi	11,373	96	0,118		
	45-54 yaş aralığı						
BAPİ-Madde Kullanma İsteği	15-24 yaş aralığı	Gruplar arası	1,253	3	0,418	0,628	,598
	25-34 yaş aralığı						
	35-44 yaş aralığı	Grup içi	63,787	96	0,664		
	45-54 yaş aralığı						
BAPİ-Motivasyon	15-24 yaş aralığı	Gruplar arası	0,029	3	0,010	0,236	,871
	25-34 yaş aralığı						
	35-44 yaş aralığı	Grup içi	3,931	96	0,041		
	45-54 yaş aralığı						
DEHB	15-24 yaş aralığı	Gruplar arası	673,221	3	224,407	2,433	,070
	25-34 yaş aralığı						
	35-44 yaş aralığı	Grup içi	8853,689	96	92,226		
	45-54 yaş aralığı						
DEHB-Dikkat Eksikliği	15-24 yaş aralığı	Gruplar arası	169,531	3	56,510	1,529	,212
	25-34 yaş aralığı						
	35-44 yaş aralığı	Grup içi	3547,829	96	36,957		
	45-54 yaş aralığı						
DEHB-Hiperaktivite/ Dürtüsellik	15-24 yaş aralığı	Gruplar arası	166,485	3	55,495	2,089	,107
	25-34 yaş aralığı						
	35-44 yaş aralığı	Grup içi	2550,875	96	26,572		
	45-54 yaş aralığı						

Tablo 4.12'ye göre, yaş aralıkları ile bağımlılık şiddeti ( $F(3,96)=1,173$ ,  $P > .05$ ), tanı alt ölçeği ( $F(3,96)=1,34$ ,  $p > .05$ ), yaşama etkisi alt ölçeği ( $F(3,96)=0,50$ ,  $p > .05$ ), madde kullanma isteği alt ölçeği ( $F(3,96)=0,63$ ,  $p > .05$ ), motivasyon alt ölçeği ( $F(3,96)=0,24$ ,  $p > .05$ ), dikkat eksikliği hiperaktivite ( $F(3,96)=2,43$ ,  $p > .05$ ), dikkat eksikliği alt ölçeği ( $F(3,96)=1,53$ ,  $p > .05$ ) ve hiperaktivite/dürtüsellik alt ölçeği ( $F(3,96)=2,09$ ,  $p > .05$ ) arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Yaş aralıkları ve madde kullanım özelliği alt ölçeği ( $F(3,96)=3,87$ ,  $p > .05$ ) arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

**Tablo 4.13. Yaş Değişkenine Göre BAPİ Madde Kullanım Özelliği Düzeyine İlişkin TUKEY Testi Karşılaştırılmasını Gösteren Dağılım**

	Yaş Aralığı	Ortalama Farkı	p
15-24 yaş aralığı	25-34 yaş aralığı	-,01813	,997
	35-44 yaş aralığı	,22293	,421
	45-54 yaş aralığı	,43590*	,038
25-34 yaş aralığı	15-24 yaş aralığı	,01813	,997
	35-44 yaş aralığı	,24106	,284
	45-54 yaş aralığı	,45402*	,017
35-44 yaş aralığı	15-24 yaş aralığı	-,22293	,421
	35-44 yaş aralığı	-,24106	,284
	45-54 yaş aralığı	,21296	,675
45-54 yaş aralığı	15-24 yaş aralığı	-,43590*	,038
	25-34 yaş aralığı	-,45402*	,017
	35-44 yaş aralığı	-,21296	,675

Tablo 4.13'de görüldüğü gibi örneklem grubunu oluşturan yaş değişkenine göre madde kullanım sıklığı düzeyine ilişkin tukey testi karşılaştırılmasını gösteren dağılım incelendiğinde; 45-54 yaş aralığındaki katılımcıların 15-24 yaş aralığı, 25-34 yaş aralığı ve 35-44 yaş aralığında yer alan katılımcılara göre madde kullanım sıklığı düzeyleri daha yüksek çıkmıştır.

**Tablo 4.14. Bağımlılık Şiddeti ve DEHB Puanlarının Güncel Meslek Durumu Değişkenine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları**

		Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	P
Bağımlılık Şiddeti	Çalışmıyor Düzenli bir işi var Düzensiz bir işi var	Gruplar arası	1,385	2	0,693	0,405	,668
		Grup içi	165,713	97	1,708		
BAPİ- Madde Kullanım Özellikleri	Çalışmıyor Düzenli bir işi var Düzensiz bir işi var	Gruplar arası	1,437	2	0,719	5,075	,008
		Grup içi	13,735	97	0,142		
BAPİ-Tanı Ölçütleri	Çalışmıyor Düzenli bir işi var Düzensiz bir işi var	Gruplar arası	0,323	2	0,161	1,015	,366
		Grup içi	15,427	97	0,159		
BAPİ- Yaşama Etkisi	Çalışmıyor Düzenli bir işi var Düzensiz bir işi var	Gruplar arası	0,159	2	0,080	0,678	,510
		Grup içi	11,391	97	0,117		
BAPİ- Madde Kullanma İsteği	Çalışmıyor Düzenli bir işi var Düzensiz bir işi var	Gruplar arası	0,222	2	0,111	0,166	,847
		Grup içi	64,818	97	0,668		
BAPİ- Motivasyon	Çalışmıyor Düzenli bir işi var Düzensiz bir işi var	Gruplar arası	0,246	2	0,123	3,208	,045
		Grup içi	3,714	97	0,038		
DEHB	Çalışmıyor Düzenli bir işi var Düzensiz bir işi var	Gruplar arası	251,612	2	125,806	1,316	,273
		Grup içi	9275,298	97	95,622		
DEHB- Dikkat Eksikliği	Çalışmıyor Düzenli bir işi var Düzensiz bir işi var	Gruplar arası	101,488	2	50,744	1,361	,261
		Grup içi	3615,872	97	37,277		
DEHB- Hiperaktivite/ Dürtüsellik	Çalışmıyor Düzenli bir işi var Düzensiz bir işi var	Gruplar arası	66,685	2	33,343	1,220	,300
		Grup içi	2650,675	97	27,327		

Tablo 4.14'e göre, güncel meslek durumu ile bağımlılık şiddeti ( $F(2,97)=0,41$ ,  $p > .05$ ), tanı alt ölçeği ( $F(2,97)=5,08$ ,  $p > .05$ ), yaşama etkisi alt ölçeği ( $F(2,97)=0,68$ ,  $p > .05$ ), madde kullanma isteği alt ölçeği ( $F(2,97)=0,17$ ,  $p > .05$ ), dikkat eksikliği hiperaktivite ( $F(2,97)=1,32$ ,  $p > .05$ ), dikkat eksikliği alt ölçeği ( $F(2,97)=1,36$ ,  $p > .05$ ) ve hiperaktivite alt ölçeği ( $F(2,97)=1,22$ ,  $p > .05$ ) arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Güncel meslek durumu ile madde kullanma özelliği alt ölçeği ( $F(2,97)=5,08$ ,  $p > .05$ ) ve motivasyon alt ölçeği ( $F(2,97)=3,21$ ,  $p > .05$ ) arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

**Tablo 4.15. Güncel Meslek Durumu Değişkenine Göre BAPİ Madde Kullanım Özelliği Düzeyine İlişkin TUKEY Testi Karşılaştırılmasını Gösteren Dağılım**

	Güncel Meslek Durumu	Ortalama Farkı	P
Çalışmıyor	Düzenli bir işi var	,06527	,732
	Düzensiz bir işi var	-,29167	,051
Düzenli bir işi var	Çalışmıyor	-,06527	,732
	Düzensiz bir işi var	-,35694*	,005
Düzensiz bir işi var	Çalışmıyor	,29167	,051
	Düzenli bir işi var	,35694*	,005

Tablo 4.15'de görüldüğü gibi örneklem grubunu oluşturan güncel meslek durumu değişkenine göre madde kullanım sıklığı düzeyine ilişkin tukey testi karşılaştırılmasını gösteren dağılım incelendiğinde; düzensiz bir işi olan katılımcıların düzenli bir işi olan ve çalışmayan katılımcılara göre madde kullanım sıklığı düzeyleri daha yüksek olarak saptanmıştır.

**Tablo 4.16. Bağımlılık Şiddeti ve DEHB Puanlarının Aylık Gelir Düzeyi Değişkenine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları**

		Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	P
Bağımlılık Şiddeti	1500 TL ve altı 1500TL-2500TL 2500 TL ve üstü	Gruplar arası	14,383	2	7,191	4,568	,013
		Grup içi	152,716	97	1,574		
BAPİ- Madde Kullanım Özellikleri	1500 TL ve altı 1500TL-2500TL 2500 TL ve üstü	Gruplar arası	1,111	2	0,556	3,833	,025
		Grup içi	14,061	97	0,145		
BAPİ-Tanı Ölçütleri	1500 TL ve altı 1500TL-2500TL 2500 TL ve üstü	Gruplar arası	0,914	2	0,457	2,988	,055
		Grup içi	14,836	97	0,153		
BAPİ- Yaşama Etkisi	1500 TL ve altı 1500TL-2500TL 2500 TL ve üstü	Gruplar arası	0,206	2	0,103	0,882	,417
		Grup içi	11,344	97	0,117		
BAPİ- Madde Kullanma İsteği	1500 TL ve altı 1500TL-2500TL 2500 TL ve üstü	Gruplar arası	1,732	2	0,886	1,327	,270
		Grup içi	63,308	97	0,653		
BAPİ- Motivasyon	1500 TL ve altı 1500TL-2500TL 2500 TL ve üstü	Gruplar arası	0,027	2	0,013	0,329	,721
		Grup içi	3,933	97	0,041		
DEHB	1500 TL ve altı 1500TL-2500TL 2500 TL ve üstü	Gruplar arası	334,576	2	167,288	1,765	,177
		Grup içi	9192,334	97	94,766		
DEHB- Dikkat Eksikliği	1500 TL ve altı 1500TL-2500TL 2500 TL ve üstü	Gruplar arası	87,026	2	43,513	1,163	,317
		Grup içi	3630,334	97	37,426		
DEHB- Hiperaktivite e/ Dürtüsellik	1500 TL ve altı 1500TL-2500TL 2500 TL ve üstü	Gruplar arası	84,878	2	42,439	1,564	,215
		Grup içi	2632,482	97	27,139		

Tablo 4.16'ya göre aylık gelir düzeyi ile tanı alt ölçeği ( $F(2,97)=2,99$ ,  $p > .05$ ), yaşama etkisi alt ölçeği ( $F(2,97)=0,88$ ,  $p > .05$ ), madde kullanma isteği alt ölçeği ( $F(2,97)=1,33$ ,  $p > .05$ ), motivasyon alt ölçeği ( $F(2,97)=0,33$ ,  $p > .05$ ), dikkat eksikliği hiperaktivite ( $F(2,97)=1,77$ ,  $p > .05$ ), dikkat eksikliği alt ölçeği ( $F(2,97)=1,16$ ,  $p > .05$ ) ve hiperaktivite alt ölçeği ( $F(2,97)=1,56$ ,  $p > .05$ ) arasındaki

ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Aylık gelir düzeyi ile bağımlılık şiddeti ( $F(2,97)=4,57$ ,  $p > .05$ ) ve madde kullanım özelliği alt ölçeği ( $F(2,97)=3,83$ ,  $p > .05$ ) arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

**Tablo 4.17. Aylık Gelir Düzeyi Değişkenine Göre Bağımlılık Şiddetine İlişkin TUKEY Testi Karşılaştırılmasını Gösteren Dağılım**

	Aylık Gelir Düzeyi	Ortalama Farkı	P
1500 TL ve altı	1500-2500 TL	1,33122*	,010
	2500 TL üstü	1,06714*	,029
1500-2500 TL	1500 TL ve altı	-1,33122*	,010
	2500 TL üstü	-,26409	,622
2500 TL üstü	1500 TL ve altı	-1,06714	,029
	1500-2500 TL	,26409	,622

Tablo 4.17’de görüldüğü gibi örneklem grubunu oluşturan aylık gelir düzeyi değişkenine göre bağımlılık şiddetine ilişkin tukey testi karşılaştırılmasını gösteren dağılım incelendiğinde; 1500 TL ve altı geliri olan katılımcıların 1500-2500 TL ve 2500 TL üstü gelir kazanan katılımcılara göre bağımlılık şiddeti daha yüksek olarak saptanmıştır.

**Tablo 4.18. Aylık Gelir Düzeyi Değişkenine Göre BAPİ Madde Kullanım Özelliğine İlişkin TUKEY Testi Karşılaştırılmasını Gösteren Dağılım**

	Aylık Gelir Düzeyi	Ortalama Farkı	P
1500 TL ve altı	1500-2500 TL	,37252*	,019
	2500 TL üstü	,28396	,064
1500-2500 TL	1500 TL ve altı	-,37252*	,019
	2500 TL üstü	-,08855	,561
2500 TL üstü	1500 TL ve altı	-,28396	,064
	1500-2500 TL	,08855	,561

Tablo 4.18’e göre örneklem grubunu oluşturan aylık gelir düzeyi değişkenine göre madde kullanım sıklığına ilişkin tukey testi karşılaştırılmasını gösteren dağılım incelendiğinde; 1500 TL ve altı geliri olan katılımcıların 1500-2500 TL ve 2500 TL üstü gelir kazanan katılımcılara göre madde kullanım sıklığı daha yüksek olarak saptanmıştır.



**Tablo 4.19. Bağımlılık Şiddeti ve DEHB Puanlarının Düzenli Olarak Madde Kullanmaya Başlama Yaşı Değişkenine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları**

		Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	P
Bağımlılık Şiddeti	15-24 yaş aralığı	Gruplar arası	7,953	2	3,976	2,424	,094
	25-34 yaş aralığı						
	35-44 yaş aralığı	Grup içi	159,146	97	1,641		
	45-54 yaş aralığı						
BAPİ-Madde Kullanım Özellikleri	15-24 yaş aralığı	Gruplar arası	1,462	2	0,731	5,174	,007
	25-34 yaş aralığı						
	35-44 yaş aralığı	Grup içi	13,709	97	0,141		
	45-54 yaş aralığı						
BAPİ-Tanı Ölçütleri	15-24 yaş aralığı	Gruplar arası	0,375	2	0,188	1,184	,310
	25-34 yaş aralığı						
	35-44 yaş aralığı	Grup içi	15,375	97	0,159		
	45-54 yaş aralığı						
BAPİ-Yaşama Etkisi	15-24 yaş aralığı	Gruplar arası	0,037	2	0,018	0,154	,857
	25-34 yaş aralığı						
	35-44 yaş aralığı	Grup içi	11,513	97	0,119		
	45-54 yaş aralığı						
BAPİ-Madde Kullanma İsteği	15-24 yaş aralığı	Gruplar arası	1,543	2	0,771	1,178	,312
	25-34 yaş aralığı						
	35-44 yaş aralığı	Grup içi	63,497	97	0,655		
	45-54 yaş aralığı						
BAPİ-Motivasyon	15-24 yaş aralığı	Gruplar arası	0,007	2	0,004	0,087	,917
	25-34 yaş aralığı						
	35-44 yaş aralığı	Grup içi	3,953	97	0,041		
	45-54 yaş aralığı						
DEHB	15-24 yaş aralığı	Gruplar arası	177,298	2	88,649	0,920	,402
	25-34 yaş aralığı						
	35-44 yaş aralığı	Grup içi	9349,612	97	96,388		
	45-54 yaş aralığı						
DEHB-Dikkat Eksikliği	15-24 yaş aralığı	Gruplar arası	97,205	2	48,602	1,302	,277
	25-34 yaş aralığı						
	35-44 yaş aralığı	Grup içi	3620,155	97	37,321		
	45-54 yaş aralığı						
DEHB-Hiperaktivite/ Dürtüsellik	15-24 yaş aralığı	Gruplar arası	25,147	2	12,574	0,453	,637
	25-34 yaş aralığı						
	35-44 yaş aralığı	Grup içi	2692,213	97	27,755		
	45-54 yaş aralığı						

Tablo 4.19’da görüldüğü üzere düzenli olarak madde kullanmaya başlama yaşı ile bağımlılık şiddeti ( $F(2,97)=2,42, p > .05$ ), tanı alt ölçeği ( $F(2,97)=1,18, p > .05$ ), yaşama etkisi alt ölçeği ( $F(2,97)=0,15, p > .05$ ), madde kullanma isteği alt ölçeği ( $F(2,97)=1,18, p > .05$ ), motivasyon alt ölçeği ( $F(2,97)=0,09, p > .05$ ), dikkat eksikliği hiperaktivite ( $F(2,97)=0,92, p > .05$ ), dikkat eksikliği alt ölçeği ( $F(2,97)=1,30, p > .05$ ) ve hiperaktivite alt ölçeği ( $F(2,97)=0,45, p > .05$ ) arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Düzenli olarak madde kullanmaya başlama yaşı ve madde kullanım özelliği ( $F(2,97)=5,17, p > .05$ ) arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

**Tablo 4.20. Düzenli Olarak Madde Kullanmaya Başlama Yaşı Değişkenine Göre BAPİ Madde Kullanım Özelliğine İlişkin TAMHANE Testi Karşılaştırılmasını Gösteren Dağılım**

	Düzenli Olarak Madde Kullanmaya Başlama Yaşı	Ortalama Farkı	P
15-24 yaş aralığı	25-34 yaş aralığı	,36275*	,043
	35-44 yaş aralığı	,25858*	,000
25-34 yaş aralığı	15-24 yaş aralığı	-,36275*	,043
	35-44 yaş aralığı	-,10417	,800
35-44 yaş aralığı	15-24 yaş aralığı	-,25858*	,000
	25-34 yaş aralığı	,10417	,800

Tablo 4.20’de görüldüğü gibi örneklem grubunu oluşturan düzenli olarak madde kullanmaya başlama yaşı değişkenine göre madde kullanım sıklığına ilişkin tamhane testi karşılaştırılmasını gösteren dağılım incelendiğinde; 15-24 yaş aralığındaki katılımcıların 25-34 yaş aralığı ve 35-44 yaş aralığındaki katılımcılara göre madde kullanım sıklığı daha yüksek çıkmıştır.

## BEŞİNCİ BÖLÜM

### TARTIŞMA

Araştırmada uygulanan ilişkiyel tarama modeline göre, madde bağımlılığı nedeniyle hastanede yatarak tedavi gören bireylerde DEHB belirtilerinin incelenmesi ve elde edilen verilerden yola çıkarak bağımlılık şiddeti ile DEHB arasındaki ilişkinin ortaya koyulması amaçlanmıştır.

Bu amaç doğrultusunda öncelikle bağımlılık şiddeti ve DEHB olmak üzere iki değişken arasındaki ilişki belirlenmeye çalışılmıştır. Çalışma sonucunda elde edilen verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesi yapıldığında, bağımlılık şiddeti ve dikkat DEHB belirtileri arasındaki ilişki ( $p<.05$ ); bağımlılık şiddeti ve dikkat eksikliği belirtileri arasındaki ilişki ( $p<.05$ ); bağımlılık şiddeti ve hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri arasındaki ilişki ( $p<.05$ ) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Daha önce yapılan araştırmalara bakıldığında, bu çalışmanın hipotezlerini destekleyen şekilde sonuçlar bulunmuştur.

Madde bağımlılığı ile DEHB belirtileri arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmalarda bu araştırmayı destekleyici nitelikte anlamlı farklılıklar bulunduğu görülmektedir. Bozkurt ve arkadaşları (2016), psikoaktif madde kullanım profili ile DEHB belirtileri arasında ilişki olduğunu belirtmişlerdir. Psikoaktif madde kullanım bozukluğu olan erişkinlerde %21-23 civarlarında DEHB tanısı konulurken,%12 civarlarında DEHB tanısı konulmamış olduğu belirtilmiştir (Durmaz, 2017). Schubiner ve arkadaşları (2000), madde kullanımını tedavi merkezinde 201 hastanın katılması ile gerçekleştirilen çalışma sonucunda katılımcıların %24'ünde erişkin DEHB bulunmuştur (Çakır ve ark., 2014). Biederman ve arkadaşları (1995), alkol ve madde bağımlılığı ile DEHB arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ifade etmiştir (Önal ve ark., 2011). Van de Glind ve arkadaşları (2014), madde bağımlısı kişilerde diğerlerine göre DEHB görülme sıklığı daha yüksek olduğu ve madde bağımlısı ergen ve yetişkinlerin %50'sinde yaşam boyu DEHB tanısı konulduğu bildirilmiştir (Riegler ve ark., 2017). Son zamanlarda yapılan meta-analizlerde, madde kullanım bozukluğu hastalarında DEHB'nin genel yaygınlığı tanı aracı ve kötüye kullanım

maddesinden etkilenen değişiklikler ile birlikte %23.1 olarak ifade edilmiştir (Luo ve Levin, 2017).

Van de Glind ve arkadaşları (2014), madde kullanım bozukluğu hastalarını araştıran 3558 tedavi arasında yapılan uluslararası birçok merkezli çalışma, DEHB yaygınlığının madde türü ve ülke ile ilişkili olduğunu ve alkole göre madde kullanan kişilerde DEHB'nin daha yaygın görüldüğü bildirilmiştir (Oortmerssen ve ark., 2017). Oortmerssen ve arkadaşları (2017), aktif olarak madde kullanan madde bağımlılarının tedavisi sırasında erişkin DEHB tanısının, uzun süre azaltılmış madde kullanımı sırasında yapılan ikinci tanı görüşmesinde DEHB'nin varlığı için geçerli bir gösterge olduğunu bildirmişlerdir. Zaman içerisinde tanısız ve belirti açısından yüksek stabilite bulunurken, aynı popülasyonda DEHB'nin alt tipleri daha az stabil bulunmuştur (Oortmerssen ve ark., 2017).

Charach ve arkadaşları (2011), DEHB olan bireylerin madde kullanım bozuklukları ve nikotin bağımlılığı geliştirme riskinin arttığını göstermiştir (Groenman ve ark., 2015).

Young ve arkadaşları (2015), 16 tane Avustralya ve uyuşturucu merkezinden 489 erişkinin katılımı sonucunda toplamda 215 hasta eşzamanlı erişkin DEHB ve madde kullanım bozukluğu açısından pozitif olarak tarandı. DEHB tarama durumu ile mevcut amfetamin madde kullanım bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. DEHB'si pozitif olan hastaların amfetamin ve ağır alkol kullanımı için madde kullanım bozukluğu öyküsünü bildirmesi daha anlamlıydı. Ayrıca benzodiazepin ve amfetamin madde kullanımında süre 3-4 yıl gibi orta düzeyde ve alkol, opiyatlar, eroin, metadon ve amfetamin gibi madde kullanımında süre 5 yıl ve fazlası gibi uzun bir şekilde sürelerde belirgin bir artış riski bulunmuştur. Sonuç olarak DEHB'si pozitif olan kişilerin özellikle amfetamin, alkol, eroin veya metadon dışındaki opiyatlar ve benzodiazepinler için tedavi arayan DEHB'si pozitif olan madde kullanım bozukluğu olan hastaların karmaşık ve kronik bir şekilde ilaç bağımlılığının arttığına dair kanıt olduğu belirtilmiştir (Young ve ark., 2015).

Mihan ve arkadaşları (2018), çalışmaya katılan 134 metamfetamin kullanıcılarının %10.4'ünün yetişkin DEHB olduğu tespit edildi. Yetişkin DEHB, erkek metamfetamin kullanıcılarına göre kadın metamfetamin kullanıcıları arasında daha yaygındı. Hiperaktif-impulsivite ve birleştirilmiş tip DEHB, dikkatsiz tipten daha yaygındı. Sedatif-hipnotik kullanım yetişkin DEHB'si olan kişilerde anlamlı olarak daha yüksek iken, opiyatlar ve esrar maddeleri yatarak tedavi gören ve ayaktan tedavi görenler olarak iki grup tarafından en çok kötüye kullanılan ilaçlar olarak bulunmuştur. Maddeden kaynaklı ruh hali bozukluğu yatarak tedavi gören ve ayaktan tedavi görenler olarak iki grupta da sık görülen komorbid bir şekilde çok yaygın görülmüştür ve DEHB'li kişilerde daha yüksek çıkmıştır. Yetişkin DEHB'si olan metamfetamin kullanıcıları yaşam kalitesi ve global fonksiyonel skorların değerlendirilmesi yetişkin DEHB'si olmayan metamfetamin kullanıcılarına göre anlamlı olarak düşük ve metamfetamin kullanım süresi daha fazla olarak bulunmuştur (Mihan ve ark., 112).

Arabgol ve arkadaşları (2004), yetişkin DEHB yaygınlık oranının metamfetamin kullanıcıları arasında %10.4 kadar yüksek olduğunu saptamışlardır. Bu oran İran genel nüfusuna göre 3 kat daha yüksekti ve İranlı üniversite öğrencilerinin %3.7'sine yetişkin DEHB tanısı konulduğunu göstermiştir (Mihan ve ark., 2018).

Lugoboni ve arkadaşları (2017), çalışmaya katılımcı olarak katılan 1057 eroin bağımlısı hastaların %19.4'ü eşzamanlı olarak erişkin DEHB belirtileri durumu pozitif olarak tarandı. DEHB belirtileri olan hastaların sigara içme olasılığı daha yüksekti. Metadon kullanan hastalar burprenorfin ile karşılaştırıldığında daha yüksek oranda DEHB belirtileri durumuna sahipti. Psikoaktif ilaçlar verilen bu ilaçlar verilen bu kişilerin DEHB belirtileri gösterme olasılığı daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Lugoboni ve ark., 2017).

Bonvicini ve arkadaşları (2016), maddeye bağımlı hastalar arasında DEHB belirtilerinin durumunun görülme sıklığı, önceki araştırmalarda bildirilen genel popülasyondaki erişkin DEHB tanısı ile karşılaştırıldığında anlamlı derecede yüksek olarak saptanmıştır (Lugoboni ve ark., 2017).

Oortmerssen ve arkadaşları (2013), madde kullanım bozukluğuna sahip kişilerin %13.9'unda erişkin DEHB grldğ belirtilmiştir. Van de Glind ve arkadaşları (2013), DEHB madde kullanım bozukluğu olan hastalarda yüksek oranda eşlik eden bir hastalıktır (Oortmerssen ve ark., 2013).

Ganesh ve arkadaşları (2017), madde kullanım bozukluğu olan 240 hasta içinde 135'i (%56,25) muhtemel DEHB için pozitif, 52'si (%21,7) yüksek olasılıkla DEHB için pozitif gözlenmiştir (Ganesh ve ark., 2017).

Carpentier ve arkadaşları (2011), DEHB ve bağımlılık bozuklukları arasındaki bağlantılar, madde bağımlılarında yüksek oranda DEHB grlme sıklığı gösterdiği belirtilmiştir. Biederman ve arkadaşları (1998), diğer psikiyatrik koşullardan bağımsız olabilecek DEHB hastalarında artan bir madde kullanım bozukluğu riski olduğunu bildirmişlerdir. Carroll ve Rounsaville (1993), DEHB yks olan yetişkinlerin DEHB'si olmayanlara kıyasla madde kullanım bozukluğu geliştirme riskinin iki kat daha fazla ortaya çıkma durumu vardır (Fatseas ve ark., 2016).

Charach ve arkadaşları (2011), DEHB olan çocuklar, ergenlik ve erişkinlik döneminde madde kullanım bozukluğu ve nikotin kullanma riskinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Arias ve arkadaşları (2008), madde kullanım bozukluğu olan ergenlerin ve erişkinlerin yüzde beş ila elli oranında DEHB olduğu tahmin edilmektedir (Dalsgaard ve ark., 2014).

Desai ve arkadaşları (2017), DEHB'nin grlme sıklığı erken başlangıçlı alkol bağımlılığı sendromu olan kişilerde ve birinci derece akrabalarında anlamlı olarak daha yaygındı. DEHB ocuklarında, erken başlangıçlı alkol bağımlılığı sendromu gelişimi için %27,27 olarak yüksek risk saptamışlardır. Oortmerssen ve arkadaşları (2012), 29 çalışmanın yakın tarihli bir meta-analizi, madde kullanım bozukluklarında DEHB'nin grlme sıklığı yaklaşık olarak %23 oranında olduğu belirtilmiştir. Ganesh ve arkadaşları (2017), Hindistan'da bir tedavi merkezinde DEHB ve madde kullanım bozukluğunun birlikte eşzamanlı grlme oranlarının %21,7 civarında olduğu bildirilmiştir. Skoglund ve arkadaşları (2015), DEHB ile

madde kullanım bozukluğu arasında güçlü bir aile ilişkisi bulmuşlardır (Desai ve ark., 2017).

Tamburin ve arkadaşları (2017), benzodiazepin kullanıcısı elli üç hastanın erişkin DEHB taraması pozitif yönde çıkmıştır. Benzodiazepin kullanıcısı DEHB hastaları diğer benzodiazepin kullanıcısı DEHB'si olmayan hastalara göre anlamlı derecede daha fazla birçok madde bağımlılığı yaygınlığı göstermiştir (Tamburin ve ark., 2017).

Fatseas ve arkadaşları (2016), DEHB'nin geçmişi, daha önce başlamış bir bağımlılık başlangıcı, çoklu bağımlılık ve sınırda kişilik bozukluğu ile ilişkilendirilmiştir. Yetişkinlik döneminde DEHB'nin devam etmesi, daha yüksek birden fazla bağımlılık yaygınlığı ile ilişkiliydi. Bu çalışma, DEHB'li çocuklarda ve ergenlerde madde kullanımı ya da davranışsal bağımlılık için önleyici müdahalelerin erken uygulanmasının gerekliliğini ve bağımlılık bozukluklarının tedavisinde DEHB'yi düşünmenin gerekliliğini belirtmektedir (Fatseas ve ark., 2016).

Biederman (2004) ve Latimer ve arkadaşları (2002), alkol ve madde bağımlılığı ile DEHB'nin birlikte görülmesi erkeklerde daha sık karşılaşılan bir durum olduğu bildirilmiştir (Etik ve ark., 2008).

Wallace ve arkadaşları (2016), çocukluk çağı hiperaktivite ve dürtüselliğin madde kullanımı ve yetişkinlikteki sorunları doğrudan etkilediğini ortaya koymuştur (Wallece ve ark., 2016).

Madde bağımlılığı-bağımlılık şiddeti ile hiperaktivite bozukluğu belirtileri arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmalarda bu araştırmayı destekleyici nitelikte istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar bulunduğu görülmektedir. Tomko ve arkadaşları (2016), alkol ve madde kullanımının dürtüsellik ile ilişkili olduğu ve dürtüselliğin DEHB ve bağımlılığın en temel semptomlarından biri olduğu belirtilmiştir (Durmaz, 2017). Durmaz (2017), bağımlılık ile DEHB'nin hiperaktivite alt boyutunun ilişkili olduğu belirtilmiştir. Dürtüsellik alt ölçeği puanı yüksek olan bireylerin bağımlılık şiddetinin yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca dürtüselliğin yanı sıra dikkat eksikliği

ve toplam DEHB belirtileri bağımlılık ile pozitif yönde ilişkili olduğu belirtilmiştir (Durmaz, 2017).

Düzenli olarak madde kullanmaya başlama yaşı özellikle 15-24 yaş aralığındaki katılımcıların ile madde kullanım sıklığı arasındaki anlamlı ilişki literatürdeki çalışmaların sonuçları ile benzer olduğu görülmektedir. Etik ve arkadaşları (2008), DEHB bulunan kişilerde diğerlerine göre alkole başlama ve düzenli olarak alkol kullanımına başlamanın ortalama yaşlarının daha küçük olduğu saptanmıştır. Erişkinlik döneminde DEHB bulunan kişilerin çocukluk döneminde de DEHB belirtilerinin anlamlı düzeyde yüksek olarak bulunmuştur (Etik ve ark., 2008). Abedi ve arkadaşları (2007), İran nüfusu arasında yapılan çalışmada ilk madde kullanım yaşının daha düşük olduğu ve yetişkin DEHB'si olan katılımcılara bağımlı olduğu bildirilmiştir (Mihan ve ark., 2018). Carroll ve Rounsaville (1993), erken madde kullanımına başlama, madde kullanım sonucunun daha kötü olması ve tedavide kalması daha az olası olduğunu bildirmişlerdir (Fatseas ve ark., 2016).

Yasal sorunlar yaşama durumu ile madde bağımlılığı ve DEHB arasında anlamlı sonuçlar bulunmuş ve daha önceki yapılan araştırmalar ile uyumlu olduğu görülmektedir. Roman-Ithier (2017), DEHB'si olan mahkumların ilk tutuklanma yaşı, şiddet içeren ve içermeyen suç ve yeniden suç işlenmesi ile ilişkilendirilmiştir. Şiddet içermeyen herhangi bir suçla ilgili madde kullanım bozukluğu ve diğer psikososyal eş değişkenler ile istatistiksel olarak açıklanmıştır (Riegler ve ark., 2017).

Ailesinde madde kullanımı olan kişilerin madde bağımlılığı ve DEHB olma durumu ile ilgili anlamlı sonuç bulunmamıştır. Literatürde ise araştırmanın sonucu destekleyen ve desteklemeyen sonuçlara rastlanılmıştır. Yule ve arkadaşları (2017), kalıtımın etkisi ile madde kullanım bozuklukları DEHB durumundan bağımsız olarak akrabalarda madde kullanım bozukluklarını arttırdığı ve akrabalarda alkol veya madde kullanımının özel bir durum olmadığı bildirilmiştir (Yule ve ark., 2017). Önal ve arkadaşları (2011), ailede anne, baba, kardeş gibi birinci ve ikinci dereceden akrabalarda madde kullanımı olması ve annede alkol kullanımının olması kişide DEHB durumunun olup olmaması fark etmeden madde kullanım oranı başka tanılara göre daha fazla olduğu bildirilmiştir (Önal ve ark., 2011).



Wilens ve arkadaşları (1994), alkol ve madde bağımlısı olan kişilerin çocuklarında DEHB belirtileri bulunurken, DEHB tanısı almış çocukların ailesinde madde bağımlılığı görüldüğü bildirilmiştir (Önal ve ark., 2011). Riegler ve arkadaşları (2017), DEHB'si olan kişilerde alkol, sigara ve madde kötüye kullanımı daha sık görüldüğü saptanmıştır. Ebeveynlerin alkol kötüye kullanımı sonucunda çocuklarda DEHB riski artmaktadır (Riegler ve ark., 2017).

Groenman ve arkadaşları (2015), daha önce DEHB ve madde kullanım bozuklukları veya nikotin bağımlıları ile ilişkili olduğu gösterilen hem serotonerjik hem de dopaminerjik risk genleri için genetik risk puanları oluşturulmuştur. Serotonin genetik risk skoru, alkol kullanım şiddetinin ve madde kullanım bozukluklarını anlamlı şekilde tahmin etti. DEHB'li ergenlerde serotonin genetik risk skoru, alkol kullanım şiddetinin önemli bir belirleyicisidir. Dopamin risk skoru ise alkol kullanım şiddetinin ve nikotin bağımlılığını anlamlı bir şekilde tahmin ettiği sonucu bulunmuştur (Groenman ve ark., 2015).

Farokhzadi ve arkadaşları (2012), DEHB'li çocukların ebeveynlerinde madde bağımlılığının %21 oranında daha yaygın olduğu ve DEHB'li çocukların ebeveynlerinin normal çocukların ebeveynlerinin geçmişine göre %2'sinde DEHB, %9'unda dikkat eksikliği bozukluğu ve %1'inde hiperaktivite bozukluğunun daha fazla olduğu belirtilmiştir. Bu nedenle, DEHB'li bireylerin ailelerinde DEHB geçmişi olanların madde bağımlılığının yüksek düzeyde görülme sıklığının genetik faktörünün etkisinin olma olasılığını göstermektedir. Ayrıca, DEHB'li çocukların ebeveynleri daha fazla madde bağımlılığı ve geçmişlerinde DEHB öyküsü olduğunu göstermektedir (Frokhzadi ve ark., 2012).

## YORUMLAR VE ÖNERİLER

Günümüzde giderek yaygınlaşan madde bağımlılığı insanlar için ciddi bir problem haline gelmektedir. Madde bağımlılığına birçok durum neden olabilmektedir. Ailede madde kullanımının olması ve bu ortamın içerisinde bulunulması, bireyin yaşadığı çevrede madde kullanımının ve satışının olması, çevredeki diğer bireyler tarafından madde kullanımının normal karşılanması, madde kullanımının özendirilmesi ve teşvik edilmesi, işte ya da okulda problem yaşanması, aile ile çatışmaların olması, maddi problemler yaşanması ve bunun gibi birçok durumdan dolayı madde kullanımına başlanabilmektedir.

Hayat şartlarının zorlaşması ile insanlar birçok zorlukla karşı karşıya kalmakta ve kendilerini rahatlatmak için yollar aramaktadırlar. Sorunlarla mücadele ederek baş etmeye çalışmak yerine, bireyler madde kullanarak geçici bir şekilde kendilerini rahatlatmayı tercih etmektedirler. Bundan dolayı da, dünyada madde bağımlılığı hızla artmaktadır.

Dünyada oldukça yaygın bir şekilde görülen psikiyatrik hastalıklardan biri olan DEHB sadece çocukluk çağında görülmekle kalmayıp erişkinlik döneminde de yaygın olarak görülmektedir. DEHB çoğunlukla genetik nedenlerden dolayı ortaya çıkmakla birlikte birçok hastalıkla komorbid olarak görülebilmektedir. Bunlardan biri de madde bağımlılığı olan kişilerde eş tanılı olarak DEHB özellikle hiperaktivite/impulsivite çok sık görülmektedir. Madde bağımlılığı olan kişilerde DEHB'nin tespit edilmesi örneğin nasıl bir tedavi yolunun izleneceği ile ilgili gibi hastaya birçok faydalı durum sağlayabilir.

Daha önce yapılan çalışmalar ve ortaya çıkan sonuçlar ışığında, madde bağımlılığı ve DEHB ile ilgili daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğu ve literatüre bu konu ile ilgili daha çok katkı yapılması gerektiği düşünülmektedir. Bundan sonra yapılacak olan çalışmalarda madde bağımlılığı ve dikkat eksikliği ve alt boyutlarının, farklı boyutları ile ayrıntılı araştırılmasının, oluşan belirsiz durumların daha detaylı ve anlaşılır bir şekilde ortaya konulmasında, aynı zamanda elde edilen sonuçların çok daha açıklayıcı olmasında katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

## KAYNAKÇA

- Abalı, O. (2015). *Hiperaktivite ve Dikkat Eksikliği*. İstanbul: Adeda Yayıncılık.
- Bilgin, T. S. (2015). *Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Hastalarında Emosyonel Disregülasyon ve İmpulsivite İlişkisi*. İzmir: Uzmanlık tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi.
- Brown, T. E. (2010). *Dikkat Eksikliği Bozukluğu*. Ankara: Odtü Yayıncılık.
- Butcher, J. N., Mineka, S., & Hooley, J. M. (2013). *Anormal Psikoloji*. İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Crosby, G., & Lippert, T. K. (2017). *Dönüşüm DEHB*. İstanbul: Sola Yayınları.
- Çakır, U., İnan, E. K., Şen, E. T., Karabulut, Ü., Tekeş, A. S., & Tanrıveri, A. (2014). Madde Kötüye Kullanım Öyküsü Olan Bireylerde Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Belirtilerinin Yaygınlığı. *Abant Medical Journal*, 3 (1), 62-66.
- Çiçikci, E. (2018). *Yatarak Tedavi Gören Alkol Kullanımı Bozukluğu Olan Erkek Hastalarda DEHB'nin Sosyal Anksiyete Bozukluğu ile İlişkisi ve Bu İlişki Üzerine Etkili Olabilecek Faktörler*. İstanbul: Uzmanlık tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
- Dalsgaard, S., Mortensen, P. B., Frydenberg, M., & Thomsen, P. H. (2014). ADHD, stimulant treatment in childhood and subsequent substance abuse in adulthood-A naturalistic long-term follow-up study. *Addictive Behavior*, 39, 325-328.
- Desai, M., Bandawar, M., Kandasamy, A., & Benegal, V. (2017). Family Loading and Morbidity Risk of Attention-deficit Hyperactivity Disorder in Patients with Alcohol-dependence Syndrome. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 39, 659-662.

- Doğan, S., Öncü, B., Varol-Saraçoğlu, G., & Küçüköncü, S. (2009). Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1.1): Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *10*, 77-87.
- Durmaz, O. (2017). The Relationship Between Harming Behavior and Substance Use Profile, and Attention Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms in Antisocial Personality Disorder. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, *30*, 194-201.
- Ercan, E. S. (2018). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu*. İstanbul: Doğan Egmont Yayıncılık.
- Ercan, E. S., & Aydın, C. (2000). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu*. İstanbul: Gendaş Yayınları.
- Eren, F., Gündüz, N., Dilbaz, N., Erzincan, E., & Turan, H. (2018). The relationship between anger control, suicide behavior, and ADHD among outpatients with cannabis use. *Anatolian Journal of Psychiatry*, *19* (2), 177-183.
- Etik, Ç., Taner, Y., Taner, E., & Arıkan, Z. (2008). Alkol Bağımlılığı Olan Erkek Hastalarda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. *Bağımlılık Dergisi*, *9*, 14-17.
- Farokhzadi, F., Mohammadi, M. R., Alipour, A., Rostami, R., & Dehestani, M. (2012). Substance Abuse Disorders in the Parents of ADHD Children, and Parents of Normal Children. *Acta Medica Iranica*, *50* (5), 319-327.
- Fatseas, M., Hurmic, H., Serre, F., Debrabant, R., Daulouede, J.-P., Denis, C., et al. (2016). Addiction severity pattern associated with adult and childhood Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in patients with addictions. *Psychiatry Research*, *246*, 656-662.
- Ganesh, S., Kandasamy, A., Sahayaraj, U. S., & Benegal, V. (2017). Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Patients with Substance Use Disorders: A

Study from Southern India. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 39 (1), 59-62.

Gövebakan, R., & Duyan, V. (2015). *Madde Bağımlılığı ve Aile*. İstanbul: Yeni İnsan Yayınevi.

Groenman, A. P., Greven, C. U., Donkelaar, M. M., Schellekens, A., Hulzen, K. J., Rommelse, N., et al. (2015). Dopamine and serotonin genetic risk scores predicting substance and nicotine use in attention deficit/hyperactivity disorder. *Addiction Biology*, 21, 915-923.

Gümüş, Y. Y. (2015). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuyla (DEHB) Nasıl Başa Çıkabilirim?* İstanbul: Nobel Yayıncılık.

İnhanlı, D. (2016). *Madde Kullanımı ile Çocukluk Örselenme Yaőantıları ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki*. İstanbul: Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi.

Karabekiroğlu, K. (2014). *Beni Hiç Anlamıyorsun*. İstanbul: Say Yayınları.

Kavakçı, Ö., Demirel, Y., Kuğu, N., Nur, N., & Doğan, O. (2011). Dikkat Eksikliği/Hiperaktivitenin, Dürtüsellik ve Obezite ile İlişkisi Üzerine Bir Çalışma. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 33, 413-420.

Konstenius, M., Leifman, A., Oortmerssen, K. v.-v., Glind, G. v., Franck, J., Moggi, F., et al. (2017). Childhood trauma exposure in substance use disorder patients with and without ADHD. *Addictive Behaviors*, 65, 118-124.

Kramer, G. P., Bernstein, D. A., & Phares, V. (2009). *Introduction to Clinical Psychology*. United States of America: Pearson Publishing.

Lugoboni, F., Levin, F. R., Pieri, M. C., Manfredini, M., Zamboni, L., Somaini, L., et al. (2017). Co-occurring Attention Deficit Hyperactivity Disorder symptoms in adults affected by heroin dependence: Patients characteristics and treatment needs. *Psychiatry Research*, 250, 210-216.

- Luo, S. X., & Levin, F. R. (2017). Towards Precision Addiction Treatment: New Findings in Co-morbid Substance Use and Attention-Deficit Hyperactivity Disorders. *Curr Psychiatry Rep*, 14-19.
- Mihan, R., Shahrivar, Z., Mahmoudi-Gharaei, J., Shakiba, A., & Hosseini, M. (2018). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Adults Using Metamphetamine: Does It Affect Comorbidity, Quality of Life, and Global Functioning? *Iran J Psychiatry*, 13 (2), 112-119.
- Molina, B. S., Howard, A. L., Swanson, J. M., Stehli, A., Mitchell, J. T., Kennedy, T. M., et al. (2018). Substance Use Through Adolescence into Early Adulthood After Childhood-Diagnosed ADHD: Findings From The MTA Longitudinal Study. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59 (6), 692-702.
- Morris, C. G., & Maisto, A. A. (2013). *Understanding Psychology*. United States of America: Pearson Publishing.
- Oortmerssen, K. v.-v., Glind, G. v., Koeter, M. W., Allsop, S., Aurlacombe, M., Barta, C., et al. (2013). Psychiatric comorbidity in treatment-seeking substance use disorder patients with and without attention deficit hyperactivity disorder: Results of the IASP study. *Addiction Research Report*, 109, 262-272.
- Oortmerssen, K. v.-v., Vedel, E., Kramer, F. J., Koeter, M. W., Schoevers, R. A., & Brink, W. v. (2017). Diagnosing ADHD during active substance use: Feasible or flawed? *Drug and Alcohol Dependence*, 180, 371-375.
- Ögel, K. (2002). *Türkiye'de Madde Bağımlılığı*. İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık.
- Ögel, K. (2005). *Sokaklar Tiner Kokuyor*. İstanbul: Yeniden Yayın.
- Ögel, K. (2015). *Bağımlı Aileleri için Rehber Kitap*. İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.
- Ögel, K. (2017). *Bağımlılık ve Tedavisi Temel Kitabı*. İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık.

- Ögel, K., Evren, C., Karadağ, F., & Gürol, D. T. (2012). Bağımlılık Profil İndeksi'nin (BAPİ) Geliştirilmesi, Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23, 1-10.
- Ögel, K., Güneş, R., Koç, C., Görücü, S., & Başabak, A. (2015). Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) Ölçeğinin Kısa Formunun Geliştirilmesi, Geçerlilik ve Güvenilirlik Araştırması. *Bağımlılık Dergisi*, 6 (4), 175-181.
- Ögel, K., Karadağ, F., Evren, C., & Gürol, C. T. (2012). *Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) Uygulama Rehberi*. İstanbul: Yeniden Yayınları.
- Ögel, K., Karalı, A., Tamar, D., & Çakmak, D. (1998). *Alkol ve Madde El Kitabı*. İstanbul, Bakırköy, Türkiye: Amatem, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi.
- Ögel, K., Koç, C., Başabak, A., Aksoy, A., & Karadayı, G. (2011). Bağımlılık Profil İndeksinin (BAPİ) Farklı Formlarının Psikometrik Özellikleri. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 21 (2), 151.
- Önal, A., Ögel, K., & Eke, C. (2011). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Belirtileri Bulunan Ergenlerde Madde Kullanımı ve Aile Özellikleri Üstüne Kesitsel Bir Çalışma. *Klinik Psikofarmoloji Bülteni*, 21 (3), 225-231.
- Öyekçin, D. G., & Şahin, E. M. (2000). Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna Birinci Basamak Yaklaşım. *The Journal of Turkish Family Physician*, 2 (4), 1-7.
- Öztürk, O., & Uluşahin, A. (2015). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Riegler, A., Völkl-Kernstock, S., Lesch, O., Walter, H., & Skala, K. (2017). Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Substance Abuse: An Investigation in Young Austrian Males. *Journal of Affective Disorders*, 217, 60-65.
- Semerci, B., & Turgay, A. (2017). *Bebeklikten Erişkinliğe Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu*. İstanbul: Alfa Yayıncılık.

- Spodak, R., & Stefano, K. (2014). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunu Kontrol Altına Alma*. İstanbul: Bilim Teknik Yayınevi.
- Şahin, M. (2016). *Bağımlılık ve Değişim*. İstanbul: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Şimşek, R. (2014). *Dikkat Eksikliği Tedavisinde Yeni Yaklaşımlar*. İstanbul: Nörokey Yayınevi.
- Tamburin, S., Federico, A., Morbioli, L., Faccini, M., Casari, R., Zamboni, L., et al. (2017). Screening for Adult Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in High-Dose Benzodiazepine Dependent Patient. *The American Journal on Addictions*, 26, 610-614.
- Taneri, P. E., Akış, N., & Sarandöl, A. (2016). Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Anksiyete ve Depresyon Belirtilerinin Sıklığı. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 42 (1), 23-27.
- Tarhan, N., & Nurmedov, S. (2011). *Bağımlılık-Sanal veya Gerçek Bağımlılıkla Başa Çıkma*. İstanbul: Timaş Yayınları.
- Tosun, M. (2008). Madde Bağımlılığına Genel Bakış. *İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri*, 62, 201-220.
- Udum, S. (2018). *Sıkıntıya dayanma ve esrar kullanımı arasındaki ilişkilerin incelenmesi*. Gaziantep: Yüksek lisans tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi.
- Uzbay, T. (2009). Madde Bağımlılığının Tarihçesi, Tanımı, Genel Bilgiler ve Bağımlılık Yapan Maddeler. *Türk Eczacıları Birliği Yayını/ Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*, 5-15.
- Vogel, T., Dom, G., Glind, G. v., Studer, J., Gmel, G., Strik, W., et al. (2016). Is attention deficit/hyperactivity disorder among men associated with initiation or escalation of substance use at 15-month follow-up? A longitudinal study involving young Swiss men. *Addiction Research Report*, 111, 1867-1878.



- Wallece, A., Ullsperger, J. M., & Nikolas, M. A. (2016). Do personality traits explain the association between childhood attention-deficit hyperactivity disorder symptoms and substance use and problems in young adults? *Personality and Individual Differences, 92*, 22-28.
- Yıldız, E. (2016). *Bağımlılık Terimleri Sözlüğü*. İstanbul: Truva Yayınları.
- Young, J. T., Carruthers, S., Kaye, S., Allsop, S., Gilsean, J., Degenhardt, L., et al. (2015). Comorbid attention deficit hyperactivity disorder and substance use disorder complexity and chronicity in treatment-seeking adults. *Drug and Alcohol Review, 34*, 683-693.
- Yule, A. M., Martelon, M., Faraone, S. V., Carrellas, N., Wilens, T. E., & Biederman, J. (2017). Examining the association between attention deficit hyperactivity disorder and substance use disorders: A familial risk analysis. *Journal of Psychiatric Research, 85*, 49-55.

## EKLER

### EK-1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Bu araştırma Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji yüksek lisans programında tez çalışması kapsamı altında madde bağımlılığı nedeniyle hastanede yatarak tedavi gören bireylerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtilerinin incelenmesi amacıyla hazırlanmıştır. Tüm uygulama süreci yaklaşık olarak 15 dakika olacaktır.

Uygulama süreci boyunca birtakım sorulara cevap vereceksiniz. Tüm yanıtlarınız ve bilgileriniz gizli tutulacaktır. Size bir katılımcı numarası verilecek ve sizin isminiz hiçbir test materyalinde kayıtlanmayacaktır.

Sizin katılımınız bu çalışma için yarar sağlayacaktır. Bu çalışmaya katılmış olmanızın hiçbir riski yoktur. Katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır ve her zaman için bu uygulamada katılımı devam ettirmemekte veya katılmayı reddetmekte özgürsünüz. Katılımınızla ilgili herhangi bir sorunuz olursa, sorularınızı memnuniyetle cevaplayacak olan araştırmacı ile iletişim kurabilirsiniz.

Araştırmanın amacını ve sürecini ve araştırmanın sürecinin içerdiği riskleri tamamıyla katılımcıya açıkladım. Bu söz konusu prosedür hakkında herhangi bir sorusunun olup olmadığını sordum, bu soruları en iyi şekilde cevaplamaya çalıştım.

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tarih

Uygulayıcının İmzası

Yukarıdaki formu okudum. Araştırmayı yürüten öğrenci benim hak ve sorumluluklarımı tamamıyla açıkladı ve bütün sorularıma yanıt verdi.

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tarih

Katılımcının İmzası

## EK-2. Sosyodemografik Veri Formu

Katılımcı No:

Adı ve Soyadının Baş Harfleri:

1. Cinsiyet:  Kadın  Erkek

2. Yaş: .....

3. Medeni Durum:  Evli  Bekar  Boşanmış /Dul

4. Eğitim Düzeyi:  Eğitimsiz  Okur-Yazar  İlkokul – 5 yıl  
 İlköğretim – 8 yıl  Lise  Üniversite ve üzeri

5. Halen Yaşadığı Yer:  Büyükşehir  İl  İlçe  Kasaba  Köy

6. Halen Kim(ler)le Yaşamaktadır:  Yalnız yaşıyor  Aileyle  
 Arkadaşlarıyla  Diğer (belirtiniz) .....

7. Meslek ve Gelir Durumu:

6a. Güncel mesleki durum:

Çalışmıyor  Düzenli bir işi var  Düzensiz bir işi var

6b. Aylık gelir düzeyi (2017 yılı asgari ücret yaklaşık 1500 TL):

1500 TL ve altı  1500 – 2500 TL  2500 TL üstü

**8. Şimdiye kadar kullanılan maddeler (en az bir kez denenmiş olanlar da dahil):**

- Esrar (Joint /Ot /Marihuana /Yaban otu /Kenevir /Haşış, Kubar, Skunk, Afgan macunu, vd.)
- Sentetik Kanabis (Bonzai /Jamaika vd.)     Kokain (Line /Coke /Kar, Taş/Crack)
- Ekstazi (Şeker /Hap /MDMA)     Amfetamin (Kaptagon, Ritalin, vd.)
- Metamfetamin (Kristal /Buz /Cam /Ice)     Halüsinojenler (LSD /Asit, Mantar, Melek tozu/PCP, vd.)
- Opiyatlar (Eroin /Peynir /Koreks, Subokson, Metadon, Afyon, Morfin, Kodein, vd.)
- Uçucu maddeler (Bali, Tiner, Uhu, Çakmak gazı, Soğutucu gazı, vd.)
- Kontrole tâbi ilaçlar (Xanax, Diazem, Rivotril, Roş vd.)
- Diğer (Maraş otu, G maddesi/GHB, Speed, Meskalin, Ketamin, Boru otu, Nitritler /Poppeers, vs...)

**9. Halen kullanılan madde/maddeler (hastaneye yatışta bildirilen ve/veya idrarda tespit edilen):**

.....  
.....

**10. Düzenli olarak madde kullanmaya başlama yaşı:** .....

**11. Düzenli olarak madde kullandığı süre:** .....

**12. Daha önce madde kullanımı nedeniyle yapılan tedaviler:**

**12a.** Ayaktan yapılan tedavi sayısı:  Hiç     Bir kere     Birden fazla

**12b.** Yatarak yapılan tedavi sayısı:  Hiç     Bir kere     Birden fazla

**13. Hiç madde kullanmadan durabildiği (temiz kalabildiği) en uzun süre (Remisyon):** .....

**14. Madde kullanımı nedeniyle ortaya çıkan başlıca problemler:**

- Akademik başarısızlık (sınıfta kalma, okuldan atılma, okulu bırakma, vs...)
- Mesleki kayıplar (çalışmama, işten atılma, vs...)
- Evlilik sorunları ve boşanma  Trafik kazası  Saldırganlık, yıkıcı davranış
- Maddi kayıplar, borçlanma  Fiziksel hastalık  Yasal sorunlar
- Diğer (belirtiniz): .....

**13. Suç Öyküsü:**

Madde satın almak, bulundurmak, üremek, aracılık yapmak, satışını yapmak vb. sebeplerden:

**13a.** Hakkında Alınmış Denetimli Serbestlik Tedbiri:  Var  Yok

**13b.** Cezaevi Yatışı:  Var  Yok

**13c.** Cezaevi yatışı varsa madde sebebiyle toplam kaç kere: .....

**14. Aile Öyküsü:**

**14a.** Ailede madde kullanan kişi(ler):  Var  Yok

**14b.** Varsa bu kişi:( ) Kardeş ( ) Baba ( ) Anne ( ) Eş /Partner ( ) Diğer akraba

**15. Bağımlılık Komorbidite:**

**15a. Alkol kullanımı:**

1. Yaşamının herhangi bir döneminde hiç alkol kullanımı olmuş mu?  
 Evet  Hayır
2. Son bir yıl içerisindeki alkol kullanma sıklığı: .....
3. Son bir ay içerisindeki alkol kullanma sıklığı: .....

**15b. Sigara /tütün mamülleri kullanımı:**

Hiç kullanmamış  Kullanıp bırakmış  Halen kullanıyor

**15c. Diğer (Varsa belirtiniz...):** .....

(ÖRN: Kumar, Bahis, İnternet, Oyun, Cep Telefonu, Yeme, Seks, Alışveriş vs... bağımlılıklar)

### EK-3. BAPİ – Kısa

Lütfen her maddeyi dikkatlice okuyun.

Soruları boş bırakmayın, kendinizi en yakın hissettiğiniz tek bir sıklıkla işaretleyin.

Son BİR yıl içinde alkol ve madde kullanıp kullanmadığınızı veya ne sıklıkta kullandığınızı belirtiniz.

	Hiç veya ayda 3 kezden fazla değil	Haftada 1-5 kez	Hemen hemen her gün
<b>1. Ne sıklıkla alkol kullanıyorsunuz?</b>	0	1	2
	Hiçbir zaman	En az bir kez kullandım	Üçten fazla kez
<b>2. Esrar (marihuana, joint, gubar vb) kullandınız mı? Ne sıklıkta?</b>	0	1	2
<b>2b Bonzai, jamaikan (sentetik kannabinoid)</b>	0	1	2
<b>3 Ecstasy (ekstazi) kullandınız mı? Ne sıklıkta</b>	0	1	2
<b>4 Eroin kullandınız mı? Ne sıklıkta</b>	0	1	2
<b>5 Kokain kullandınız mı? Ne sıklıkta</b>	0	1	2
<b>6 Taş (krak kokain) kullandınız mı? Ne sıklıkta</b>	0	1	2
<b>7 Rohipnol, rivotril (roş) gibi haplar kullandınız mı? Ne sıklıkta</b>	0	1	2
<b>8 Uçucu maddeler (tiner, bali, gaz vb) kullandınız mı? Ne sıklıkta</b>	0	1	2
<b>9 Akineton, tantum, xanax vb gibi çeşitli haplar kullandınız mı? Ne sıklıkta</b> Eğer bu ilaçları doktor bilgisinde ve önerisiyle kullandıysanız "0" işaretleyiniz	0	1	2
<b>10 Metamfetamin, ice gibi amfetamin türevleri kullandınız mı? Ne sıklıkta</b>	0	1	2
<b>11 LSD, GHB gibi maddeler kullandınız mı? Ne sıklıkta</b>	0	1	2

**Dikkat!**

Aşağıdaki sorularda yer alan [madde] sözcüğü son dönem içinde kullanmayı daha çok tercih ettiğiniz maddeyi anlatmaktadır. Bu nedenle temel olarak kullandığınız madde neyse, sorularda onu, [madde] sözcüğü yerine koyunuz.

Örneğin...

“[Madde] kullanmak aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi” yerine alkol içiyorsanız “Alkol kullanmak aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi” veya esrar içiyorsanız “Esrar kullanmak aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi” biçiminde okuyun.

**SON BİR YIL İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz**

**12 Kullandığınız [maddenin] miktarı giderek arttı mı?**

0 Hiçbir zaman                      1 Bazen                      2 Neredeyse her zaman

**13 Kullandığınız [maddeyi] kestiğinizde ortaya çıkabilecek sorunlardan çekindiğiniz için [madde] kullandığınız oldu mu?**

0 Hiçbir zaman                      1 Bazen                      2 Neredeyse her zaman

**14 Planladığınızdan daha fazla [madde] kullandığınız oldu mu? Örneğin az içmeyi düşünüp fazla içtiğin veya kısa süre kullanmayı planlayıp uzun süre kullandığın oldu mu?**

0 Hiçbir zaman                      1 Bazen                      2 Neredeyse her zaman

**15 [Madde] kullandığınız için aile ziyaretleri, hobiler, sosyal ilişkiler gibi hayatınızdaki başka etkinliklerden vazgeçtiğiniz oldu mu?**

0 Hiçbir zaman                      1 Bazen                      2 Neredeyse her zaman

**16 Alkol veya uyuşturucu kullanmanız beden veya ruh sağlığınızı olumsuz etkiledi mi? Yani sağlık sorunları yaşadınız mı?**

0 Hiçbir zaman                      1 Bazen                      2 Neredeyse her zaman

**17 Alkol veya uyuşturucu kullanmanız ailenle veya arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi?**

0 Hiçbir zaman                      1 Bazen                      2 Neredeyse her zaman

**18 Alkol veya uyuşturucu kullanmanız eğitim hayatınızı olumsuz etkiledi mi? İş hayatınızı olumsuz etkiledi mi? Ekonomik durumunuzu olumsuz yönde etkiledi mi?**

0 Hiçbir zaman                      1 Bazen                      2 Neredeyse her zaman

**19 Gündüz saatlerinde de alkol veya uyuşturucu kullandığınız zamanlar oldu mu? Ne sıklıkla?**

0 Hiçbir zaman                      1 Bazen                      2 Neredeyse her zaman

**20 Aileniz veya çevreniz sizin çok fazla alkol veya uyuşturucu kullandığınızdan endişeleniyor muydu? Ne sıklıkla?**

0 Hiçbir zaman                      1 Bazen                      2 Neredeyse her zaman

**SON BİR HAFTA İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz**

**21 [Madde] kullanmak için kuvvetli bir istek, arzu veya dürtü hissediyor musunuz? Ne sıklıkta?**

0 Hiçbir zaman                      1 Bazen                      2 Neredeyse her zaman

**22 Alkol veya uyuşturucuyu bırakmayı veya azaltmayı düşünüyor muydunuz?**

0 Hiçbir zaman                      1 Bazen                      2 Neredeyse her zaman



#### EK-4. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)

Sayfanın sağında gösterilen açıklamalara göre, kendinizi değerlendirip aşağıdaki soruları yanıtlayınız. Soruları yanıtlarken son 6 ay içinde nasıl hissettiğiniz ve nasıl davrandığınız konusunda sizi en iyi tanımlayan kutuya (X) işareti koyunuz.

	Asla	Nadiren	Bazen	Sık	Çok Sık
1. Üzerinde çalıştığınız bir işin/projenin son ayrıntılarını toparlayıp projeyi tamamlamakta sorun yaşar mısınız?					
2. Organizasyon gerektiren bir iş yapmanız zorunlu olduğunda işlerinizi sıraya koymakta ne sıklıkla zorluk yaşarsınız?					
3. Yükümlülüklerinizi ve randevularınızı hatırlamakta ne sıklıkla sorun yaşarsınız?					
4. Çok fazla düşünmeyi ve konsantrasyonu gerektiren bir iş yapmanız gerekiyorsa ne sıklıkla başlamaktan kaçınır ya da geciktirirsiniz?					
5. Uzun bir süre oturmanız gerektiğinde, ne sıklıkla huzursuzlaşır, kıpırdanır ya da el ve ayaklarınızı kıpırdatırsınız?					
6. Ne sıklıkla kendinizi aşırı aktif ve sanki motor takılmış gibi bir şeyler yapmak zorunda hissedersiniz?					
7. Sıkıcı veya zor bir proje üzerinde çalışmanız gerektiğinde, ne sıklıkla dikkatsizce hatalar yaparsınız?					
8. Monoton veya tekrarlayıcı bir iş yaparken ne sıklıkla dikkatinizi sürdürmekte güçlük çekersiniz?					
9. Doğrudan sizinle konuşuyor bile olsalar, insanların size söylediklerine yoğunlaşmakta ve dinlemekte ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?					
10. Evde veya işte eşyaları bulmakta ya da nereye koyduğunuzu hatırlamakta ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?					
11. Etrafınızdaki hareketlilik ve gürültü ne sıklıkla dikkatinizi dağıtır?					
12. Orada oturmanız beklendiğinde, bir toplantı veya benzer durumda ne sıklıkla yerinizden kalkarsınız?					
13. Ne sıklıkla kendinizi huzursuz, kıpır kıpır hissedersiniz?					
14. Kendinize ait boş zamanınız olduğunda ne sıklıkla gevşemekte ve rahatlamakta güçlük çekersiniz?					
15. Sosyal ortamlarda bulunduğunuzda, ne sıklıkla kendinizi çok konuşurken yakalarsınız?					
16. Bir sohbet ya da görüşmede, ne sıklıkla karşınızdaki kişi cümlesini bitirmeden onun cümlesini bitirdiğinizi fark edersiniz?					
17. Sıraya girmek gerektiğinde, ne sıklıkla sıranızın gelmesini beklemekte güçlük çekersiniz?					
18. Başka bir işle meşgul olduklarında diğer insanları araya girip engeller misiniz?					

## ÖZGEÇMİŞ

28 Mayıs 1993 yılında İstanbul'da doğdum. İzmir'de ilkokul, ortaokul ve lise eğitimimi tamamladım. Daha sonra İzmir Ekonomi Üniversitesi Psikoloji (İngilizce) bölümünde okudum. 2017 yılında Beykent Üniversitesi Klinik Psikoloji yüksek lisans eğitimine başladım.

**Buse ŞAFAK MÜFTÜOĞLU**

