



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BAĞIMLILIK DANIŞMANLIĞI VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI
BAĞIMLILIK DANIŞMANLIĞI VE REHABİLİTASYON YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ALKOL MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU VEYA DAVRANIŞSAL BAĞIMLILIKLARI
OLAN BİREYLERLE SAĞLIKLI BİREYLERİN DİKKAT EKSİKLİĞİ
HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU VEYA DÜRTÜSELLİK AÇISINDAN
KARŞILAŞTIRILMASI

Ayşe Kübra ŞAHİNKAYA

Tez Danışmanı
Dr. Öğretim Üyesi Alptekin ÇETİN

İSTANBUL- 2025

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BAĞIMLILIK DANIŞMANLIĞI VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI
BAĞIMLILIK DANIŞMANLIĞI VE REHABİLİTASYON YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ALKOL MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU VEYA DAVRANIŞSAL BAĞIMLILIKLARI
OLAN BİREYLERLE SAĞLIKLI BİREYLERİN DİKKAT EKSİKLİĞİ
HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU VEYA DÜRTÜSELLİK AÇISINDAN
KARŞILAŞTIRILMASI

Ayşe Kübra ŞAHİNKAYA

Tez Danışmanı
Dr. Öğretim Üyesi Alptekin ÇETİN

İSTANBUL-2025

ÖZET

ALKOL MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU VEYA DAVRANIŞSAL BAĞIMLIKLARI OLAN BİREYLERLE SAĞLIKLI BİREYLERİN DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU VE DÜRTÜSELLİK AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Alkol madde kullanım bozukluğu son zamanlarda gittikçe yaygınlaşan toplumsal bir problem olarak ortaya çıkmaktadır. Bağımlılık çok yönlü bir kavram olmakla birlikte alkol madde kullanım bozukluğu da birden fazla değişkene bağlı olabilmektedir. Bu araştırmanın amacı alkol madde kullanım bozukluğu veya davranışsal bağımlılıkları olan bireylerle sağlıklı bireylerin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve dürtüsellik açısından karşılaştırılmasıdır.

Araştırmanın verileri NP İstanbul Beyin Hastanesinde yatarak tedavi gören 42 hasta ve 52 sağlıklı bireyden elde edilmiştir. Verileri toplamak amacıyla Sosyodemografik Veri Formu, Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği katılımcılara verilmiştir. Araştırmada katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, gelir düzeyi hakkında bilgiler de toplanmıştır.

Bu çalışmada madde kullanım bozukluğu veya davranışsal bağımlılığı olan bireylerle sağlıklı bireylerin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve dürtüselliklerinin karşılaştırılması sonucunda madde kullanım bozukluğu olan hastaların dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve dürtüselliklerinin puanlarının sağlıklı bireylerden istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır. Bu ilişki bağımlılık üzerinde etkisi olan faktörlerin incelenmesi açısından önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Alkol madde kullanım bozukluğu, davranışsal bağımlılık, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, dürtüsellik

ABSTRACT

COMPARISON OF INDIVIDUALS WITH ALCOHOL SUBSTANCE USE DISORDER OR BEHAVIORAL ADDICTIONS AND HEALTHY INDIVIDUALS IN TERMS OF ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AND IMPULSIVITY

Alcohol and substance use disorder has recently emerged as an increasingly widespread social problem. While addiction is a multifaceted concept, alcohol and substance use disorder may also depend on more than one variable. The purpose of this study is to compare individuals with alcohol and substance use disorder or behavioral addictions with healthy individuals in terms of attention deficit hyperactivity disorder and impulsivity.

The data of the study were obtained from 42 patients and 52 healthy individuals receiving inpatient treatment at NP İstanbul Beyin Hastanesi (Brain Hospital). In order to collect the data, the Sociodemographic Data Form, Adult Attention Deficit and Hyperactivity Disorder Self-Report Scale (ASRS) and Barratt Impulsivity Scale were given to the participants. Information on the participants' age, gender, education status, occupation, employment status, income level was also collected in the study.

In this study, as a result of comparing the attention deficit hyperactivity disorder and impulsivity of individuals with substance use disorder or behavioral addiction and healthy individuals, it was determined that the attention deficit hyperactivity disorder and impulsivity scores of patients with substance use disorder were statistically significantly higher than those of healthy individuals. This relationship is important in terms of examining the factors that affect addiction.

Keywords: Alcohol and substance use disorder, behavioral addiction, attention deficit and hyperactivity disorder, impulsivity

TEŞEKKÜR

Tez çalışma sürem boyunca bana rehberlik eden, bilgi ve tecrübelerini sunarak benden desteğini esirgemeyen danışmanım Dr. Öğretim Üyesi Alptekin ÇETİN'e,

Hayatımın her alanında, her anında benden sevgisini ve desteğini esirgemeyen, verdiğim her kararda arkamda durup, zorlanıp pes etmeyi düşündüğüm her anda beni yüreklendiren, benim için hiçbir fedakarlığı yapmaktan kaçınmayan, bugünlere gelmemi sağlayan, iyi ki onların evlatlarıyım dediğim en kıymetlilerim babam Hasan ŞAHİNKAYA ve annem Aynur ŞAHİNKAYA 'ya,

Beraber büyüyüp güldüğüm eğlendiğim, ablaları olduğum için kendimi çok şanslı hissettiğim kardeşlerim Beyza, Buğlem ve Şevval'e,

Hayatıma neşe katan, beni bu yolculukta hem akademik hem psikolojik olarak hep destekleyen motive eden ikinci ailem dediğim arkadaşlarım Özge, Furkan, Beyza ve Zeynep'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ayşe Kübra ŞAHİNKAYA

İstanbul,2025

BEYAN FORMU

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, tarafımdan üretildiğini ve şkdar niversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim

04.02.2025

Ayşe Kübra şAHİNKAYA

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
TEŞEKKÜR	iii
BEYAN FORMU	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLOLAR DİZİNİ	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1 Bağımlılık.....	3
2.1.1. Bağımlılık Türleri.....	4
2.1.2. Bağımlılık ile İlgili Kavramlar	5
2.1.3. Bağımlılığın Nedenleri.....	5
2.1.3.1. Biyolojik faktörler.....	6
2.1.3.2. Psikolojik faktörler.....	7
2.1.3.3. Çevresel faktörler	8
2.1.4. Bağımlılığın Evreleri.....	9
2.2 Alkol Madde Kullanım Bozukluğu	10
2.2.1. Tanı ve Prevalans	11
2.2.2. Risk Faktörleri.....	14
2.3 Davranışsal Bağımlılık.....	16
2.3.1. Davranışsal Bağımlılık Türleri.....	18
2.4 Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	22
2.4.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanı Kriterleri.....	22
2.4.2. Epidemiyoloji	24

2.4.3. Etiyoloji.....	25
2.4.4. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Alkol Madde Kullanım Bozukluğu ile İlişkisi.....	27
2.4.5. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Davranışsal Bağımlılıklar	28
2.5 Dürtüsellik.....	29
2.5.1. Kavramsal Çerçeve	30
2.5.2. Dürtüsellik ve Bağımlılık Davranışı İlişkisi	31
2.5.3. Dürtüsellik ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu İlişkisi	32
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	33
3.1. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	33
3.1.1 Prosedür	33
3.1.2 Veri Toplama Aracı.....	33
3.1.2.1 Sosyodemografik Veri Formu.....	34
3.1.2.2 Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)	34
3.1.2.3 Barratt Dürtüsellik Ölçeği	35
4. BULGULAR.....	36
5. TARTIŞMA.....	59
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	63
KAYNAKÇA.....	64
EKLER.....	73
Ek 1. Sosyodemografik Veri Formu	73
Ek 2. Erişkin Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS).....	74
Ek 3. Barratt Dürtüsellik Ölçeği	75
Ek 4. Etik Kurul Onayı.....	76
Ek 5. Özgeçmiş	77

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Bağımlı Hastalara ait Sosyodemografik Bilgiler	36
Tablo 2. Sağlıklı Katılımcılara ait Sosyodemografik Bilgiler Tablosu	37
Tablo 3. Hasta – Kontrol Grubu Değişkenlerinin Ölçek ve Alt Ölçeklerden Aldıkları Puanların Analizi.....	38
Tablo 4. Bağımlı Katılımcıların Korelasyon Analizi	40
Tablo 5. Sağlıklı Katılımcılara ait Korelasyon Analizi	43
Tablo 6. Bağımlı Hastaların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması.....	45
Tablo 7. Sağlıklı Bireylerin Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması.....	46
Tablo 8. Bağımlı Hastaların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Medeni Durum Açısından Karşılaştırılması.....	47
Tablo 9. Sağlıklı Bireylerin Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Medeni Durum Açısından Karşılaştırılması.....	48
Tablo 10. Bağımlı Hastaların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Çalışma Durumu Açısından Karşılaştırılması.....	49
Tablo 11. Sağlıklı Bireylerin Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Çalışma Durumu Açısından Karşılaştırılması.....	50
Tablo 12. Bağımlı Hastaların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Çocuk Sahibi Olma Açısından Karşılaştırılması	51
Tablo 13. Sağlıklı Bireylerin Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Çocuk Sahibi Olma Açısından Karşılaştırılması	53
Tablo 14. Bağımlı Hastaların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılması.....	54
Tablo 15. Sağlıklı Bireylerin Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılması.....	55
Tablo 16. Bağımlı Hastaların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Gelir Düzeyi Açısından Karşılaştırılması.....	56
Tablo 17. Sağlıklı Bireylerin Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Gelir Düzeyi Açısından Karşılaştırılması.....	57
Tablo 18. Ölçek ve Alt Ölçeklere Ait Normallik Varsayımı ve Güvenilirlik Analizi	58

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

APA: American Psychiatric Association

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ICD: International Classification of Diseases

DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

AMATEM: Alkol ve Madde Tedavi Merkezi

ASRS: Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği

1. GİRİŞ

Alkol madde kullanım bozukluğu özellikle son yıllarda gittikçe yaygınlaşan ve sadece bireyi değil toplumu da etkileyen çok yönlü bir bozukluktur. Alkol madde kullanım bozukluğu genetik, biyolojik, psikolojik ve çevresel faktörlerin bileşiminden meydana gelen bir beyin hastalığıdır. Alkol madde kullanım bozukluğu kişileri sadece fiziksel yönden değil aynı zamanda ruhsal yönden da olumsuz etkilemektedir (APA,2013). Bağımlılık hali kişinin karar verme mekanizmasını bozmakta, dikkatini toplamakta güçlük yaşamasına sebep olmakta ve dürtülerini kontrol etmesini zorlaştırmaktadır (Wolkow,2011). Bu durum kişinin bağımlılık döngüsünden kurtulma sürecini olumsuz etkilemekte aynı zamanda kişinin aile, sosyal ve iş yaşamında sorunlarla karşılaşmasına yol açmaktadır.

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu çocukluk çağında ortaya çıkmaya başlayan genellikle yetişkinlikte de etkilerini göstermeye devam eden nörogelişimsel bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Dikkati toplamakta ve sürdürmekte güçlük, aşırı hareketlilik, işleri tamamlamakta zorlanma, dürtüsel davranma gibi özelliklerle karakterizedir. Dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsel davranma şeklinde kendini gösteren bu bozukluğun kişileri akademik, sosyal ve mesleki alanlardaki işlevsellikleri üzerinde etkilidir (Barkley,2015). DEHB'li bireylerin dürtüsellik seviyelerinin de yüksek olması, bireylerin riskli kararlar almaya eğilimli olmaları madde kullanımına daha erken yaşta başlamalarına ve kullanıma devam etmelerine sebep olabilmektedir.

Dürtüsellik kişinin düşünmeden hareket etmesi, aceleci davranması, risk almaktan çekinmemesi ve olası riskleri küçümsemesi gibi belirtilerle kendini gösteren bir durumdur. Birçok psikiyatrik bozukluğun temel bileşenlerinden olan dürtüsellik bağımlılık için de olası risk faktörlerinden sayılmaktadır. Dürtüsel kişiler için anlık hazlar oldukça kıymetlidir, maddelerin vücuda girdikten sonra verdikleri hızlı ve yüksek haz duygusu dürtüsel kişilerin madde kullanımı sürdürmelerine ortam hazırlamaktadır. Bağımlı kişilerde dürtüsellik çok sık görüldüğü ve durumun da tedavi sürecini olumsuz etkilediği düşünülmektedir (Wilens ve ark, 2007).

Araştırmanın amacı

Amaca bağlı olarak araştırmanın hipotezleri şu şekildedir:

- 2

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Bağımlılık

Bağımlılık insanlık tarihinin başlangıcından itibaren ortaya çıkan sorunlardan biridir. Toplumu ve halk sağlığını tehdit eden bir problem olarak gün geçtikçe yaygınlaşmaktadır. Bağımlılık kelimesi “bir şeye sıkı sıkıya bağlanmak ve onsuz yaşamakta zorlanmak” anlamındadır. Dünya sağlık örgütü (WHO) bağımlılığı "bir maddenin tekrarlanan kullanımı nedeniyle ortaya çıkan, kişinin kendine ve çevresine zarar verebilecek bir durum" olarak tanımlar (WHO, 2004). Kişinin maddeyi kullanmaya veya davranışı tekrarlamaya sürekli bir ihtiyaç duyduğu ve bunu kontrol altına almakta ciddi bir zorluk yaşadığı görülmektedir, bu olumsuz durumlara rağmen kişinin kullanıma devam etmesi fizyolojik, psikolojik ve sosyal problemleri de beraberinde getirir.

Amerikan Psikiyatri Birliği'ne göre bağımlılık, tekrarlayan şekilde bir madde ya da davranışın kullanımı ile bireyin kontrol kaybı yaşadığı, zarar görmesine rağmen bu davranışı sürdürdüğü ve yaşam kalitesinde ciddi bozulmalara yol açan bir beyin hastalığıdır (APA, 2013). Bağımlılık sadece bir alışkanlık veya kontrol kaybı olarak değerlendirilecek bir durum değildir, birden fazla faktörün bir araya gelmesiyle ortaya çıkan oldukça karmaşık ve çok yönlü bir bozukluktur. Bağımlılığın ortaya çıkmasında beyin kimyasallarında meydana gelen değişikliklerin de oldukça büyük etkisi olduğu bilinmektedir (Koob ve Wolkow, 2016). Beynin ödül sistemiyle doğrudan ilişkisi olan dopaminin bağımlılık üzerinde de oldukça kritik etkileri olduğu düşünülmektedir. Bir madde veya davranışın beyindeki ödül merkezini uyatarak kısa süreli hazzı sebep olması, sonrasında kişinin bu hazzı sürekli yaşamak için sürekli maddeye başvurmasıyla sonuçlanmaktadır (Robinson ve Berridge, 2008).

Bağımlılık aynı zamanda oldukça geniş bir kavramdır, alkol ve madde bağımlılığı dışında kumar bağımlılığı, oyun ve internet bağımlılığı, yeme bağımlılığı, seks bağımlılığı, alışveriş bağımlılığı gibi birçok çeşidi bulunmaktadır. Bağımlılık sadece fiziksel etkileri olan bir sorundan ziyade psikolojik ve sosyal etkileri de olan çok boyutlu ve karmaşık bir süreçtir. Tek başına bağımlı kişiyi değil aynı zamanda o kişinin içinde yer aldığı çevreyi de olumsuz etkilemektedir. Demirci (2016) bağımlılığı, bireylerin

bilişsel, fiziksel ve sosyal hayatlarını olumsuz etkileyen bir hastalık olarak tanımlamıştır. Bu tanımlama bağımlılığın olumsuz etkilerinin tek yönlü olmadığını ifade etmektedir.

2.1.1. Bağımlılık Türleri

Bağımlılık kişinin bir maddeyi kullanmaya veya davranışı yapmaya karşı kontrol edilemez dürtü geliştirerek sürekli tekrarlamasıyla ortaya çıkan bir beyin hastalığıdır. Kişilerde maddeye veya davranışa karşı fiziksel veya psikolojik bağımlılık gelişebilir, bu iki bağımlılığın mekanizmaları birbirinden farklı olsa da oldukça ortak yönleri de vardır, kişilerde hem fiziksel hem psikolojik bağımlılığa da sıklıkla rastlanmaktadır.

Fiziksel bağımlılık kişinin herhangi bir madde veya davranışa karşı geliştirdiği biyolojik bağımlılık halidir. Fiziksel bağımlılıklarda kişinin maddeyi sürekli kullanmasıyla vücut maddeye alışır ve onu sürekli olarak ister. Vücudun maddeye alıştıktan sonra ilk başlarda aldığı etkiyi almak için daha yüksek miktarlara veya daha sık kullanıma ihtiyaç duyar bu durum tolerans olarak adlandırılır. Fiziksel olarak bir maddeye bağımlılık geliştiren bireyler maddeyi vücutlarına alamadıklarında veya bıraktıklarında çeşitli belirtiler yaşarlar bunlar ise yoksunluk belirtileri olarak tanımlanır. Yoksunluk belirtileri ve yoksunluğun şiddeti kullanılan maddeye, ne zamandır kullanıldığına, ne kadar miktar kullanıldığına göre değişebilmektedir. En sık karşılaşılan yoksunluk belirtileri mide bulantısı, titreme, anksiyete, terleme, kas ağrısıdır (Nestler,2001). Bu tür bağımlılıkların gelişmesi durumunda genellikle tıbbi müdahale gerekmektedir, kişinin vücudunun maddeden temizlenme süreci olan detoksifikasyon sonrasında ise ilaçlarla desteklenen bir tedavi süreci gerekmektedir.

Psikolojik bağımlılıklarda ise bireyler bir maddeyi kullanmaya ve davranışı yapmaya karşı yoğun bir mental ve duygusal istek geliştirirler. Bireyler genellikle streslerini azaltmak, kendilerini daha rahat hissetmek, kaygılarını yönetebilmek veya depresyonun etkilerini daha az hissetmek amacıyla madde kullanmaya başvururlar. Madde kullandıktan sonra yaşadıkları rahatlama hissine ihtiyaç duyarlar. Psikolojik bağımlılıklarda yaşanan yoksunluk belirtileri genelde duygusal düzeydedir, bunlar depresif hissetme, anksiyete, huzursuzluk, dikkati toplamakta zorluk yaşama şeklinde ortaya çıkabilmektedir (Everitt & Robbins, 2016).

2.1.2. Bağımlılık ile İlgili Kavramlar

Tolerans kişinin aynı etkiye ulaşmak için daha fazla miktarda ya da daha sık aralıklarla maddeyi kullanması anlamına gelir. Beynin ödül merkezi olan mezolimbik dopamin sisteminde, sürekli madde kullanımı nedeniyle dopamin reseptörlerinin duyarlılığı azalır. Bu durumun, maddenin kişi üzerindeki etkilerinin zayıflamasına neden olduğu bilinmektedir (Koob ve Volkow, 2016). Kullanılan maddenin etkisine vücudun uyum sağlamasından kaynaklı olarak normalde alınan dozun yetersiz gelmesi ve aynı etkinin oluşması için daha fazla miktara ihtiyaç duymasıdır. Devamlı olarak aynı miktarda tüketilen maddenin bireyin üzerindeki tesirinin azalması durumuna tolerans denir (Ögel, 2017). Kişiler kullanıma bağlı olarak zamanla tolerans geliştirerek madde miktarını ve sıklığını arttırmaktadır.

Yoksunluk, uzun süreli kullanılan maddenin azaltılması veya kullanımının kesilmesiyle ortaya çıkan fizyolojik ve psikolojik semptomlar bütünüdür. Bu semptomlar terleme, titreme, kalp çarpıntısı, mide bulantısı, kas ağrıları, uykusuzluk, huzursuzluk gibi fiziksel olabildiği gibi; sinirlilik, huzursuzluk, kaygı seviyesinin artması gibi psikolojik olarak da ortaya çıkabilir. Yoksunluk semptomlarının şiddeti kullanılan maddenin türü, dozu, kullanım süresi, kişinin yaşı ve cinsiyetine göre değişiklik gösterebilir. Madde bağımlısı bir kişi, yaşadığı yoksunluk semptomlarından kurtulmak amacıyla tekrar madde almaya gerek duyabilmektedir (Ögel vd., 1998). Kişinin yoksunluktan kurtulmak için tekrar madde alması bağımlılık döngüsünün kırılması önünde engel teşkil etmektedir.

2.1.3. Bağımlılığın Nedenleri

Bağımlılık karmaşık ve çok yönlü bir kavram olduğu için bağımlılığın sebepleri de çok çeşitli olabilmektedir. Tek başına bir sebebe bağlı olmadığı gibi farklı sebepler de birbirlerini etkilemektedir. Ögel (2010), bağımlılığa sebep olan ana etmenlerin kalıtsal, psikolojik, biyolojik, çevresel ve sosyokültürel faktörler olduğunu belirtmiştir. Araştırmalara göre, özellikle alkol kullanım bozukluğunda genetik faktörlerin etkili olduğu saptanmıştır (Ögel, 2010). Yapılan araştırmalar ebeveynleri alkol madde bağımlısı olan çocuklarda alkol bağımlılık riskinin 4-5 kat daha fazla olduğunu göstermiştir (Enoch, 2002). Akrabalarında eroin bağımlılığı olan bireylerin %5'inde madde kullanım bozukluğu tespit edilmiştir (Chaudry, 1991). Çeşitli psikolojik etmenler de bağımlılığın gelişmesinde rol oynamaktadır, kişinin çocukluk yaşamı, içinde bulunduğu ruh hali bu durumu etkilemektedir. Biyolojik faktörler arasında dopamin, serotonin, GABA gibi

çeşitli nörotransmitterler sayılabilir. Kişinin yetiştiği ortam, arkadaş çevresi madde kullanımına başlama ve devam etme noktasında önemli bir yere sahiptir. Yapılan araştırmalar, ailelerinde tütün bağımlılığı olan ergenlerin olmayanlara kıyasla sigaraya başlama riskinin 2-4 kat daha fazla olduğunu göstermektedir (Hughes, 1986). Özellikle ergenlik döneminde kurulan yanlış arkadaşlıklar bağımlılık için ciddi bir risk teşkil edebilmektedir. Ögel (2010), “Yoğun miktarda alkol kullanımı davranışı akranların teşviki ve desteği olduğu zaman başlayıp devam etme eğilimi gösterir.” Bunlara ek olarak özellikle ergenlerde madde kullanım bozukluğu gelişmesinde akranların ve arkadaşların etkilerinin kritik olduğu gözlemlenmektedir (Lundborg, 2006; McDonough, Sabiston ve Wrosch, 2014).

2.1.3.1. Biyolojik faktörler

Bağımlılığın biyolojik bir hastalık olmasının en temel sebeplerinden birisi bağımlılığın beyinde meydana gelen bir hastalık olmasıdır. Beynin ödül merkezinde ortaya çıkmakla beraber dopamin salınımıyla doğrudan ilgilidir. Madde kullanımı, mezolimbik dopamin sistemini aktive ederek ödül ve haz duygusunu artırır. “Zamanla, bireyin doğal ödüllere (yemek, sosyal etkileşim) haz alma kapasitesi azalır ve maddeye bağımlılık gelişir”. (Koob ve Volkow, 2010). Yeşilay Danışmanlık Merkezi yaptığı araştırmalar sonucunda bağımlılık sırasında madde kullanımına bağlı olarak beyindeki dopamin miktarının aşırı artış gösterdiğini, madde kullanılmadığında ise normalin altına düştüğünü belirtmiştir (YEDAM,2023).

Bağımlılık sırasında beyinde sadece dopaminin değil; GABA,serotonin ve glutamat gibi diğer nörotransmitterlerin de etkisi olduğu araştırmalarca gösterilmektedir. Glutamat beyinde hafıza ve öğrenmeden sorumlu bir transmitter olmakla birlikte bağımlılık çemberinde de önemli bir yere sahiptir. Beyindeki glutamat miktarındaki dengesizliklerin, kişilerin maddeyi arama ve kullanma davranışını tetiklediği düşünülmektedir (Kalivas, 2009). Alkol ve madde kullanımı vücutta GABA sistemini baskılayarak geçici rahatlama ve uyuşukluk hissi yaratabilir ancak bu etki kısa sürelidir ve sistemin işlevselliğinin bozulmasına yol açabilir. “Bağımlılıkta dopaminin yanı sıra glutamat, GABA ve serotonin sistemlerinde de değişiklikler olduğu ve bu değişikliklerin bireylerin stresle başa çıkma mekanizmalarını bozduğu gösterilmiştir. “(Öztürk ve Aydın, 2021).

Nörogörüntüleme çalışmalarıyla bağımlı kişilerin beyin yapıları incelendiğinde beynin çeşitli bölgelerindeki aktivasyon miktarının madde kullanımıyla birlikte değiştiği görülmektedir. Beynin karar verme ve muhakemeden sorumlu olan bölgesi prefrontal korteksin aktivasyonunun azaldığı, amigdala aktivitesinin ise arttığı gözlemlenmiştir. Bağımlı bireylerin beyin yapıları incelendiğinde beynin karar verme merkezi olan prefrontal korteks bölgesinde zayıflama olduğu bununla beraber madde arama davranışının da arttığı gözlemlenmiştir (Uludağ ve Şahin, 2020).

2.1.3.2. Psikolojik faktörler

Bağımlılığın ortaya çıkmasında birden fazla psikolojik sebepten bahsedilebilir, bunlar temel olarak çocukluk çağı travmaları, kişilik özellikleri, stres yönetimi ve çeşitli psikolojik rahatsızlıklar olabilir. Bu faktörler kişide bağımlılık öyküsünün başlamasına sonrasında ise sürdürülmesine sebep olabilir.

Çocukluk çağı travmaları, bireylerin dünyayı güvensiz bir yer olarak algılamalarına bununla birlikte karşılaştıkları stres faktörleriyle baş etmekte zorlanmalarına neden olabilir. Baş edilemeyen stresten kurtulmak yarattığı sıkıntılı ruh haliyle başa çıkmak için madde kullanımına başvurulduğu da düşünülmektedir. Türkiye'de yapılan bir araştırmada, çocukluk çağı travması yaşamış kişilerin ilerleyen yaşlarda madde kullanma riskini önemli ölçüde arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır (Yılmaz ve Aydın, 2021). Yapılan diğer incelemelerde de çocukluk travmalarının, yetişkinlikte madde kullanım bozukluğunun ortaya çıkmasına sebep olan en büyük risk faktörlerinden olduğu görülmüştür (Felitti ve ark, 1998).

Dürtüsel davranan, risk almaktan kaçınmayan, heyecan arama eğiliminde olan bireylerin madde kullanım bozukluğuna daha yatkın oldukları düşünülmektedir. “Dürtüsellik ve bağımlılık arasında güçlü bir bağlantı saptanmış, dürtüsellüğün bağımlılık davranışını başlatmada ve sürdürmede etkili olduğu belirtilmiştir.” (Çetin ve Akar, 2020). Kişilerin yaptıklarının sonucunu düşünmeden hareket etmeleri, madde etkisindeyken daha rahat ve cesur davranışlar sergileyebilmeleri bu duruma sebep yaratan faktörlerden olabilir.

Stresle başa çıkmak ve geçici bir rahatlama sağlamak için başvuru yollarından birisi de madde kullanımıdır. Kişiler alkol veya diğer maddelerin verdiği rahatlık hissiyle beraber stresle daha kolay başa çıkabildiklerini düşünmektedir. Burada kullanımın amacı

stresin yaratmış olduğu sıkıntıdan kaçmak ve kendini rahatlatmaktır, ancak bu etki kısa süreli olmakla beraber sürekli kullanımda olumsuz başka durumlara sebep olmaktadır. Araştırmalar özellikle bağımlı kişilerin yaşadıkları stresle başa çıkmakta zorluk yaşadıklarını bunun da kişiyi madde kullanmaya teşvik ettiğini göstermektedir (Kaya ve Demirci, 2018).

Depresyon, anksiyete bozukluğu gibi psikolojik rahatsızlıkların madde kullanım riskini arttırdığı düşünülmektedir. Duygudurum bozuklarından depresyona madde kullanım bozukluğunda sıkça rastlanmaktadır (Kessler ve ark, 2005). Bu tarz kullanımlarda kişi kendini rahatlatmak, ruhsal sıkıntıları hafifletmek madde kullanımına yönelerek self-medication amaçlıyor olabilir. Bağımlı kişilerde depresyon ve kaygı bozukluğu oranlarının sağlıklı kişilere oranla çok daha yüksek olduğu bulunmuştur (Erdoğan ve Yıldız, 2019).

2.1.3.3. Çevresel faktörler

Kişinin içinde bulunduğu sosyal ve fiziksel ortam, aile dinamikleri, çevresinin ve medyanın madde kullanımına karşı tutumu bağımlılık sürecini etkileyen faktörlerdir. Bireyin yaşadığı çevrenin madde kullanımına karşı olumlu bir tutum sergiliyor olması, kullanımında zarar ve risk görmüyor olması kişinin kullanıma devam etmesi açısından risk faktörü oluşturabilir. “Alkol ve madde kullanımının sosyal olarak kabul edildiği kültürlerde, bireylerin bağımlılık geliştirme riski daha yüksektir.” (Hofstede, 1980).

Kişinin aile ve arkadaş çevresinde madde kullanan bireylerin olması da kullanıma özendirici sebeplerden olabilir. Aile bireylerinde madde bağımlısı birisinin olması, kişinin de madde kullanma riskini artırabileceği düşünülmektedir (Brook ve ark, 1990). Küçükşen ve Özcan (2019) da, Türkiye’de yaptıkları bir araştırmada aile yapısında meydana gelen bozulmaların madde kullanma riskinde artışa sebep olduğunu gözlemlemiştir. Özellikle ergenlik dönemindeki bireylerin arkadaş çevresi bireyin kararları üzerinde büyük bir etkiye sahiptir, etrafındakilerle birlikte bir kereden bir şey olmaz diyerek kullanmaya başlayarak sonrasında sürekli yoğun kullanıma giden bir sürecin oluşması çok muhtemeldir. Adolesanlarda madde kullanımına özendiren önemli faktörlerden birisi de bireyin arkadaş çevresidir (Gültekin ve Bilici, 2020).

Günümüzde kullanımı hızlı bir şekilde artan sosyal medyanın da bağımlılık oluşması noktasında olumsuz etkileri olabileceği düşünülmektedir, kişilerin burada

izledikleri veya gördükleri madde kullanımına özendirici içerikler kişileri denemeye teşvik ederken, maddeyi bulma ve temin konusunda da zemin hazırlayabilir. “Madde kullanımını özendiren görseller veya içerikler, bireylerin özellikle ergenlik döneminde madde kullanımına başlama riskini artırabilir.” (Anderson ve ark, 2003).

2.1.4. Bağımlılığın Evreleri

Bağımlılık bir anda aniden ortaya çıkan bir durum değil, birçok aşaması olan bir süreçtir. Prochaska ve DiClemente (1983) de yaptıkları çalışmalarında bu süreci Bağımlılığın Beş Evresi modeliyle açıklamışlardır. Bu modele göre bağımlılığın 5 temel evresi vardır; bunlar “deneyimleme ve ilk temas”, “ara sıra kullanım (sosyal kullanım)”, “düzenli kullanım”, “problemlili kullanım (riskli kullanım)” ve “bağımlılık” evreleridir. Bu aşamalar kişinin maddeyle ilk kez tanışmasından başlayarak kullanımın gittikçe artmasıyla devam ederek sonrasında kişiye zarar vermesine rağmen kullanıma devam etmesi ve bağımlı olması şeklinde ilerlemektedir. Bireyin maddeyle ilk tanışması genellikle meraktan veya çevrenin baskısından dolayı olmaktadır. Bireyin ergenlik döneminde olması, kendini kontrol etmekte güçlük yaşaması ve arkadaş çevresi bu evrede önemli bir etmendir (Brook ve ark, 1990). Sonrasında sosyal ortamlarda genelde arkadaşlarıyla birlikte ara sıra kullanmaya devam eder ve bunun risk oluşturabileceğinin çok da farkında değildir. Kullanım sıklığının artmasıyla, kişi fiziksel ve psikolojik bağımlılık geliştirme riskiyle karşı karşıya kalır (Kandel ve Logan, 1984). Devamında kişi madde kullanmayı alışkanlık haline getirerek rahatlamak, daha keyifli hissetmek veya stresini azaltmak için kullanımını arttırmaktadır. Bu evre genelde stresini yönetmekte güçlük yaşayan bireylerde daha sık görülmektedir (Kaya ve Demirci, 2018). Kişinin gittikçe artan kullanımı kişinin hayatını olumsuz yönde etkilemeye başlayarak hayatında problemlere yol açarak iş kaybı, akademik düşüşler, aile içi çatışmalar veya sağlık problemleri şeklinde kendini göstermeye başlar. Kişi kullanımın kendisine zarar verdiğinin farkına varmaya başlasa da kullanıma devam eder. Madde kullanım sıklığını azaltmak için çabalar ancak başarılı sonuçlar alamaz (Volkow ve ark, 2016). Ve son aşama olan bağımlılık artık gerçekleşmiştir ve kişi kullanımını kontrol edemediği gibi kullanmadığı zamanlarda olumsuz fiziksel ve psikolojik semptomlar deneyimlemeye başlar, bunlardan kurtulmak amacıyla da kullandığı madde miktarını ve yoğunluğunu da artırır.

Ögel (2005), “bırakma”, “tekrar kullanmayı düşünme” ve “tekrar başlama” olmak üzere üç evrenin daha bulunduğunu belirtmiştir. Bireyler maddenin hayatlarındaki olumsuz etkilerini fark ettiklerinde maddeyi bırakmaya yönelik bir motivasyon geliştirebilirler, bu şekilde kullanımdan uzaklaşarak madde olmadan bir yaşam sürdürmeyi amaçlarlar ancak bir süre sonra madde kullanımına dair geliştirdikleri olumlu inançlar kişileri tekrar kullanmaya yöneltebilir, kişinin maddeyi tekrar kullanmaya başlaması kayma olarak belirtilir, maddeye karşı oluşan pozitif inançlar kaymayla devam ederek kişinin maddeyi tekrar kullanmasına ve bağımlılık döngüsü içinde bir çıkmaza girmesine sebep olur. Kişinin güçlü bir motivasyona sahip olması ve bırakmayı gerçekten istemesi kaymayı önleyebilir. Bireyin kendi güçsüz yanlarının bilincinde olması ve iyileşmeye dair içsel motivasyonunun yüksek olması kaymayı önlemede koruyucu faktörlerdendir (Prochaska ve DiClemente, 1983). Aynı zamanda kişiye destek verecek bir çevreye sahip olması kaymayı engelleyecek koruyucu faktörlerden olabilir. Ailenin desteği, bireyin tedavi uyumuna katkı sağlayarak ve kaymayı da engelleyebilir (Çiftçi ve Eryılmaz, 2018).

2.2 Alkol Madde Kullanım Bozukluğu

Alkol ve madde kullanım bozukluğu bireylerin hayatlarını etkileyen bir problemdir, ancak sadece bireyin kendisini değil aynı zamanda ailesini ve toplumu da etkileyen çok boyutlu bir sorundur. Kullanılan maddenin etkileri fiziksel ve psikolojik olarak doğrudan kişiyi etkilese de kişinin davranışları ve ruhsal durumu başta ailesi olmak üzere yaşadığı çevresine de fiziksel, psikolojik ve sosyal birçok sorunu da beraberinde getirir. Kişiler, kendilerini bu bozuklukla baş etmeye çalışırken genellikle yalnız hissedebilirler, ancak aslında bu durum daha çok çevresel, biyolojik ve psikolojik faktörlerin karmaşık bir birleşiminden doğmaktadır (Volkow ve ark, 2003).

Birden fazla faktörün bir araya gelmesiyle ortaya çıkan bağımlılık, faktörlerin ayrı ayrı incelenmesi ve sonuçların kişi özelinde değerlendirilmesiyle incelenmektedir. Genel anlamda bakacak olursak biyolojik, psikolojik ve çevresel faktörlerin bağımlılığın ortaya çıkmasında rol oynadığını söyleyebiliriz. Bağımlılık temelde bir beyin hastalığıdır ve beyin kimyasının değişmesi şeklinde kendini göstermektedir. Alınan alkol veya maddenin kişiye haz veren dopaminin aşırı salınmasına bu yüzden beyindeki ödül merkezini bozuyor olmasına ve alınmadığında normalin altına düşmesine sebep olması

kişiyi sürekli alkol veya madde aramaya iten sebeplerden olabilir. “Alkol ve madde bağımlılığı, nörotransmitterlerin salınımını artırarak geçici bir rahatlama sunar, ancak bu durum uzun vadede bağımlılığa yol açar ve kişinin yaşamını olumsuz etkiler.” (Miller, 2009).

Bağımlılık aynı zamanda psikolojik bileşenleri de olan bir süreçtir. Kişinin içinde bulunduğu mental durum kişiyi madde kullanmaya iten risk faktörlerinden olabilir. Çökkün ruh hali, sürekli tetikte ve baskı altında hissetme ve stresin yarattığı negatiftikten kurtulmaya çalışma hali kişinin madde kullanmasına, madde kullanımıyla gelen rahatlama ve keyifli ruh hali de madde kullanımına devam etmesine zemin hazırlayabilir. Yaşanan geçici rahatlamalar zaman içerisinde bağımlılığa sebep olabilir ve kişiye kendini daha fazla yalnız ve çaresiz hissettirebilir (Yıldız, 2011). Ancak bu rahatlama ve keyif hissinin uzun süreli olmaması sonrasında olumsuz başka durumlara yol açması ancak kişinin kullanmaya devam etmesi bağımlılık zincirini kırmakta zorluk oluşturmaktadır.

Bunlara ek olarak bağımlılık kişinin aile, iş ve arkadaş çevrelerine de zarar vermekte ve kişiyi yaşadığı sosyal çevreden de uzaklaştırmaktadır. Dışlanma, iş kaybı, ekonomik durumda kötüleşme de kişilerin yaşadığı olumsuz sonuçlardandır. Birey, bu tarz olayları deneyimlediğinde kendisini yalnızlık ve suçluluk duygusu içinde bulabilir (Kessler ve ark, 2005). “Aile içindeki gerilimler, arkadaş ilişkilerindeki bozulmalar ve toplumsal dışlanma, bağımlılığın duygusal ve sosyal etkilerindendir.” (Yıldız, 2011). Kişiyi yalnızlaştırarak içinde bulunduğu durumdan kurtulmasını zorlaştırabilir.

2.2.1. Tanı ve Prevalans

Tanı

Madde Kullanım Bozukluğu, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından ruhsal hastalıkları sınıflandırma amacıyla yayımlanmış olan DSM-5 ‘de “Madde ile İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları” başlığı altındadır.

DSM-5 madde kullanım bozukluğunun on iki aylık süre içerisinde klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya veya işlevsellikte azalmaya neden olan belirgin bir bozukluk olarak tanımlanmıştır. Tanı ölçütleri şu şekilde sıralanmıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013):

1. İstendiğinden çok ölçüde ya da uzun zamanlı madde kullanımı

2. Maddeyi bırakmak veya kullanımı kontrol edebilmek için duyulan arzu veya başarısız bırakma girişimleri
3. Maddeye ulaşmak, kullanmak veya tesirlerinden uzaklaşmak için gerekli aktivitelere fazladan süre ayırmak
4. Madde kullanmaya yönelik duyulan yoğun arzu veya kendini zorunda hissetme
5. Yineleyici madde kullanımı neticesinde yükümlülüklerini yerine getirememe (iş, ev, okul)
6. Toplumsal ve bireylerarası olumsuz etkilerine rağmen kullanıma devam etme
7. Madde kullanımı nedeniyle iş veya eğlence gibi günlük etkinliklerin bırakılması veya sınırlandırılması
8. Tehlikeli olabilecek koşullarda bile madde kullanımına devam edilmesi
9. Fiziksel veya psikolojik açıdan zararlı tesirlerinin bilinse dahi madde kullanımının devam ettirilmesi.
10. Maddeye yönelik tolerans oluşumu;
 - a. Arzu edilen tesire ulaşmak için madde kullanımının çoğaltılması
 - b. Denk miktarda madde kullanılmasına rağmen sürekli kullanım nedeniyle tesirinin azalması
11. Yoksunluk semptomlarının yaşanması;
 - a. “Bulantı, uykusuzluk, istifra etme, agresyon, buhran, bıkkınlık, saldırganlık, ishal, terleme, titreme, kas ağrı ve sızısı ve yüksek ateş vb.” (Ögel, 2017).
 - b. Yoksunluk belirtilerinden uzaklaşmak için madde kullanımına devam edilmesi.

DSM-5, madde kullanım bozukluklarını farklı madde türlerine göre sınıflandırarak toplam 10 ana kategori belirlemiştir:

1. Alkol
2. Kafein
3. Kenevir (Esrar)

4. Halüsinojenler (LSD, meskalin, fensiklidin gibi bilinç ve algı üzerinde değişiklik yaratan maddeler)
5. Uçucu Maddeler (Tiner, benzin, gazolin, bali vb. solunarak kullanılan maddeler)
6. Opiyatlar (Morfin, eroin, kodein, metadon gibi merkezi sinir sistemi üzerinde etkili maddeler)
7. Yatıştırıcılar, Uyku Vericiler ve Anksiyolitikler (Diazepam, klorazepat gibi sakinleştirici veya kaygı giderici ilaçlar)
8. Uyarıcılar (Amfetamin, ekstazi, kokain gibi enerji ve dikkat seviyesini artıran maddeler)
9. Tütün
10. Diğer veya Belirlenemeyen Maddeler (Belirli bir kategoriye girmeyen ya da tam olarak tanımlanamayan maddeler)

DSM-5'e göre, kişiye madde kullanım bozukluğu teşhisi konulabilmesi için bu belirtilerden en az 2 tanesinin karşılanıyor olması gerekmektedir. Bir yıllık süre zarfında ölçütlerin iki veya üç tanesi karşılanıyorsa hafif, dört veya beş ölçüt karşılanıyorsa orta ve altı veya daha fazla ölçüt karşılanıyorsa şiddetli olarak kabul edilir (Petry ve ark., 2013).

Prevalans

Madde kullanım bozukluğu hem ülkemizde hem de dünya genelinde hızlı bir şekilde yayılan bir toplumsal sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Yapılan araştırmalar kullanılan maddelerin ve kullanım yoğunluklarının bölgeden bölgeye değiştiğini göstermektedir.

Emniyet Genel Müdürlüğü Narkotik Şube Başkanlığı tarafından 2011 yılında Türkiye'de yapılan araştırmada, "yaşam boyu en az bir kez madde kullanma oranı %2,7 olarak bulunmuştur." İlerleyen yıllarda aynı birim tarafından 2018 yılında yapılan araştırmada ise madde kullanım bozukluğunda cinsiyet farklılıklarına dair önemli sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre, "yaşam boyu en az bir kez madde kullananların %94'ünün erkek, %6'sının ise kadın olduğu saptanmıştır. Kadınlarda yaşam boyu madde kullanma oranı %0,3 iken, erkeklerde bu oran %6,1 olarak belirlenmiştir." Ögel (2004), İstanbul'da 3483 lise öğrencisiyle yapılan bir araştırmada, "yaşam boyu en az bir kez

uçucu madde kullanma yaygınlığı %5,9, esrar kullanma yaygınlığı ise %4,2 olarak bulunmuştur. “

Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisinin 2021 yılında yaptığı araştırma sonuçlarına göre, 2021 yılı itibarıyla, dünya genelinde 15-64 yaş arası yaklaşık 296 milyon kişinin son 12 ay içinde en az bir kez uyuşturucu madde kullandığı tahmin edilmektedir. Bu, 2011 yılında 240 milyon olan kullanıcı sayısına göre %23'lük bir artışı göstermektedir. Yine aynı araştırmanın sonuçlarına göre en çok kullanılan maddenin esrar olduğu ve 15-64 yaş aralığındaki yaklaşık 219 milyon kişinin esrar kullandığı saptanmıştır. Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi (2023), raporuna göre 2021 yılında, yaklaşık 36 milyon kişinin amfetamin, 22 milyon kişinin kokain ve 20 milyon kişinin "ekstazi" türü maddeleri kullandığı tahmin edilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (2018), yayımladığı Alkol Durum Raporu'nda alkol bağımlılığı prevalansı DSÖ Avrupa Bölgesi'nde %3.7, Türkiye için ise %1.6 olarak ifade edilmiştir.

Araştırmalar da açıkça göstermektedir ki madde kullanım bozukluğu gittikçe büyüyen bir toplum sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır, başlama yaşının gittikçe düşmesi ve özellikle ergenler arasındaki kullanım sıklığının artması sorunun ciddiyetini kanıtlamaktadır.

2.2.2. Risk Faktörleri

Madde kullanım bozukluğunun ortaya çıkmasında birden fazla faktörün etkili olması aynı zamanda çok boyutlu bir süreç olması risk faktörlerinin de artmasına sebep olmaktadır. Risk faktörleri incelendiğinde yaş, cinsiyet, eğitim, çalışma durumu, arkadaş çevresi ve kişilik bozuklukları sıklıkla karşımıza çıkmaktadır.

Maddeyle tanışma yaşı gün geçtikçe düşmekle beraber, ergenlik döneminin ciddi bir risk faktörü olabileceği öngörülmektedir. Yapılan incelemelerde özellikle sigaraya başlama yaşının çok düştüğü, 10 yaşından itibaren sigara kullanımına başlandığı görülmüştür (Gümüş ve ark, 2011). Yapılan bir araştırmada, uçucu madde kullanan 37 ergenin maddeyi ilk kez deneme yaşının ortalama 10,84 olduğu belirlenmiştir (Yaşan ve Gürgen, 2004). Bireyin bedensel ve zihinsel değişimlere bağlı olarak madde kullanımına yönelmesi mümkün olabilmektedir. Farklı illerden kartopu örnekleme yöntemiyle

ulaşılan 369 kişiyle yapılan bir çalışmada, uçucu madde kullanıcılarının yaş ortalaması 18,9; esrar kullanıcılarının 32,4; eroin kullanıcılarının 32,3; hap kullanıcılarının ise 30,3 olarak tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan en genç kullanıcınnın ise 14 yaşında olduğu görülmüştür (Ögel ve ark., 1999).TUBİM'in 2011 yılı raporuna göre, Türkiye'de 15-64 yaş aralığındaki nüfus içinde en az bir kez herhangi bir yasa dışı bağımlılık yapıcı maddeyi deneme oranı %2,7 olarak belirlenmiştir (zen ve Bekar, 2014).

Eğitim düzeyinin de madde kullanım bozukluğu için risk teşkil eden faktörlerdendir. Akademik başarısı düşük olan, okulu bırakan veya okuldan atılan bireylerin madde kullanım bozukluğu için risk altında olduğu düşünülmektedir. Denetimli serbestlik polikliniğine başvuran ve en az bir kez idrar veya kan rneği vermiş olan 215 hastanın kayıtları incelendiğinde, hastaların %2,3'ünün okuma yazma bilmediği, %5,6'sının okuma yazma bildiği, %67,4'ünün ilkokul mezunu, %22,3'ünün lise mezunu ve %2,3'ünün niversite mezunu olduğu bulunmuştur (Zorlu ve ark., 2011). Ayrıca, alkol bağımlılığı tanısı konan hastaların %53,3' ve madde bağımlılığı tanısı konan hastaların %43,8'i ilkokul seviyesinde eğitim almıştır (Evren ve Ögel, 2003). "Yüksek eğitim seviyesinin, bireylerin riskli davranışlardan kaçınmalarını sağladığı ve sağlıklı yaşam aēikanlıklarını benimsemelerinde etkili olduğu gösterilmiştir." (Jessor, 1992).

Erkeklerde kadınlara oranla madde kullanım bozukluğuna daha sık rastlandığı görülmektedir. Alkol ve madde bağımlılığında kadınlara göre erkeklerin risk altında olduğu belirtilmektedir (Erci, 1999). Erkeklerin alkol ve madde kullanım oranının daha yüksek olduğu, kadınlarınsa streslerini azaltmak ve duygusal gevşeme sağlamak amacıyla maddeye yöneldikleri bulunmuştur (Kaufman ve ark, 2000). Erkeklerin bağımlı olma riski daha fazlayken kadınların daha hızlı şekilde bağımlılık geliştirdiğini gösteren araştırmalar bulunmaktadır. Kadınların erkeklere oranla daha hızlı bir şekilde alkol ve madde bağımlılığı geliştirebildikleri düşünülmektedir (Wilsnack ve ark, 2009). Kadınların stres ve duygusal yüklerle başa çıkma amacıyla alkol veya maddeye yöneldiği görülmektedir. Kadınların madde kullanımındaki yaygın nedenler arasında depresyon, anksiyete, aile içi şiddet, cinsel istismar ve düşük benlik saygısı gibi psikolojik problemler bulunmaktadır. Bu sorunların, kadınlarda madde bağımlılığının ortaya çıkmasına zemin hazırladığı düşünülmektedir (Breslau ve ark, 2006).

Kişinin alışma durumun da bağımlılığın ortaya çıkmasında etkili olan faktörlerden olduğu düşünülmektedir. Kişinin düzenli bir hayatının olması, yerine

getirmekle yükümlü olduğu sorumluluklarının olması koruyucu faktörler olarak sayılabilir. İşsizlik kişinin benlik saygısını düşürerek kendini sosyal ortamlardan izole etmesine ve kişide yoğun bir strese sebep olabilmektedir, yaşanan bu yoğun ve rahatsız edici durumdan kurtulmak amacıyla kişiler alkol veya maddeye başvurabilirler. Yapılan araştırmalar bir amaç uğruna çalışma hissinin kişinin madde kullanma riskini azaltabileceğini göstermektedir (Siahpush ve Borland, 2001). Türkiye örnekleminde yapılan bir çalışmada ise alkol ve madde kullanım bozukluğuna sahip bireylerin %70'nin çalışmadığı gözlemlenmiştir (Evren ve Ögel, 2003). Çalışma ortamında sosyal destek olarak nitelendirilebilecek olumlu ilişkilere sahip olmak, kişilerin stresle daha kolay başa çıkabilmesine yardımcı olabilmektedir, bu durum da yoğun stres kaynaklı alkol veya maddeye yönelme eğiliminin önüne geçebilir bir faktör olarak değerlendirilebilir.

Kişinin ruhsal durumu da madde kullanım bozukluğunun ortaya çıkmasında etkisi olan faktörlerdendir. Kişinin çökkün bir duygudurumu içinde olması, sürekli olarak umutsuz mutsuz olması, geleceğe dair yoğun kaygılar yaşaması ve bunlarla başa çıkamadığı durumlarda rahatlamak amacıyla madde veya alkole başvurması sık karşılaşılan bir durumdur. Depresyon ve anksiyete bağımlılıkla sık sık beraber gördüğümüz durumlardır ancak bu durum çift yönlüdür kişi depresyon veya kaygının kendisine yaşattığı sıkıntılardan kurtulmak için madde veya alkole başvurabileceği gibi; alkol veya madde kullanımı sonucu olarak da bu belirtileri gösterebilmektedir. Kronik alkol kullanımının depresyon ve anksiyete semptomlarının şiddetini arttırdığı düşünülmektedir (Bolton et al., 2009). Ayrıca yapılan araştırmalar travma sonrası stres bozukluğu yaşayan bireylerin yaşadıkları travmayı unutmak veya belirtilerini azaltmak amacıyla maddeye yönelebildiklerini de göstermektedir (Jacobsen ve ark, 2001). Kişilik bozukluklarından özellikle antisosyal kişilik bozukluğu ve bipolar bozukluğun bağımlılıkla sık sık comorbid olarak ortaya çıktığı görülmektedir (Türkçapar, 1997; Eken, 2003; Öner, 2002; Önce, 2002).

2.3 Davranışsal Bağımlılık

Bağımlılık terimi genel olarak alkol ve maddeyle ilişkilendirilen bir terim olarak karşımıza çıksa da son yıllarda davranışsal bağımlılık alanında yapılan çalışmalar ve elde edilen bulgular bağımlılığın sadece alkol veya maddeye karşı gelişmediğini davranışlarla da olabileceğini göstermektedir. Davranışsal bağımlılık kavramı, kişinin herhangi bir

madde veya alkol olmaksızın, bir davranışı kontrolsüzce yapması ve bu davranışın kişinin hayatını olumsuz etkilemesine rağmen kişinin davranışa devam etmesi olarak tanımlanmaktadır (Grant ve ark, 2010). Kişi davranışı sürekli olarak devam ettirmeye, zamanla davranış üzerindeki kontrolünü kaybetmeye ve yaşamını olumsuz etkilediğini fark etmesine rağmen davranışa devam etme eğilimindedir. Kişinin fiziksel sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri alkol veya madde kadar ciddi olmamasına karşın psikolojik ve sosyal etkileri oldukça ciddidir.

Nörobiyolojik olarak incelendiğinde davranışsal bağımlılıkların da madde kullanım bozukluklarındaki gibi beynin ödül sistemi üzerinde meydana gelen değişimler ve dopaminin rolü ön plana çıkmaktadır. Yapılan araştırmalar neticesinde davranışsal bağımlılığı olan kişilerde karar verme becerisinin zayıfladığını ve prefrontal korteksin aktivitesinin azaldığı görülmüştür (Griffiths, 2005). Türkiye örnekleminde yapılan bir çalışmada ise bu şekilde bağımlılığı olan kişilerin dopamin salınımının özellikle stres altındayken arttığını göstermiştir (Gökçe ve Yılmaz, 2020).

Davranışsal bağımlılığı madde kullanım bozukluğundan ayıran en önemli noktalardan biri kişiden kişiye değişiklik göstermesidir; madde kullanım bozukluklarında eroin kullanan herkesin vücudunda bağımlılık etkisi yaratırken davranışsal bağımlılıklarda bu kişisel durumlara bağlıdır başka bir deyişle bilgisayar başında çok fazla vakit geçiren herkesin bağımlılık geliştirmesi beklenmez.

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayımlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-5) davranışsal bağımlılıkları da madde kullanım bozukluklarıyla benzer çerçevede incelemektedir; şu an sadece Patolojik Kumar Oynama Bozukluğu bağımlılık kategorisine “Madde ile ilişkili olmayan bozukluk” başlığı altına alınmıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Bunun yanı sıra internet bağımlılığı, alışveriş bağımlılığı ayrı bir kategori olarak değerlendirilmemiştir ancak ileri çalışma gerektiren durum şeklinde incelemeye alınmıştır.

Davranışsal bağımlılıklarda genel olarak ortaya çıkan belirtilere bakıldığında; kişi davranışı başlatma, sürdürme ve bitirme süreçleri üzerindeki kontrolünü kaybeder, zihni sürekli olarak davranışı gerçekleştirmeyi düşünmekte, davranışı yapmadığı zamanlarda ise nasıl ve ne zaman yapacağını hayalini kurmaktadır, yapamadığında bu durumdan rahatsızlık duymaktadır, kişinin hayatını olumsuz etkilemesine rağmen de davranışı yapmaya devam etmektedir, şeklinde açıklanabilir.

2.3.1. Davranışsal Bağımlılık Türleri

DSM-5'te sadece patolojik kumar oynama bozukluğu bağımlılık olarak değerlendirilse de yapılan incelemeler başka birçok davranışın da bağımlılık oluşturabileceğini göstermektedir. Bunlar internet bağımlılığı, oyun bağımlılığı, seks bağımlılığı ve egzersiz bağımlılığıdır.

Kumar Bağımlılığı

Kumar bağımlılığı kişinin günlük hayatını olumsuz etkilemesine rağmen, oynamadığında kişide psikolojik huzursuzluğa sebep olan, kontrolsüz bir şekilde sürekli olarak daha yüksek paralarla kumar oynamasıyla karakterize edilmiş bir bozukluk olarak karşımıza çıkmaktadır (Mallorquí-Bagué ve ark., 2018).

DSM- 5 Patolojik Kumar Oynama Bozukluğu kriterleri bu şekildedir:

- a) Son bir yıl içinde, bu belirtilerden **en az dördünün** (veya daha fazlasının) ortaya çıkması ve kişinin **günlük yaşamında belirgin bir sıkıntıya** veya **işlevsellik kaybına** neden olması:
 - Heyecan hissini sürdürebilmek için gittikçe daha yüksek miktarlarda para ile kumar oynama ihtiyacı duyar.
 - Kumar oynamayı bırakmaya veya azaltmaya çalıştığında huzursuzluk veya tahammülsüzlük yaşar.
 - Kumar oynama davranışını kontrol altına almak veya tamamen bırakmak için defalarca başarısız girişimlerde bulunmuştur.
 - Kumarla ilgili düşünceler zihnini sürekli meşgul eder (örneğin, geçmişte yaşadığı kumar deneyimlerini sık sık hatırlama, bir sonraki kumar fırsatını planlama, kumar oynayabilmek için para bulma yollarını düşünme).
 - Olumsuz duygularla başa çıkmak amacıyla kumar oynar (örneğin, çaresizlik, suçluluk, stres, depresyon gibi duygular yaşadığında kumara yönelir).
 - Kaybettiklerini geri kazanma amacıyla tekrar kumar oynar (kaybettiklerinin peşine düşme davranışı).
 - Kumar oynama miktarını veya sıklığını gizlemek için yalan söyler.

- Kumar oynama nedeniyle önemli sosyal ilişkileri, işi veya eğitim/mesleki fırsatları tehlikeye girmiş ya da kaybedilmiştir.
- Kumar nedeniyle yaşadığı ciddi mali sorunları çözmek için başkalarından maddi destek talep eder.

Bu davranışlar yalnızca mani dönemleriyle açıklanamaz.

Kişiler başlangıçta zevk almak, rahatlamak ve streslerini azaltmak amacıyla oynamaya başlarlar ancak süreç ilerledikçe daha fazla kazanmak, kaybettiklerini geri almak amacıyla oynamaya devam ederler. Başlangıçta stresi azaltmak rahatlamak için oynarken patolojik kumar bozukluğu geliştiğinde kişi artık oynamadığında stres ve huzursuzluk yaşamaya başlamaktadır.

Bu bozukluk kişinin hem kendisine hem de çevresine maddi ve manevi olarak ciddi zararlar vermektedir, kişiler kumara oynarken kaybettikleri parayı geri kazanmak için daha fazla oynarken aslında daha da fazla kaybettiklerini göz önünde bulundurmazlar ve bu kısır döngü kırılmadan devam eder. Patolojik kumar oynama bozukluğunun kişide yarattığı ruhsal ve sosyal sıkıntıların beraberinde ailevi ve maddi sorunlara da neden olması kişide intihar girişimi riskini arttırmaktadır (Geniş ve Aksu, 2020).

Kumar bağımlılığı diğer başka hastalıklarla da eş zamanlı olarak da sıklıkla görülmektedir, yapılan araştırmalar kumar bağımlılarında özellikle madde kullanım bozukluğuna da çok fazla rastlandığını göstermektedir. 2001 yılında yapılan bir çalışmada madde kullanım bozukluğu olan bireylerin %13-33'ünde patolojik kumar oynama bozukluğuna da rastlandığı görülmüştür (Petry, 2001). Cinsiyet açısından karşılaştırıldığında patolojik kumar oynama bozukluğu oranının erkeklerde %11.9 kadınlarda ise %7.1 olduğu saptanmıştır (Ögel,2010).

İnternet Bağımlılığı

İçinde bulunduğumuz dönemin artık teknoloji çağı olması, bilgisayar ve internet kullanımının günlük hayattaki işlerimizi yapmamız için hayati önem taşıması internet kullanımda ciddi bir artış meydana getirmiştir. İnternetin patolojik şekilde aşırı kullanılması kullanım bozukluğuna sonrasında bağımlılığa sebep olabilmektedir. Aşırı internet kullanımı henüz bir bağımlılık çeşidi olarak literatürde yer almasa da gittikçe

artan kontrolsüz kullanımı risk olarak değerlendirilerek incelenmeye ve araştırmaya değer özellik taşımaktadır. Yapılan araştırmalar internet bağımlılığının toplumdaki yaygınlığının %6-14 arasında olduğunu göstermektedir (Scherer, 1997).

Günden güne artan aşırı internet kullanımı, internet kullanılmadığı esnada huzursuzluk, sıkıntı, öfke, saldırganlık ortaya çıkması, kişinin günlük işlevlerini yerine getirememesi, internet kullanmaya yönelik isteğini kontrol edememesi gibi durumların görülmesi kişinin internet bağımlılığına işaret edebilir, araştırmalar haftada 40-80 saat internet kullanan ve bu sebepten dolayı işe okula hatta terapiye gelmeyen kişilerin olduğunu göstermektedir (Alyanak,2016).

Aşırı internet kullanımı olan kişilerin %50'sinde başka bir psikolojik rahatsızlığın da olduğu, bunların madde kullanımı, duygudurum bozukluğu, psikotik bozukluk, depresif bozukluk ve anksiyete olduğu araştırmalarca bulunmuştur (Black,1999). Bağımlılık riskini arttıran faktörlerin ise aile içi iletişimin düşük olması, olumsuz arkadaş çevresi, yoğun öfke ve okul başarısının düşüklüğü olduğu düşünülmektedir (Weinstesin,2010).

Ülkemizde yapılan bir araştırmada aşırı internet kullanımı olan bireylerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, sosyal fobi, depresyona sık rastlandığı görülmüştür (Odabaşıoğlu,2007).

Seks Bağımlılığı

Kişinin cinsel davranışlarını kontrol edemediği, seks yapma arzusuna karşı koyamadığı bunu da farklı kişilerle sürekli istediği bir durum olarak tanımlanmaktadır. DSM-V' te ayrı bir başlık altında incelenmemektedir ancak Uluslararası Hastalıklar Sınıflandırmasında (ICD-11) kompulsif cinsel davranış bozukluğu olarak yer almaktadır (World Health Organization,2019). Bu kapsamda incelendiğinde seks bağımlılığında görülen davranışlar; kontrol edilemeyen cinsel güdüler, yoğun bir şekilde cinsel aktiviteye ihtiyaç duyma, suçluluk ve utanç duygusu, zamanının büyük kısmını cinsel aktivitelerle veya onları düşünerek geçirme, sosyal mesleki ve aile hayatında bozulmalar şeklinde gözlemlenmektedir. Ayrıca bu kişilerde çok fazla porno izleme, teşhircilik yapma, çok sık mastürbasyon yapma, sürekli cinsel ilişkiye girme davranışlarının da sık gözlemlendiği ve kişilerin hem bu davranışları yaparken hem de öncesinde düşünüp hayal kurarken çok fazla zaman harcadıkları görülmüştür (Aksoy,2010).

Altında yatan birden fazla sebebin olabileceği gibi diğer bağımlılıklarla benzer olarak dopamin, serotonin gibi nörotransmitterlerin seks bağımlılığının ortaya çıkmasında etkisi olduğu düşünülmektedir (Kraus ve ark, 2016). Travmatik yaşam olayları, özellikle çocukluk çağı travmaları, anksiyetenin seks bağımlılığının ortaya çıkmasında rol oynadığı saptanmıştır (Carnes, 2001).

Kişilerin bu konuda çok fazla açıklama yapmaması, toplumsal olarak kabul edilemez olduğunu düşünmeleri bu alandaki araştırmaları zorlaştırırken seks bağımlılığının erkeklerde kadınlara oranla daha fazla görüldüğü gözlemlenmekle beraber artan internet kullanımının bu bağımlılığın artmasına da neden olabileceği düşünülmektedir.

Egzersiz Bağımlılığı

Egzersiz kişilerin fiziksel olarak daha sağlıklı olmasına ve kendilerini iyi hissetmesine yardımcı olan bir etkinliktir. Yapılan araştırmalar düzenli yapılan egzersizin kişinin fiziksel sağlığının yanında ruhsal iyi oluşuna da katkı sağladığını depresyon, anksiyete ve stres üzerinde pozitif etkileri olduğunu göstermektedir (Moreira, 2016). Egzersiz bağımlılığı ise kişinin kendini kontrol edemeden dürtüsel bir şekilde sürekli egzersiz yapması şeklinde tanımlanabilir. Egzersiz bağımlılığında diğer bağımlılıklarda olduğu gibi bir alkol veya madde kullanımı görülmezken kişinin bütün vaktini ve enerjisini egzersiz yapmaya ayırdığı ve bunu kontrol edemediği görülür. Egzersiz bağımlılığı DSM-5'te bir başlık olarak incelenmemektedir ancak yapılan araştırmalar egzersiz bağımlılığı olarak değerlendirilebilmesi için diğer bağımlılıklara benzer olarak tolerans, yoksunluk, devamlılık, zaman gibi bazı kriterleri önermiştir. Bunları açıklayacak olursak kişinin egzersiz yapma süresinde uzama ve çok sık egzersiz yapması tolerans, egzersiz yapmadığında sinirlilik huzursuzluk yaşaması yoksunluk, kişinin sürekli olarak egzersiz yapmasından dolayı sosyal ve aile hayatının olumsuz etkilenmesi şeklinde açıklanabilir.

Egzersiz bağımlılığının ortaya çıkmasına sebep olan nedenler hala tam olarak saptanamamıştır, ancak Thornton ve Scott (2013) yaptıkları incelemelerde egzersiz yapma amacı fiziksel olarak güçlü olmak olan kişilerin bağımlı olma riskinin egzersiz yapma amacı düşük benlik saygısını artırmak veya stresini azaltmak olan kişilere göre daha düşük olduğunu gözlemlemişlerdir. Yapılan bir başka araştırma mükemmeliyetçilik, gerçekçi olmayan yüksek beklentiler, düşük benlik saygısı, yeterince çok çalışmama

korkusunun egzersiz bağımlılığının ortaya çıkmasına sebep olabileceğini göstermiştir (Macfarlane,2016). Szaboa (2018) yaptığı incelemesinde egzersiz bağımlılığı ve madde bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını egzersiz bağımlılıklarında madde kullanıma çok az rastlandığı sonucuna ulaşmıştır.

2.4 Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu okul öncesi dönemden itibaren ortaya çıkarak yetişkinlikte de devam edebilen nöropsikiyatrik bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır, kişilerde genellikle dikkatini toplamak ve sürdürmekte güçlük yaşama, sürekli olarak hareket etme ihtiyacı hissetme, dürtüsel davranma şeklinde kendini göstermektedir. 1902 yılında ilk kez George Still aşırı hareketli, dikkatini sürdürmekte zorlanan ve öğrenmekte güçlük çeken çocukları inceleyerek DEHB'yi “ahlaki kontrolün ileri düzeyde yetersizliği” olarak tanımlamıştır. Daha sonra 1968 yılında DSM-2’ de “hiperkinetik sendrom” olarak yer almış, DSM-4’te “dikkat eksikliği ve yıkıcı davranışsal bozukluklar” altında incelenmeye başlamıştır. DSM-4’e göre üç ana alt tipi vardır; bunlar dikkat eksikliğinin belirgin olduğu alt tip, dürtüsellüğün ve aşırı hareketliliğin belirgin olduğu alt tip ve karma tiptir (DSM,2007).

APA verilerine göre okul çağındaki çocukların %3-7’sinde DEHB’ye rastlandığı görülmüştür. Yapılan klinik gözlemlerde erkeklerde görülme sıklığının kızlardan 2,4 kat daha fazla olduğu; kız çocuklarında depresyon, kaygı ve dikkatsizliğe sık rastlandığı davranış problemlerinin çok olmadığı erkek çocuklarında ise yıkıcı davranış bozukluklarının çok fazla olduğu görülmüştür (Spetie, 2007).

2.4.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanı Kriterleri

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu çocukluk çağında ortaya çıkmakta olup sonrasında da devam eden bir bozukluktur. Kişilerde dikkatini toplayamama, aşırı hareketlilik, dürtüsel davranışlarda bulunma şeklindeki belirtilerle kendini gösterir. DEHB’si olan kişilerin zaman yönetiminde, işlerini organize etmekte ve başladıkları işi tamamlamakta zorluk yaşadıkları görülmektedir. DEHB klinik bir tanı olarak değerlendirilmekle birlikte tanının konulması için laboratuvar testi veya kendine ait özel

bir testi yoktur, değerlendirme yapılırken klinik gözlem, çocuk ve aile görüşmeleri, bilişsel testler ve davranış değerlendirme testlerinden faydalanılmaktadır, çocuğun farklı ortamlarda gözlemlenmesi de önemli olduğundan aile ve öğretmen görüşleri de dikkate alınmaktadır.

DSM-5' e göre DEHB tanısı almak için kriterle şu şekildedir:

- a) **Belirtiler** dikkat eksikliği ve hiperaktivite-dürtüsellik olarak 2 temel başlıkta incelenmektedir.

Dikkat eksikliği belirtileri:

- Detaylara dikkat etmekte zorlanma, okul ya da iş gibi alanlarda dikkatsizce hatalar yapma.
- Görev ya da etkinliklere odaklanmada güçlük çekme.
- Doğrudan kendisine konuşulurken dinlemiyormuş gibi görünme.
- Verilen yönergeleri takip etmekte zorlanma ve görevleri tamamlayamama.
- Düzenleme gerektiren işleri planlamakta ve sürdürmekte zorlanma.
- Sürekli zihinsel çaba gerektiren görevlerden kaçınma ya da bunlara karşı isteksizlik.
- Gündelik eşyalarını sık sık kaybetme (örneğin; anahtar, telefon, defter vb.).
- Dış uyaranlarla dikkatin kolayca dağılması.
- Günlük sorumluluklarını unutma.

Hiperaktivite- dürtüsellik belirtileri:

- Yerinde duramama, ellerini veya ayaklarını sürekli oynatma, oturduğu yerde kıpırdanma.
- Gereksiz yere yerinden kalkma ihtiyacı duyma.
- Uygun olmayan ortamlarda koşuşturma ya da tırmanma (erişkinlerde huzursuzluk hissi olarak görülebilir).
- Sakin bir şekilde oyun oynama ya da boş zaman etkinliklerine katılmada zorlanma.
- Sürekli hareket halinde olma, sanki bir motor tarafından çalıştırılıyormuş gibi hissettirme.
- Çok konuşma.
- Sorular tamamlanmadan yanıt verme, başkalarının sözünü kesme.

- Sırasını beklemekte güçlük çekme.
- Başkalarının alanına izinsiz girme ya da müdahale etme (örneğin; oyunlarını bölme)

Belirtilerden en az altısının (veya 17 yaş ve üzerindeki bireylerde en az beşinin) en az altı ay boyunca, kişinin gelişim düzeyiyle uyumsuz olacak şekilde ve günlük işlevselliğini olumsuz etkileyerek ortaya çıkması gerekir.

- b) Belirtilerin **12 yaş öncesinde** başlamış ve **birden fazla alanda** (iş ev gibi) görülmesi gerekmektedir.
- c) Belirtiler kişinin sosyal, akademik veya iş yerindeki **işlevselliğinde sorunlara** sebep olmalıdır.
- d) Belirtiler **başka bir psikiyatrik bozuklukla açıklanamamalıdır** (şizofreni, anksiyete, depresyon gibi)

2.4.2. Epidemiyoloji

DEHB günümüzde sıklıkla incelenen bir alan olmasına rağmen yaygınlığı hakkında çok net fikir birliğine varılamamaktadır, bunun sebebi klinik gözlem ve tanı koyarken kullanılan kriterlerin farklı yorumlanması olarak düşünülebilir. 2012 yılında Willcut ve arkadaşlarının yapmış olduğu geniş kapsamlı çalışma sonucuna göre DEHB'nin görülme sıklığını %5.9 – 7.1 olarak açıklamıştır. Çocuk ve ergenlerde görülen psikolojik rahatsızlıkları inceleyen bir çalışmada ise, psikiyatrik bozukluk görülme sıklığı 13.4, DEHB sıklığı ise 3.4 olarak saptanmıştır (Polanczyk GV ve ark, 2015).

Çocuklarda cinsiyet farklarına göre değerlendirildiğinde ise erkek çocuklarında görülme sıklığının kız çocuklarında görülme sıklığından daha fazla olduğu bulunmuştur. Yapılan toplam çalışmalarında erkek kız oranı 2/1 olarak bulunurken, klinik örneklemde 9/1 olarak bulunmuştur (Polanczyk G, 2007). Yapılan araştırmalar DEHB dikkat eksikliği alt tipiyle diğer alt tiplere kıyasla daha fazla karşılaşıldığını, erkeklerde kızlara oranla tüm alt tiplerle daha sık karşılaşıldığı, kızlarda en çok dikkat eksikliği alt tipiyle karşılaşıldığı saptanmıştır (Willcut, 2012). Türkiye örnekleminde 6-12 yaş çocuklarda yapılan bir

araştırmada ise DEHB sıklığı % 8.6, erkek kız oranı ise 3.5/ 1 olarak bulunmuştur (Gül ve ark, 2010).

DEHB semptomları yaşa bağlı olarak zamanla azalabilmektedir, fakat yapılan araştırmalar sonucunda çocukluk döneminde DEHB tanısı alan kişilerin %60-80'ninin yetişkinlik çağında da DEHB belirtileri göstermeye devam ettiği saptanmıştır (Matthies, 2016). Çocuk, ergen ve yetişkinlerin incelendiği bir araştırmada DEHB sıklığının çocuk ve ergenlerde %6, yetişkinlerde ise %3 olduğu görülmüştür (Gül ve ark, 2010).

2.4.3. Etiyoloji

DEHB'nin ortaya çıkmasına neden olan faktörler tam olarak bilinmemekle birlikte etkisi olduğu düşünülen birçok faktör vardır, bunlar biyolojik, psikolojik, sosyal faktörlerdir ayrıca genetik yatkınlık ve yaşanan çevrenin de DEHB'nin ortaya çıkmasında etkisi olabileceği düşünülmektedir.

Genetik Etkenler

Yapılan incelemeler DEHB'nin ortaya çıkmasına neden olan birden fazla gen olduğunu ortaya sürmüştür, ayrıca bu genler aracılığıyla aktarıldığı için ailesel geçiş oranının da çok yüksek olduğu bildirilmiştir (Zhang ve ark, 2012).

Yapılan moleküler genetik incelemelerinde dopamin sistemiyle ilgili bazı genlerin DEHB ile ilişkisi olabileceği düşünülmektedir, bu genler arasında D2, D3, D4, D5 reseptörleri ve dopamin taşıyıcıları (DAT) öne çıkmaktadır, özellikle DRD4 ve DAT1 üzerinde yapılan çalışmalar, bu genlerin DEHB ile bağlantısında önemli ve anlamlı sonuçlar ortaya koymuştur (Albrecht B. ve ark, 2014).

Evlat edinme ve ikiz araştırmaları, DEHB'nin ortaya çıkmasında güçlü genetik ve kalıtsal etkiler olduğunu göstermektedir, yapılan bu araştırmalarda DEHB'li çocukların ebeveynlerinde DEHB görülme riskinin kontrol grubuna kıyasla 2-8 kat, kardeşlerinde ise 3-5 kat fazla olduğu saptanmıştır (Thapar ve ark, 2013). Yapılan bir başka araştırmaya göre; DEHB tanısı almış kişilerin akrabalarında da DEHB görülme ihtimali %10 - %35 arasında değişmekle birlikte, kardeşler arasında bu oran %32 civarında olup, anne veya babasında DEHB olan çocuklarda risk %57'ye yükselmektedir. Tek yumurta ikizlerinde iki kardeşte birden DEHB olma riski %50-84 oranındayken, çift yumurta ikizlerinde oran %30-40 civarında bulunmuştur (Martin N, Scourfield J., 2002).

Nörogelişimsel Etkenler

DEHB’li bireylerin beyin yapılarının incelendiği görüntüleme çalışmalarında bu bireylerin bazı beyin bölgelerinde farklılıklara rastlanmıştır. Yapılan görüntülemelerde DEHB’li olan bireylerin prefrontal korteks, beyincik, kaudat nükleus, korpus kollozum, globus pallidus hacimlerinin diğer bireylere kıyasla daha düşük olduğu saptanmıştır (Castellanos FX, Giedd JN, Berquin PC,2001). Beyin yapısını inceleyen önemli çalışmalardan birisinde DEHB’si olan çocukların beyin hacminin DEHB’si olmayan çocuklara göre %4 daha az olduğu görülmüş, 10 yıl sonra çekilen MR sonuçlarında da aynı bulgulara rastlanmıştır. İncelenen PET verilerinde beyin hacminin düşüklüğü özellikle prefrontal kortekste gözle görünür şekilde fark edilmiştir (Ekşi, 2011).

Dopamin ve nöroepinefrin DEHB ‘nin ortaya çıkmasında rol oynayan önemli nörotransmitterler olarak karşımıza çıkmaktadır. Dopamin eksikliğinde dikkat, odaklanma ve hafızayla ilgili problemler ortaya çıkarken, nöroepinefrin eksikliğinde yine dikkati toplama ve sürdürmede sorunlara yol açtığı bilinmektedir. Yapılan araştırmalar DEHB tanısına sahip çocuklarda dopamin ve epinefrin miktarının gözle görülür şekilde düşük olduğunu ortaya koymaktadır (Şenol,2007).

Çevresel Etkenler

DEHB’nin ortaya çıkmasında biyolojik ve kalıtsal etmenlerin dışında çevre faktörünün de önemli rol oynadığı görülmektedir. Prematüre doğum, annenin hamilelik süreci, hamilelikte alkol madde veya sigara kullanımı, hamilelik sürecinde annenin yaşadığı ruhsal sıkıntılar, doğum sırasında yaşanan zorlanmalar, düşük doğum ağırlığı, bebeğin anne sütü alamaması gibi birçok faktörün çocukta DEHB riskini arttırabileceğini göstermektedir (Şenol,2008). Yapılan bir araştırma anne sütünün koruyucu bir faktör olabileceğini öne sürmektedir, yapılan araştırmada 17046 çocuk incelenmiş ve anne sütü alan çocukların zekâ puanlarının anlamlı şekilde yüksek olduğu gözlemlenmiştir (Taşpınar,2023).

Erken dönem çocukluk yaşantıları, anne-baba kaybı, ebeveynlerin ayrılması, ebeveyn çocuk ilişkileri, aile tutumlarının DEHB etiyolojisinde önemli yere sahip olduğu düşünülmektedir (Öncü,2012). Yetiştirme yurdunda büyüyen çocukların uzun süreli duygusal yoksunluğa maruz kalmaları neticesinde aşırı hareketli oldukları ve dikkat

sürelerinin kısaldığı ancak evlat edinilme sonrasında bu belirtilerin azalabildiği görülmüştür (Şenol,2008).

2.4.4. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Alkol Madde Kullanım Bozukluğu ile İlişkisi

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu çocukluk çağına ortaya çıkan aşırı hareketlilik, yerinde duramama, başlanılan işi tamamlamakta güçlük yaşama, dikkatini toplamakta ve sürdürmekte zorluk yaşama ve dürtüsel davranma şeklinde kendini gösteren nörogelişimsel bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Çocukluk çağına ortaya çıkmaya başlamaktadır, belirtilerin yetişkinlik döneminde biraz daha yatıştığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. Nedenleri tam olarak açıklanamasa da genetik faktörlerin, yaşanan çevrenin, anne babanın çocuğa tutumlarının ve erken dönem ayrılık, kayıp öykülerinin hastalığın ortaya çıkmasında etkisi olan faktörler olduğu bilinmektedir.

Madde kullanım bozukluğu kişilerin bağımlılık yapıcı maddeleri kontrolsüz bir şekilde aşırı kullanımı, kullanmadığı zamanlarda çeşitli fiziksel ve ruhsal yoksunluk belirtileri yaşadığı, kişinin aile, iş ve sosyal hayatını olumsuz etkileyen toplumsal etkileri de olan bir beyin hastalığıdır. Kişiler maddenin hayatlarına olumsuz etkilerine rağmen maddeyi kullanmaya devam ederler, hatta zamanla tolerans gelişmesinden kaynaklı olarak aynı hazzı ve etkiyi almak için daha fazla madde miktarına ihtiyaç duyarlar. Madde kullanım bozukluğunun gelişmesine neden olan birçok faktör olduğu bunların fiziksel, psikolojik ve genetik arka planları olduğu da bilinmektedir. Madde kullanım bozukluğu sıklıkla depresyon, anksiyete, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, kişilik bozuklukları gibi ruhsal rahatsızlıklarla birlikte görülmektedir (Özen,2018).

Yapılan araştırmalar DEHB ve madde kullanım bozukluğunun sık sık comorbid bir tanı olarak görüldüğüne işaret etmektedir, DEHB'nin madde kullanım bozukluğunun ortaya çıkmasında etkili olan ciddi bir risk faktörü olabileceği düşünülmektedir (Özen,2018). DEHB ve madde kullanım bozukluğunun aynı anda görülmesi hastalığın gidişatını olumsuz yönde etkilemektedir, DEHB tanısı almış kişilerin birden fazla maddeyi aynı anda kullanma ihtimalinin daha yüksek olduğu, tedavi motivasyonlarının ise daha düşük olduğu gözlemlenmektedir. Bunun sebebi olarak DEHB tanılı bireylerin düşünmeden hareket etme ve dürtüsel davranışlar gösterme eğilimlerinin daha yüksek olması düşünülebilir. Türkiye örneğinde yapılan bir çalışmada madde kullanım

bozukluğu olan bireylerin %32.47'sinde DEHB tanı kriterlerine de rastlanmıştır (Öztürk,2015).

Örüm ve arkadaşları (2019) yılında yaptıkları araştırmada DEHB tanısı almış olan kişilerde karar verme mekanizmalarında problemler olabildiği bu sebeple bilişsel hatalara sık rastlandığı bu durumun da kişiyi madde kullanımı gibi riskli davranışlara sürükleyebileceğini saptamışlardır. DEHB tanısı almış bireylerin okul başarısının tanı almamış olanlara kıyasla daha düşük olduğu bu durumun da kişiyi madde kullanımına iten faktörlerden biri olduğu düşünülmektedir, özellikle dikkatsizlik alt tipine sahip olan bireylerde akademik başarısızlık anlamlı bir şekilde ön plana çıkmaktadır (Yang, 2007). Ebeveynleri alkol madde kullanım bozukluğuna sahip olan çocuklarda DEHB belirtilerine daha sık rastlandığını gösteren araştırmalar da bulunmaktadır (Wilens ve ark, 1994). Bu durum doğum öncesi süreç ve aile içi ilişkilerin DEHB'nin ortaya çıkmasındaki etkisine bir kanıt niteliğinde olabilir.

2.4.5. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Davranışsal Bağımlılıklar

Davranışsal bağımlılık kişinin bir davranışı veya eylemi kontrolsüz bir şekilde sürekli yapması, buna engel olamaması ve yapamadığında çeşitli fiziksel ve ruhsal sıkıntılar duyması olarak tanımlanabilir. DSM kriterlerine göre sadece patolojik kumar oynama bozukluğu davranışsal bağımlılık olarak tanımlansa da bağımlılık olarak nitelendirilebilecek birçok davranışı inceleme çalışmaları devam etmektedir. İnternet, oyun, alışveriş, seks, egzersiz bağımlılığı gibi birçok davranış buna örnek teşkil edebilir.

DEHB'nin farklı birçok hastalıkla comorbid görülebildiği saptanmış olup bunlardan birisi de davranışsal bağımlılıklardır. Yapılan araştırmalar internet bağımlılığı olan bireylerde sıklıkla DEHB'nin de görüldüğünü belirtmektedir (Tahiroğlu, 2010). Sosyal destek DEHB'nin seyrinde önemli rol oynamaktadır, kişinin içinde yaşadığı çevreden aldığı olumlu destek belirtilerin şiddetini azaltabildiği gibi gidişatı da olumlu etkilemektedir; ancak sosyal desteğin azlığı kişinin benlik saygısında azalmasına sebep olarak kişinin rahatsız ve huzursuz hissetmesine yol açtığına, bu rahatsızlıktan kurtulmak amacıyla da kişiyi alkol madde kullanmaya iten bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (Eker, 1995).

Tayvan örnekleminde 2214 çocuğun incelendiği bir araştırmada internet bağımlılığı olan çocuklarda olmayanlara göre DEHB belirtilerine daha fazla rastlandığı görülmüştür (Yen ve ark, 2007). Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada DEHB'nin hiperaktivite ve dürtüsellik alt tipine sahip kişilerde internet bağımlılığı oranlarının anlamlı bir şekilde ilişkili olduğu gözlemlenmiştir (Dalbudak ve Evren, 2014).

2.5 Dürtüsellik

Dürtüsellik psikiyatrik bozuklukları incelerken sıklıkla karşımıza çıkan ve birçok psikiyatrik bozukluğun temel belirtileri arasında görülen bir durumdur. En genel tanımıyla dürtüsellik, bireyin ani kararlar alma, düşünmeden hareket etme ve bu davranışlarını kontrol altında tutmakta zorlanmasıdır. Dürtüsellik genellikle bireyin içinde bulunduğu ortama uyum sağlamayan, yeteri kadar düşünülmeden yapılmış ve çoğunlukla istenmeyen sonuçlara yol açan riskli davranışları içermektedir. Patton ve arkadaşları (1995) dürtüsellliği tanımlarken düşünmeden ani hareket etme, dikkatini sürdürmemeye ve planlama eksikliği şeklinde üç farklı başlık altında incelemişlerdir. Eysenck (1977) ise dürtüsellliği risk almaya eğilimli olma, plan yaparken zorlanma ve dikkati toplamakta güçlük yaşama olarak tanımlamaktadır. DSM-IV eksen I veya eksen II tanı ölçütleri arasında kişilik bozuklukları, mani veya madde kullanımı gibi psikiyatrik bozukluklar içerisinde sıklıkla yer almaktadır.

Dürtüsellikte risk alma, zevk peşinde olma, dikkatsiz davranma, yenilik ve heyecan arayışı, sabırsızlık, dışa dönüklük, olası zararları hafife alma gibi davranışlar en sık karşılaşılan durumlardır (Yazıcı,2010). Kişiler istedikleri şeyin hemen olmasını talep ederler ve sabırsız davranışlar sergilerler, istedikleri şeyin sonucunu düşünmezler ve mantıklı olup olmasını önemsemezler. Amaç istenen hazzı beklemeden bir an önce ulaşmaktır, haz veren şey zararlı olsa bile hazzı ulaşmak için çeşitli zaman zaman da riskli davranışlarda bulunmakta çekinmezler. Dürtüsel kişiler büyük ancak ulaşılması için zamana ihtiyacı olan ödüller yerine küçük ancak hemen ulaşılabilen ödülleri seçme eğilimindedirler. Çocuklarda daha çok yerinde duramama ve sabırsız davranma şeklinde gözlemlenmektedir, dürtüsel çocuk bir yerde uzun zaman aynı şekilde kalmayı istemez, sürekli hareket etme ihtiyacı hisseder ve yaptığı şeylere odaklanmakta güçlük yaşar bu durum çocuğun akademik başarısına negatif şekilde yansiyabilir. Yetişkinlikte ise

heyecan arayışı ve zevk peşinde koşma davranışları kişinin hayatını olumsuz etkileyebilir.

2.5.1. Kavramsal Çerçeve

Dürtüsellik, ani ve düşünmeden karar alma, riskli davranışlarda bulunma, dikkatsizlik ve haz peşinde olma şeklinde kendini gösteren bir durumdur ve birçok psikolojik bozukluğun temel belirtilerindendir. Dürtüsellğin neden ortaya çıktığıyla ilgili olarak birden fazla faktörden söz edilebilir bunlar genetik faktörler, beynin kimyası ve yapısı, çevresel ve psikolojik faktörlerdir.

Kalıtımsal faktörlerin ve genetik yakınlığın dürtüsellğin ortaya çıkmasında etkisi olduğu düşünülmektedir, Eysenck (2004) dürtüsellği açıkladığı modellemesinde dürtüsellğin kişiliğin oluşmasında önemli bir etkisi olan genetik faktörlerle ve beynin yapısıyla doğrudan ilişkisi olduğunu belirtmektedir. Beyindeki kimyasalların miktarlarındaki dengesizliklerin de dürtüsellikle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Dopamin ve serotonin ödül ve hazla doğrudan ilişkili olduğu için bunlardaki dengesizliğin bozukluğa sebep olabilmektedir. Dopamin miktarının düşüklüğünün ödül mekanizmasını olumsuz etkileyerek dürtüsel davranışları arttırabileceği düşünülmektedir (Şahin,2017). Mantıklı karar verme, muhakeme ve yargılayıcı işlevlerden sorumlu olan prefrontal korteksin yeteri kadar gelişmemiş olmasının veya etkinliğinin az olmasının kişiyi daha dürtüsel davranmaya iten sebeplerden olduğu düşünülmektedir (Yavuzer,2009).

Çevre ve aile faktörünün de dürtüsellğin ortaya çıkmasında önemli rolü olduğu düşünülmektedir. Ailenin çocuğu yetiştirme şekli, çocuğa olan davranışları, sınır koyma ve kurallara uyma noktasındaki tutumları çocuğun davranışlarını etkiler ve şekillendirir. Küçüklüğünden itibaren hiç sınır konmamış, her istediği anında yapılmış, kurallara uymadığında herhangi bir uyarı veya cezayla karşılaşmamış çocuklar bu durumun yanlış olduğunun farkında değildir ve her istediklerinin hemen olması gerektiğini veya her ortamda istedikleri şekilde davranabileceklerini düşünürler. Bunların dışında aile içinde şiddete maruz kalmanın, aşırı koruyuculuğun ve yetersiz disiplinin de dürtüsel davranışlara sebep olduğu düşünülmektedir (Belsky ve Haan, 2011).

Yaşanılan toplumun kültürünün de kişinin dürtüsel davranma eğilimini desteklediğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır, Funder (2001), risk alma davranışlarının bir başarı olarak görüldüğü ve onaylanıp takdir edildiği toplumlarda bireylerin dürtüsel davranmaya daha eğilimli olduğunu belirtmiştir. Dürtüsellik tek bir nedene bağlı olmayan birçok alt nedeni de içinde barındıran çok yönlü bir durumdur bu yüzden, dürtüsellüğün nedenleri incelenirken tek bir sebebe odaklanmak yerine diğer etmenleri de göz önünde bulundurmak önemlidir.

2.5.2. Dürtüsellik ve Bağımlılık Davranışı İlişkisi

Madde kullanımı sadece dürtüsel bir davranış sonucu olarak değerlendirilemeyen çok yönlü bir bozukluktur, kullanılan maddenin kişiye haz vermesi, stresini azaltması kişinin madde kullanmaya devam etmesine sebep olan başlıca faktörlerdendir ancak kişiler yaptıkları davranışın sonunu düşünmeden, maddenin verdiği zararı göz önünde bulundurmadan keyif almak amacıyla dürtüsel bir şekilde buna devam ederler. Kişinin kendini kontrol edemediği sürekli artan miktarlarda madde kullanması ve kullanmadığında rahatsızlık hissetmesi ciddi bir problem olan madde kullanım bozukluğuna yani bağımlılığa dönüşür. Dürtüsel kişilerde bu durumun ortaya çıkması daha olasıdır çünkü dürtüsellüğün doğasında risk arama davranışları, düşünmeden hareket etme ve haz odaklılık vardır. Madde kullanım bozukluğuna sahip olan kişiler geleceğe yönelik plan yapmaktan ziyade anlık tatminlere odaklanırlar (Bechara,2005).

Yapılan bir araştırmada dürtüsel şiddete başvuran suçlular ve kundakçılarda madde kullanım bozukluğuna genel nüfusa göre daha sık rastlandığı bulunmuştur (Braddy ve ark, 1998). Riskleri görmezden gelme ve zararları küçümseme eğilimi dürtüsel kişilerde çoklu madde kullanımına zemin hazırlayabilmektedir. Dürtüsellik kişilerin kontrol mekanizmasının zayıflamasına sebep olan bir durumdur, zayıflayan kontrol mekanizması kişinin madde kullanmayı engellemesi noktasında kişiyi zorlayabilir (Dilbaz,2018). Dürtüsel bireylerde maddeyle tanışma yaşının daha düşük olduğu ve kullanmaya devam etme sıklığının diğer bireylere oranla daha yüksek olduğu görülmüştür (Chambers ve ark, 2003). Ailede veya yakın çevrede madde kullanım bozukluğu tanısı almış olan kişilerin varlığı da bireyi madde kullanımına iten risk faktörlerinden sayılabilmektedir, bu durum kişide maddeye karşı merak uyandırırken aynı zamanda kullanıma başladıktan sonra devam etmesine de zemin hazırlayabilmektedir. Ailesinde madde kullanma geçmişine sahip olan kişilerin dürtüsel davranma ve

bağımlılık geliştirme eğiliminin diğerlerinden daha yüksek olduğu bilinmektedir (Perry ve Carroll, 2008). Sonuç olarak dürtüsellik ve bağımlılık sıklıkla bir arada görülen ve birbirleriyle ilişkili olan durumlardır.

2.5.3. Dürtüsellik ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu İlişkisi

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu kişilerin dikkatini sürdürmekte zorlanması, aşırı hareketli olması ve dürtüsel davranışlarda bulunmasıyla karakterize olan nörogelişimsel bir bozukluktur (APA, 2022). Dürtüsellik DEHB'nin ana bileşenlerindendir ve kişinin düşünmeden hareket etmesi, ani kararlar vermesi ve aceleci davranışlar sergilemesi biçiminde kendini gösterir.

DEHB'nin temel bileşenlerinden birisi olan dürtüsellik özellikle DEHB'nin hiperaktivite alt tipinde daha sık rastlanmaktadır (Willcutt, 2012). Dürtüsellik çocukluk döneminde ortaya çıktığında çocuğun arkadaşlık ilişkilerinde bozulmalara, akademik başarısında düşüşe sebep olabilir, kurallara uymakta sorunlara neden olabileceği gibi riskli davranışları deneme noktasında da problem teşkil edebilir. Yetişkinlik döneminde dürtüsel davranışlar yine kişiye ve çevresine zarar verebilir, dürtüsel davranan kişiler riskli davranışlarda bulunabileceği gibi finansal açıdan da zorluklar yaşayabilir, kişinin anlık haz almak için kumara veya maddeye başvurusu gibi olumsuz davranışlarla sonuçlanabilir. Bunların dışında sık iş değiştirme, çok hızlı veya dikkatsiz araba kullanma, ani öfke patlamaları şeklinde de kendini gösterebilir (Barkley ve ark, 2008).

Beyin kimyasında meydana gelen değişimlerin de DEHB ve dürtüsellikle ilişkili olduğu bilinmektedir. DEHB'li bireylerde dopamin ve nöradrenalin miktarlarındaki değişikliklerin kişinin davranış sistemlerini ve beyindeki ödül mekanizmasını olumsuz etkilediği düşünülmektedir (Arnsten, 2009). Dömke ve arkadaşları (2021) yaptıkları incelemelerde, DEHB tanısı almış kişilerde hem günlük hayatta hem de yapılan psikolojik testlerde dürtüsellüğün belirgin bir şekilde görüldüğünü bulmuşlardır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini alkol madde kullanım bozukluğu ve davranışsal bağımlılıklar sebebiyle yatarak tedavi gören hastalar ve herhangi bir bağımlılığı olmayan sağlıklı bireylerden oluşturmaktadır. Araştırmanın verileri NP İstanbul Beyin Hastanesinde yatarak tedavi gören bireylerden ve herhangi bağımlılığı olmayan sağlıklı bireylerden toplanmıştır.

Araştırmanın örneklemini NP İstanbul Beyin Hastanesinde yatarak tedavi gören 42 hasta ve 52 sağlıklı birey oluşturmaktadır. Toplam örneklemin %12,76'sını kadın (n=12) %87,23'ünü erkek (n=82) katılımcılar oluşturmaktadır.

3.1.1 Prosedür

Araştırma Üsküdar Üniversitesi girişimsel olmayan araştırmalar etik kurulu tarafından onaylanmıştır. Katılımcılara yüz yüze ve online anket formları uygulanmıştır. Araştırmayı yapmak için NP İstanbul Beyin Hastanesi etik kurul onay izni alınmıştır.

Katılımcıların araştırmaya dahil edilme kriterleri, anket sorularını cevaplama konusunda yeterliliğe sahip olma, bilgilendirilmiş onam sonrasında araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmiş olma, 18 yaş üzeri olma şeklinde belirlenmiştir. Araştırma verileri Mart 2024 – Aralık 2024 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.1.2 Veri Toplama Aracı

Araştırmanın verileri nicel veri toplama yöntemlerinden biri olan anket tekniği kullanılarak toplanmıştır. Verileri toplamak amacıyla Sosyodemografik Veri Formu, Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği katılımcılara verilmiştir.

3.1.2.1 Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmaya katılan katılımcılar hakkında bilgi toplamak amacıyla uygulanan bir formdur. Bu form ile katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, gelir düzeyi, hakkında sorular sorularak bilgi toplanması sağlanır.

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

Ölçek RC Kessler ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Sultan Doğan, Bedriye Öncü, Gamze Varol Saraçoğlu ve Suat Küçükgöçü tarafından 2009 yılında yapılmıştır.

Ölçeğin güvenilirliği, iç tutarlılık analizi ile değerlendirilmiş ve Cronbach alfa katsayısı 0.88 olarak hesaplanmıştır. Alt ölçekler bazında yapılan analizlerde, ‘dikkat eksikliği’ alt ölçeği için Cronbach alfa değeri 0.82, ‘hiperaktivite/dürtüsellik’ alt ölçeği için ise 0.78 olarak belirlenmiş ve her iki alt ölçeğin de yüksek iç tutarlılığa sahip olduğu görülmüştür. Ölçeğin zamana karşı tutarlılığını değerlendirmek amacıyla iki hafta arayla 50 katılımcıya test-tekrar test uygulanmış ve Cronbach alfa değeri 0.81 olarak hesaplanmıştır. Test-tekrar test tutarlılığını değerlendirmek için, iki uygulama arasındaki toplam ve alt ölçek puanları arasındaki korelasyon incelenmiş; toplam puanlar için $r=0.85$, alt ölçekler için ise $r=0.73$ ile 0.89 arasında anlamlı düzeyde yüksek ilişki saptanmıştır ($p<0.01$). Ayrıca, test-tekrar test güvenilirliğini desteklemek amacıyla iki uygulama arasında bağımlı gruplar için t testi yapılmış ve puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Ölçeğin yapı geçerliliğini incelemek için faktör analizi uygulanmıştır. Analiz öncesinde verilerin faktör analizi için uygunluğu değerlendirilmiş; örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu ve değişkenler arasında faktör analizi yapmaya elverişli bir ilişki bulunduğu belirlenmiştir (Kaiser-Meyer-Olkin örneklem yeterliliği 0.92, Bartlett Küresellik Testi = 2.5, $p<0.0001$).

Eşzamanlı geçerliliği değerlendirmek amacıyla, ASRS’nin toplam ve alt ölçek puanları ile WUDÖ ve SCL-90-R puanları arasındaki ilişki incelenmiştir. ASRS ile WUDÖ toplam puanları arasında anlamlı ve pozitif bir korelasyon bulunmuştur ($r=0.52$, $p<0.01$). Ayrıca, ASRS’nin hem toplam puanı hem de ‘dikkat eksikliği’ ve ‘hiperaktivite/dürtüsellik’ alt ölçek puanları ile WUDÖ’nün ‘irritabilite’ ($r=0.41$, $p<0.01$), ‘depresyon’ ($r=0.44$, $p<0.01$), ‘davranış sorunları/dürtüsellik’ ($r=0.38$,

$p<0.01$) ve ‘dikkat eksikliği’ ($r=0.42$, $p<0.01$) alt ölçekleri arasında orta düzeyde; ‘okul sorunları’ alt ölçeği ile ise daha zayıf bir korelasyon olduğu görülmüştür ($r=0.22$, $p<0.01$). Ek olarak, ASRS ile SCL-90-R toplam puanları arasında da anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0.61$, $p<0.01$). Bunun yanı sıra, ASRS’nin WUDÖ ve SCL-90-R ile olan ilişkisini daha ayrıntılı incelemek amacıyla regresyon analizi uygulanmıştır. Sonuçlar, WUDÖ’nün ‘dikkat eksikliği’ alt ölçeğinin ASRS ‘dikkat eksikliği’ alt ölçek puanlarını %12,1, ‘hiperaktivite/dürtüsellik’ alt ölçek puanlarını ise %19,6 oranında yordadığını göstermiştir. Benzer şekilde, SCL-90-R’nin ‘obsesif-kompulsif’ ve ‘düşmanlık’ alt boyutlarının ASRS’nin ‘dikkat eksikliği’ alt ölçeğini %39,3 oranında; ‘obsesif-kompulsif’, ‘düşmanlık’ ve ‘paranoid düşünce’ alt boyutlarının ise ASRS’nin ‘hiperaktivite/dürtüsellik’ alt ölçeğini %37,7 oranında yordadığı tespit edilmiştir (Doğan,2009).

3.1.2.3 Barratt Dürtüsellik Ölçeği

Barratt tarafından 1959 yılında geliştirilmiştir. Türkçede geçerlik güvenilirlik çalışması, Güleç ve arkadaşları tarafından 2008 yılında yapılmıştır. BIS-11 ölçeği, günlük hayatta sergilenen davranışlar ve kişilik özellikleriyle bağlantılı bulunmuştur. Kolay uygulanabilir ve hızlı tamamlanabilir olması nedeniyle, depresyon, bipolar bozukluk, alkol ve madde kullanım bozuklukları, dürtü kontrol bozuklukları, yeme bozuklukları ve kişilik bozuklukları gibi farklı ruh sağlığı alanlarında yaygın olarak kullanılmıştır.

“Barratt Dürtüsellik (İmpulsivite) Ölçeği dürtüsellikğin görünümü değerlendiren 30 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Maddeler 1=nadiren/hiçbir zaman; 2=bazen; 3=sıklıkla; 4=hemen her zaman/her zaman şeklinde 4'lü Likert ölçeği ile değerlendirilir. Plan Yapmama (PY), Motor Dürtüsellik (MD), Dikkatte Dürtüsellik (DD) şeklinde, güvenilirliği iyi olan birbiri ile örtüşmeyen 3 alt ölçeği bulunmaktadır (3). Yüksek BIS değerleri daha yüksek düzeyde dürtüsellikğin göstergesidir. Bu aşamada elde edilen veriler kullanılarak BIS-11’in maddelerine faktör analizi ve diğer istatistiksel analizler uygulanmış ve üçlü faktör yapısında, her bir alt faktör için en yüksek faktör yükü çıkan 5 maddenin seçilmesiyle BIS-11 kısa formu (BIS-11-KF) oluşturulmuştur.” (Tamam,2012).

4. BULGULAR

Bu bölümde katılımcılardan toplanan verilerin istatistiksel analizleri yer almaktadır.

Tablo 1. Bağımlı Hastalara ait Sosyodemografik Bilgiler

Değişken	Grup	n	%
Cinsiyet	Kadın	4	9,5
	Erkek	38	90,5
Eğitim Durumu	Lise	19	45,2
	Ortaokul	5	11,9
	Üniversite	16	38,1
	Yüksek lisans/Doktora	2	4,8
Çalışma Durumu	Evet	32	76,2
	Hayır	10	23,8
Gelir Düzeyi	Düşük	1	2,4
	Orta	28	66,7
	Yüksek	13	31,0
Medeni Durum	Bekar	30	71,4
	Evli	12	28,6
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Evet	11	26,2
	Hayır	31	73,8

Tablo 1’de bağımlı hastaların sosyodemografik bilgileri verilmiştir. Katılımcıların **yaş ortalaması 31,54’tür.**

Tablo 2. Sağlıklı Katılımcılara ait Sosyodemografik Bilgiler Tablosu

Değişken	Grup	n	%
Cinsiyet	Kadın	8	15,38
	Erkek	44	84,61
Eğitim Durumu	Lise	12	23,07
	Ortaokul	3	5,76
	Üniversite	29	55,76
	Yüksek lisans/Doktora	8	15,38
Çalışma Durumu	Evet	38	73,07
	Hayır	14	26,92
Gelir Düzeyi	Düşük	11	21,15
	Orta	34	65,38
	Yüksek	7	13,46
Medeni Durum	Bekar	33	63,46
	Evli	19	36,53
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Evet	13	25
	Hayır	39	75

Tablo 2’de sağlıklı katılımcıların sosyodemografik bilgileri verilmiştir. Katılımcıların **yaş ortalaması 29,83’dir.**

Tablo 3. Hasta – Kontrol Grubu Değişkenlerinin Ölçek ve Alt Ölçeklerden Aldıkları Puanların Analizi

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	t	Sd	p
Dikkat Eksikliği Alt Boyutu	Hasta	42	22,83	6,782	2,873	64,178	,006*
	Kontrol	52	20,17	4,218			
Hiperaktivite/Dürtüsellik Alt Boyutu	Hasta	42	25,48	6,406	2,419	101	,017*
	Kontrol	52	21,23	4,339			
Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği	Hasta	42	48,31	11,808	2,909	61,512	,005*
	Kontrol	52	40,12	6,431			
Plan Yapmama Alt Boyutu	Hasta	42	9,90	3,260	1,534	72,425	,031*
	Kontrol	52	8,32	2,752			
Motor Dürtüsellik Alt Boyutu	Hasta	42	11,07	2,883	2,191	101	,031*
	Kontrol	52	9,03	2,202			
Dikkat Dürtüselliliği Alt Boyutu	Hasta	42	9,69	2,627	2,152	101	,033*
	Kontrol	52	8,12	2,186			
Barratt Dürtüsellik Ölçeği	Hasta	42	30,67	7,361	2,391	101	,018*
	Kontrol	52	27,81	6,587			

*p<0,05

Tablo 3'te Hasta – Kontrol Grubu Değişkenlerinin Ölçek ve Alt Ölçeklerden Aldıkları Puanların Analiz sonuçları verilmiştir.

Hasta/Kontrol değişkeni gruplarına göre Dikkat Eksikliği Alt Boyutu Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ($p=,006<0,05$). Hasta grubu bireylerin Dikkat Eksikliği Alt Boyutu Puanı ortalaması, kontrol grubu bireylerin Dikkat Eksikliği Alt Boyutu Puanı **ortalamasından anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.**

Hasta/Kontrol değişkeni gruplarına göre Hiperaktivite/Dürtüsellik Alt Boyutu Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ($p=,017<0,05$). Hasta grubu bireylerin Hiperaktivite/Dürtüsellik Alt Boyutu Puanı ortalaması, kontrol grubu bireylerin Hiperaktivite/Dürtüsellik Alt Boyutu Puanı ortalamasından **anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.**

Hasta/Kontrol değişkeni gruplarına göre Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim leği Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ($p=,005<0,05$). Hasta grubu bireylerin Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim leği Puanı ortalaması, kontrol grubu bireylerin Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim leği Puanı ortalamasından **anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.**

Hasta/Kontrol değişkeni gruplarına göre Plan Yapmama Alt Boyutu Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p=,031<0,05$). Hasta grubu bireylerin Plan Yapmama Alt Boyutu Puanı ortalaması, kontrol grubu bireylerin Plan Yapmama Alt Boyutu Puanı ortalamasından **anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.**

Hasta/Kontrol değişkeni gruplarına göre Motor Dürtüsellik Alt Boyutu Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ($p=,031<0,05$). Hasta grubu bireylerin Motor Dürtüsellik Alt Boyutu Puanı ortalaması, kontrol grubu bireylerin Motor Dürtüsellik Alt Boyutu Puanı ortalamasından **anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.**

Hasta/Kontrol değişkeni gruplarına göre Dikkat Drtselliği Alt Boyutu Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ($p=,033<0,05$). Hasta grubu bireylerin Dikkat Drtselliği Alt Boyutu Puanı ortalaması, kontrol grubu bireylerin Dikkat Drtselliği Alt Boyutu Puanı ortalamasından **anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.**

Hasta/Kontrol değişkeni gruplarına göre Barratt Dürtüsellik leği Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ($p=,018<0,05$). Hasta grubu bireylerin Barratt Dürtüsellik leği Puanı ortalaması, kontrol grubu bireylerin Barratt Dürtüsellik leği Puanı ortalamasından **anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.**

Tablo 4. Bağımlı Katılımcıların Korelasyon Analizi

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dikkat Eksikliği Alt Boyutu	1								
Hiperaktivite/Dürtüsellik Alt Boyutu	,603**	1							
Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği	,902**	,889**	1						
Plan Yapmama Alt Boyutu	,501**	,313*	,458**	1					
Motor Dürtüsellik Alt Boyutu	,415**	,682**	,608**	,400**	1				
Dikkat Dürtüselliliği Alt Boyutu	,545**	,467**	,566**	,706**	,576**	1			
Barratt Dürtüsellik Ölçeği	,579**	,572**	,643**	,852**	,775**	,895**	1		

**p<0,01 *p<0,05

Tablo 4’te bağımlı katılımcıların korelasyon analizi sonuçları verilmiştir.

Dikkat Eksikliği Alt Boyutu ile Hiperaktivite/Dürtüsellik Alt Boyutu arasında **pozitif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır** ($r=,603$; $p=,000$).

Dikkat Eksikliği Alt Boyutu ile Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği arasında **pozitif yönlü ve çok güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır** ($r=,902$; $p=,000$).

Dikkat Eksikliği Alt Boyutu ile Plan Yapmama Alt Boyutu arasında **pozitif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır** ($r=,501$; $p=,001$).

Dikkat Eksikliği Alt Boyutu ile Motor Dürtüsellik Alt Boyutu arasında **pozitif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır** ($r=,415$; $p=,006$).

Dikkat Eksikliği Alt Boyutu ile Dikkat Dürtüselliliği Alt Boyutu arasında **pozitif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır** ($r=,545$; $p=,000$).

Dikkat Eksikliği Alt Boyutu ile Barratt Dürtüsellik Ölçeği arasında **pozitif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır** ($r=,579$; $p=,000$).

Hiperaktivite/Dürtüsellik Alt Boyutu ile Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği arasında **pozitif yönlü ve çok güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır** ($r=,889$; $p=,000$).

Hiperaktivite/Dürtüsellik Alt Boyutu ile Plan Yapmama Alt Boyutu arasında **pozitif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır** ($r=,313$; $p=,044$).

Hiperaktivite/Dürtüsellik Alt Boyutu ile Motor Dürtüsellik Alt Boyutu arasında **pozitif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır** ($r=,682$; $p=,008$).

Hiperaktivite/Dürtüsellik Alt Boyutu ile Dikkat Dürtüsellliği Alt Boyutu arasında **pozitif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır** ($r=,467$; $p=,002$).

Hiperaktivite/Dürtüsellik Alt Boyutu ile Barratt Dürtüsellik Ölçeği arasında **pozitif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır** ($r=,572$; $p=,000$).

Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği ile Plan Yapmama Alt Boyutu arasında **pozitif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır** ($r=,458$; $p=,002$).

Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği ile Motor Dürtüsellik Alt Boyutu arasında **pozitif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır** ($r=,608$; $p=,000$).

Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği ile Dikkat Dürtüsellliği Alt Boyutu arasında **pozitif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır** ($r=,566$; $p=,000$).

Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği ile Barratt Dürtüsellik Ölçeği arasında **pozitif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır** ($r=,643$; $p=,000$).

Plan Yapmama Alt Boyutu ile Motor Dürtüsellik Alt Boyutu arasında **pozitif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır** ($r=,400$; $p=,009$).

Plan Yapmama Alt Boyutu ile Dikkat Dürtüsellliği Alt Boyutu arasında **pozitif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır** ($r=,706$; $p=,000$).

Plan Yapmama Alt Boyutu ile Barratt Dürtüsellik Ölçeği arasında **pozitif yönlü ve çok güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır** ($r=,852$; $p=,000$).

Plan Yapmama Alt Boyutu ile Yaş arasında **negatif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır** ($r=-,444$; $p=,003$).

Motor Dürtüsellik Alt Boyutu ile Dikkat Dürtüsellliği Alt Boyutu arasında **pozitif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır** ($r=,576$; $p=,000$).

Motor Dürtüsellik Alt Boyutu ile Barratt Dürtüsellik Ölçeği arasında **pozitif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır** ($r=,775$; $p=,000$).

Dikkat Dürtüsellliği Alt Boyutu ile Barratt Dürtüsellik Ölçeği arasında **pozitif yönlü ve çok güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır** ($r=,895$; $p=,000$).



Tablo 5. Sağlıklı Katılımcılara ait Korelasyon Analizi

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dikkat Eksikliği Alt Boyutu	1								
Hiperaktivite/Dürtüsellik Alt Boyutu	,412**	1							
Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği	,839**	,851**	1						
Plan Yapmama Alt Boyutu	,312**	,122	,291*	1					
Motor Dürtüsellik Alt Boyutu	,209	,340**	,330**	,434**	1				
Dikkat Dürtüselliliği Alt Boyutu	,282*	,213	,301*	,516**	,554**	1			
Barratt Dürtüsellik Ölçeği	,363**	,280*	,382**	,795**	,832**	,824**	1		

**p<0,01 *p<0,05

Tablo 5’te sağlıklı katılımcıların korelasyon analizi sonuçları verilmiştir.

Dikkat Eksikliği Alt Boyutu ile Hiperaktivite/Dürtüsellik Alt Boyutu arasında **pozitif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır** ($r=,412$; $p=,001$).

Dikkat Eksikliği Alt Boyutu ile Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği arasında **pozitif yönlü ve çok güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır** ($r=,839$; $p=,000$).

Dikkat Eksikliği Alt Boyutu ile Plan Yapmama Alt Boyutu arasında **pozitif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır** ($r=,312$; $p=,005$).

Dikkat Eksikliği Alt Boyutu ile Dikkat Dürtüselliliği Alt Boyutu arasında **pozitif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır** ($r=,282$; $p=,017$).

Dikkat Eksikliği Alt Boyutu ile Barratt Dürtüsellik Ölçeği arasında **pozitif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır** ($r=,363$; $p=,005$).

Hiperaktivite/Dürtüsellik Alt Boyutu ile Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği arasında **pozitif yönlü ve çok güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır** ($r=,851$; $p=,000$).

Hiperaktivite/Dürtüsellik Alt Boyutu ile Motor Dürtüsellik Alt Boyutu arasında **pozitif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır** ($r=,340$; $p=,008$).

Hiperaktivite/Dürtüsellik Alt Boyutu ile Barratt Dürtüsellik Ölçeği arasında **pozitif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır** ($r=,280$; $p=,025$).

Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği ile Plan Yapmama Alt Boyutu arasında **pozitif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır** ($r=,291$; $p=,024$).

Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği ile Motor Dürtüsellik Alt Boyutu arasında **pozitif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır** ($r=,330$; $p=,009$).

Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği ile Dikkat Dürtüsellik Alt Boyutu arasında **pozitif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır** ($r=,301$; $p=,014$).

Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği ile Barratt Dürtüsellik Ölçeği arasında **pozitif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır** ($r=,382$; $p=,002$).

Plan Yapmama Alt Boyutu ile Motor Dürtüsellik Alt Boyutu arasında **pozitif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır** ($r=,434$; $p=,000$).

Plan Yapmama Alt Boyutu ile Dikkat Dürtüsellik Alt Boyutu arasında **pozitif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır** ($r=,516$; $p=,000$).

Plan Yapmama Alt Boyutu ile Barratt Dürtüsellik Ölçeği arasında **pozitif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır** ($r=,795$; $p=,000$).

Motor Dürtüsellik Alt Boyutu ile Dikkat Dürtüsellik Alt Boyutu arasında **pozitif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır** ($r=,554$; $p=,000$).

Motor Dürtüsellik Alt Boyutu ile Barratt Dürtüsellik Ölçeği arasında **pozitif yönlü ve çok güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır** ($r=,832$; $p=,000$).

Dikkat Dürtüsellik Alt Boyutu ile Barratt Dürtüsellik Ölçeği arasında **pozitif yönlü ve çok güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır** ($r=,824$; $p=,000$).

Tablo 6. Bağımlı Hastaların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	z	Sd	p
Dikkat Eksikliği Alt Boyutu	Kadın	4	32,75	3,500	-2,812	40	,005*
	Erkek	38	21,79	6,183			
Hiperaktivite/Dürtüsellik Alt Boyutu	Kadın	4	30,50	1,000	-2,083	40	,037*
	Erkek	38	24,95	6,510			
Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği	Kadın	4	63,25	3,862	-2,809	40	,005*
	Erkek	38	46,74	11,253			
Plan Yapmama Alt Boyutu	Kadın	4	12,25	2,500	-1,488	40	,137
	Erkek	38	9,66	3,257			
Motor Dürtüsellik Alt Boyutu	Kadın	4	13,25	3,775	-1,382	40	,167
	Erkek	38	10,84	2,736			
Dikkat Dürtüseliliği Alt Boyutu	Kadın	4	10,50	4,203	-,324	40	,746
	Erkek	38	9,61	2,477			
Barratt Ölçeği	Kadın	4	36,00	10,296	-1,244	40	,213
	Erkek	38	30,11	6,931			

*p<0,05

Tablo 6’da Bağımlı Hastaların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Cinsiyet Açısından Karşılaştırılmasından elde edilen analiz sonuçları verilmiştir.

Cinsiyet değişkeni gruplarına göre Dikkat Eksikliği Alt Boyutu Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ($p=,005<0,05$). Kadınların Dikkat Eksikliği Alt Boyutu Puanı ortalaması, erkeklerin Dikkat Eksikliği Alt Boyutu Puanı ortalamasından **anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.**

Cinsiyet değişkeni gruplarına göre Hiperaktivite/Dürtüsellik Alt Boyutu Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ($p=,037<0,05$). Kadınların Hiperaktivite/Dürtüsellik Alt Boyutu Puanı ortalaması, erkeklerin Hiperaktivite/Dürtüsellik Alt Boyutu Puanı ortalamasından **anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.**

Cinsiyet değişkeni gruplarına göre Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ($p=,005<0,05$). Kadınların Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği Puanı ortalaması, erkeklerin Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği Puanı ortalamasından **anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.**

Diğer alt ölçek puanları ile Cinsiyet arasında istatistiki olarak **anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.**

Tablo 7. Sağlıklı Bireylerin Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	z	Sd	p
Dikkat Eksikliği Alt Boyutu	Kadın	8	18,1	3,912	-,431	63	,611
	Erkek	44	19,86	4,815			
Hiperaktivite/Dürtüsellik Alt Boyutu	Kadın	8	23,02	4,137	-1,233	63	,235
	Erkek	44	26,62	4,579			
Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği	Kadın	8	40,89	7,871	-,478	63	,631
	Erkek	44	43,95	7,121			
Plan Yapmama Alt Boyutu	Kadın	8	9,63	2,991	-,623	63	,537
	Erkek	44	7,97	2,111			
Motor Dürtüsellik Alt Boyutu	Kadın	8	9,21	2,687	-,676	63	,490
	Erkek	44	9,10	2,967			
Dikkat Dürtüselliliği Alt Boyutu	Kadın	8	8,54	2,151	-,241	63	,802
	Erkek	44	8,93	2,347			
Barratt Ölçeği	Kadın	8	28,12	6,458	-,453	63	,662
	Erkek	44	27,12	5,981			

* $p<0,05$

Tablo 7’de Bağımlı Hastaların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Cinsiyet Açısından Karşılaştırılmasından elde edilen analiz sonuçları verilmiştir.

Tablo 7’de görüldüğü gibi sağlıklı bireylerin ölçek ve alt ölçek puanları ile Cinsiyet arasında istatistiki olarak **anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.**

Tablo 8. Bağımlı Hastaların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Medeni Durum Açısından Karşılaştırılması

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	z	Sd	p
Dikkat Eksikliği Alt Boyutu	Bekar	30	23,43	7,473	-1,074	40	,283
	Evli	12	21,33	4,559			
Hiperaktivite/Dürtüsellik Alt Boyutu	Bekar	30	26,07	7,071	-,977	40	,329
	Evli	12	24,00	4,221			
Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği	Bekar	30	49,50	13,219	-1,059	40	,290
	Evli	12	45,33	6,746			
Plan Yapmama Alt Boyutu	Bekar	30	10,63	3,419	-2,255	40	,024*
	Evli	12	8,08	1,929			
Motor Dürtüsellik Alt Boyutu	Bekar	30	11,67	2,998	-2,132	40	,033*
	Evli	12	9,58	1,975			
Dikkat Dürtüselliliği Alt Boyutu	Bekar	30	10,13	2,763	-1,712	40	,087
	Evli	12	8,58	1,929			
Barratt Ölçeği	Bekar	30	32,43	7,514	-2,621	40	,009*
	Evli	12	26,25	4,827			

*p<0,05

Tablo 8’de Bağımlı Hastaların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Medeni Açısından Karşılaştırılmasından elde edilen analiz sonuçları verilmiştir.

Medeni durum değişkeni gruplarına göre Plan Yapmama Alt Boyutu Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ($p=,024<0,05$). Bekar bireylerin Plan Yapmama Alt Boyutu Puanı ortalaması, evli bireylerin Plan Yapmama Alt Boyutu Puanı ortalamasından **anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.**

Medeni durum değişkeni gruplarına göre Motor Dürtüsellik Alt Boyutu Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ($p=,033<0,05$). Bekar bireylerin Motor Dürtüsellik Alt Boyutu Puanı ortalaması, evli bireylerin Motor Dürtüsellik Alt Boyutu Puanı ortalamasından **anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.**

Medeni durum değişkeni gruplarına göre Barratt Dürtüsellik Ölçeği Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ($p=,009<0,05$). Bekar

bireylerin Barratt Dürtüsellik Ölçeği Puanı ortalaması, evli bireylerin Barratt Dürtüsellik Ölçeği Puanı ortalamasından **anlamli bir şekilde farklı ve büyüktür.**

Diğer alt ölçek puanları ile Medeni Durum arasında istatistiki olarak **anlamli bir farklılık saptanmamıştır.**

Tablo 9. Sağlıklı Bireylerin Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Medeni Durum Açısından Karşılaştırılması

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	z	Sd	p
Dikkat Eksikliği Alt Boyutu	Bekar	33	19,93	4,218	-,227	63	,821
	Evli	19	18,98	4,411			
Hiperaktivite/Dürtüsellik Alt Boyutu	Bekar	33	22,23	4,756	-,094	63	,932
	Evli	19	23,87	4,649			
Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği	Bekar	33	42,35	7,574	-,041	63	,972
	Evli	19	42,67	7,478			
Plan Yapmama Alt Boyutu	Bekar	33	9,12	2,256	-,726	63	,479
	Evli	19	8,85	3,123			
Motor Dürtüsellik Alt Boyutu	Bekar	33	9,78	2,123	-,239	63	,817
	Evli	19	10,62	3,581			
Dikkat Dürtüseliliği Alt Boyutu	Bekar	33	8,98	2,179	-1,786	63	,077
	Evli	19	9,56	2,193			
Barratt Ölçeği	Bekar	33	26,88	5,112	-,312	63	,768
	Evli	19	28,34	7,683			

*p<0,05

Tablo 9’da Sağlıklı Bireylerin Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Medeni Durum Açısından Karşılaştırılmasından elde edilen analiz sonuçları verilmiştir.

Tablo 9’da görüldüğü gibi sağlıklı bireylerin ölçek ve alt ölçek puanları ile Medeni Durum arasında istatistiki olarak **anlamli bir farklılık saptanmamıştır.**

Tablo 10. Bağımlı Hastaların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Çalışma Durumu Açısından Karşılaştırılması

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	z	Sd	p
Dikkat Eksikliği Alt Boyutu	Evet	32	21,34	5,620	-2,293	40	,022*
	Hayır	10	27,60	8,222			
Hiperaktivite/Dürtüsellik Alt Boyutu	Evet	32	24,44	6,112	-1,850	40	,064
	Hayır	10	28,80	6,494			
Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği	Evet	32	45,78	10,028	-2,482	40	,013*
	Hayır	10	56,40	13,906			
Plan Yapmama Alt Boyutu	Evet	32	9,31	3,267	-2,006	40	,045*
	Hayır	10	11,80	2,530			
Motor Dürtüsellik Alt Boyutu	Evet	32	10,47	2,676	-2,351	40	,019*
	Hayır	10	13,00	2,789			
Dikkat Dürtüseliliği Alt Boyutu	Evet	32	9,22	2,090	-1,667	40	,095
	Hayır	10	11,20	3,615			
Barratt Ölçeği	Evet	32	29,00	6,360	-2,454	40	,014*
	Hayır	10	36,00	8,124			

*p<0,05

Tablo 10’da Bağımlı Hastaların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Çalışma Durumu Açısından Karşılaştırılmasından elde edilen analiz sonuçları verilmiştir.

Çalışma durumu değişkeni gruplarına göre Dikkat Eksikliği Alt Boyutu Puanı istatistiksel olarak **anlamli bir şekilde farklılık göstermektedir** ($p=,022<0,05$). Çalışmayan bireylerin Dikkat Eksikliği Alt Boyutu Puanı ortalaması, çalışan bireylerin Dikkat Eksikliği Alt Boyutu Puanı ortalamasından **anlamli bir şekilde farklı ve büyüktür**.

Çalışma durumu değişkeni gruplarına göre Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği Puanı istatistiksel olarak **anlamli bir şekilde farklılık göstermektedir** ($p=,013<0,05$). Çalışmayan bireylerin Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği Puanı ortalaması, çalışan bireylerin Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği Puanı ortalamasından **anlamli bir şekilde farklı ve büyüktür**.

Çalışma durumu değişkeni gruplarına göre Motor Dürtüsellik Alt Boyutu Puanı istatistiksel olarak **anlamli bir şekilde farklılık göstermektedir** ($p=,019<0,05$). Çalışmayan bireylerin Motor Dürtüsellik Alt Boyutu Puanı ortalaması, çalışan bireylerin Motor Dürtüsellik Alt Boyutu Puanı ortalamasından **anlamli bir şekilde farklı ve büyüktür**.

Çalışma durumu değişkeni gruplarına göre Barratt Dürtüsellik Ölçeği Puanı istatistiksel olarak **anlamli bir şekilde farklılık göstermektedir** ($p=,014<0,05$). Çalışmayan bireylerin Barratt Dürtüsellik Ölçeği Puanı ortalaması, çalışan bireylerin Barratt Dürtüsellik Ölçeği Puanı ortalamasından **anlamli bir şekilde farklı ve büyüktür**.

Tablo 11. Sağlıklı Bireylerin Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Çalışma Durumu Açısından Karşılaştırılması

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	z	Sd	p
Dikkat Eksikliği Alt Boyutu	Evet	38	19,56	4,421	-,385	63	,701
	Hayır	14	19,98	4,498			
Hiperaktivite/Dürtüsellik Alt Boyutu	Evet	38	23,13	4,654	-,744	63	,461
	Hayır	14	22,89	5,478			
Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği	Evet	38	42,12	7,762	-,040	63	,971
	Hayır	14	42,78	8,125			
Plan Yapmama Alt Boyutu	Evet	38	8,78	2,783	-,913	63	,359
	Hayır	14	9,19	1,798			
Motor Dürtüsellik Alt Boyutu	Evet	38	9,91	2,897	-,274	63	,767
	Hayır	14	9,34	2,142			
Dikkat Dürtüseliliği Alt Boyutu	Evet	38	8,49	2,751	-1,470	63	,149
	Hayır	14	9,76	1,872			
Barratt Ölçeği	Evet	38	26,91	6,312	-,686	63	,497
	Hayır	14	28,78	4,968			

* $p<0,05$

Tablo 11’de Sağlıklı Bireylerin Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Çalışma Durumu Açısından Karşılaştırılmasından elde edilen analiz sonuçları verilmiştir.

Tablo 11’de görüldüğü gibi sağlıklı bireylerin ölçek ve alt ölçek puanları ile Çalışma Durumu arasında istatistiki olarak **anlamli bir farklılık saptanmamıştır**.

Tablo 12. Bağımlı Hastaların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Çocuk Sahibi Olma Açısından Karşılaştırılması

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	z	Sd	p
Dikkat Eksikliği Alt Boyutu	Evet	11	19,55	5,751	-1,963	40	,049*
	Hayır	31	24,00	6,817			
Hiperaktivite/Dürtüsellik Alt Boyutu	Evet	11	23,00	5,727	-1,190	40	,234
	Hayır	31	26,35	6,489			
Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği	Evet	11	42,55	9,832	-1,804	40	,071
	Hayır	31	50,35	11,910			
Plan Yapmama Alt Boyutu	Evet	11	7,55	1,753	-2,605	40	,009*
	Hayır	31	10,74	3,276			
Motor Dürtüsellik Alt Boyutu	Evet	11	9,45	2,841	-2,162	40	,031*
	Hayır	31	11,65	2,715			
Dikkat Dürtüselliliği Alt Boyutu	Evet	11	7,64	1,502	-3,230	40	,001*
	Hayır	31	10,42	2,566			
Barratt Ölçeği	Evet	11	24,64	4,273	-3,309	40	,001*
	Hayır	31	32,81	7,064			

*p<0,05

Tablo 12’de Bağımlı Hastaların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Çocuk Sahibi Olma Açısından Karşılaştırılmasından elde edilen analiz sonuçları verilmiştir.

Çocuk sahibi olma durumu değişkeni gruplarına göre Dikkat Eksikliği Alt Boyutu Puanı istatistiksel olarak **anlamli bir şekilde farklılık göstermektedir** (p=,049<0,05). Çocuk sahibi olmayan bireylerin Dikkat Eksikliği Alt Boyutu Puanı ortalaması, çocuk sahibi olan bireylerin Dikkat Eksikliği Alt Boyutu Puanı ortalamasından **anlamli bir şekilde farklı ve büyüktür**.

Çocuk sahibi olma durumu değişkeni gruplarına göre Plan Yapmama Alt Boyutu Puanı istatistiksel olarak **anlamli bir şekilde farklılık göstermektedir** (p=,009<0,05). Çocuk sahibi olmayan bireylerin Plan Yapmama Alt Boyutu Puanı ortalaması, çocuk sahibi olan bireylerin Plan Yapmama Alt Boyutu Puanı ortalamasından **anlamli bir şekilde farklı ve büyüktür**.

Çocuk sahibi olma durumu değişkeni gruplarına göre Motor Dürtüsellik Alt Boyutu Puanı istatistiksel olarak **anlamli bir şekilde farklılık göstermektedir** (p=,031<0,05). Çocuk

sahibi olmayan bireylerin Motor Dürtüsellik Alt Boyutu Puanı ortalaması, çocuk sahibi olan bireylerin Motor Dürtüsellik Alt Boyutu Puanı ortalamasından **anlamli bir şekilde farklı ve büyüktür.**

Çocuk sahibi olma durumu değişkeni gruplarına göre Dikkat Dürtüselligi Alt Boyutu Puanı istatistiksel olarak **anlamli bir şekilde farklılık göstermektedir** ($p=,001<0,05$). Çocuk sahibi olmayan bireylerin Dikkat Dürtüselligi Alt Boyutu Puanı ortalaması, çocuk sahibi olan bireylerin Dikkat Dürtüselligi Alt Boyutu Puanı ortalamasından **anlamli bir şekilde farklı ve büyüktür.**

Çocuk sahibi olma durumu değişkeni gruplarına göre Barratt Dürtüsellik Ölçeği Puanı istatistiksel olarak **anlamli bir şekilde farklılık göstermektedir** ($p=,001<0,05$). Çocuk sahibi olmayan bireylerin Barratt Dürtüsellik Ölçeği Puanı ortalaması, çocuk sahibi olan bireylerin Barratt Dürtüsellik Ölçeği Puanı ortalamasından **anlamli bir şekilde farklı ve büyüktür.**

Tablo 13. Sağlıklı Bireylerin Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Çocuk Sahibi Olma Açısından Karşılaştırılması

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	z	Sd	p
Dikkat Eksikliği Alt Boyutu	Evet	13	16,98	4,349	-1,734	65	,082
	Hayır	39	19,12	4,267			
Hiperaktivite/Dürtüsellik Alt Boyutu	Evet	13	22,34	4,763	-,421	65	,671
	Hayır	39	22,97	4,328			
Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği	Evet	13	40,98	7,897	-1,131	65	,261
	Hayır	39	42,13	7,298			
Plan Yapmama Alt Boyutu	Evet	13	8,61	2,156	-,701	65	,489
	Hayır	39	9,23	2,543			
Motor Dürtüsellik Alt Boyutu	Evet	13	9,87	2,835	-1,527	65	,127
	Hayır	39	10,24	2,678			
Dikkat Dürtüseliliği Alt Boyutu	Evet	13	9,23	1,761	-1,445	65	,154
	Hayır	39	8,85	2,127			
Barratt Ölçeği	Evet	13	26,37	5,786	-,511	65	,619
	Hayır	39	27,12	6,312			

*p<0,05

Tablo 13'te Sağlıklı Bireylerin Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Çocuk Sahibi Olma Açısından Karşılaştırılmasından elde edilen analiz sonuçları verilmiştir.

Tablo 13'te görüldüğü gibi sağlıklı bireylerin ölçek ve alt ölçek puanları ile Çocuk Sahibi Olma Durumu arasında istatistiki olarak **anlamlı bir farklılık saptanmamıştır**.

Tablo 14. Bağımlı Hastaların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılması

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	SD	H	p	Fark
Dikkat Eksikliği Alt Boyutu	Lise	19	24,21	7,539	3	2,223	,527	
	Ortaokul	5	20,20	6,181				
	Üniversite	16	22,69	5,896				
	Yüksek lisans/Doktora	2	17,50	7,778				
	Toplam	42	22,83	6,782				
Hiperaktivite/Dürtüsellik Alt Boyutu	Lise	19	24,95	6,654	3	1,066	,785	
	Ortaokul	5	24,00	2,550				
	Üniversite	16	26,44	6,743				
	Yüksek lisans/Doktora	2	26,50	12,021				
	Toplam	42	25,48	6,406				
Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği	Lise	19	49,16	13,380	3	1,335	,721	
	Ortaokul	5	44,20	6,301				
	Üniversite	16	49,13	10,948				
	Yüksek lisans/Doktora	2	44,00	19,799				
	Toplam	42	48,31	11,808				
Plan Yapmama Alt Boyutu	Lise	19	10,26	3,525	3	,614	,893	
	Ortaokul	5	10,00	2,915				
	Üniversite	16	9,38	3,243				
	Yüksek lisans/Doktora	2	10,50	3,536				
	Toplam	42	9,90	3,260				
Motor Dürtüsellik Alt Boyutu	Lise	19	10,42	2,912	3	2,625	,453	
	Ortaokul	5	10,60	2,510				
	Üniversite	16	11,94	3,021				
	Yüksek lisans/Doktora	2	11,50	2,121				
	Toplam	42	11,07	2,883				
Dikkat Dürtüselliliği Alt Boyutu	Lise	19	9,63	2,910	3	,743	,863	
	Ortaokul	5	9,00	2,236				
	Üniversite	16	10,06	2,407				
	Yüksek lisans/Doktora	2	9,00	4,243				
	Toplam	42	9,69	2,627				
Barratt Dürtüsellik Ölçeği	Lise	19	30,32	8,124	3	,253	,969	
	Ortaokul	5	29,60	2,608				
	Üniversite	16	31,38	7,710				
	Yüksek lisans/Doktora	2	31,00	9,899				
	Toplam	42	24,21	7,539				

*p<0.05

Tablo 14’te Bağımlı Hastaların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılmasından elde edilen analiz sonuçları verilmiştir.

Tablo 14’te görüldüğü gibi bağımlı hastaların ölçek ve alt ölçek puanları ile Eğitim Durumları arasında istatistiki olarak **anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.**

Tablo 15. Sağlıklı Bireylerin Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılması

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	SD	H	p	Fark
Dikkat Eksikliği Alt Boyutu	Lise	12	19,56	4,215	3	3,367	,178	
	Ortaokul	3	19,98	4,102				
	Üniversite	29	22,12	5,198				
	Yüksek lisans/Doktora	8	19,21	4,298				
	Toplam	52	22,18	5,506				
Hiperaktivite/Dürtüsellik Alt Boyutu	Lise	12	21,32	4,612	3	1,567	,460	
	Ortaokul	3	24,12	4,103				
	Üniversite	29	22,35	4,579				
	Yüksek lisans/Doktora	8	41,12	8,612				
	Toplam	52	40,92	7,301				
Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği	Lise	12	45,12	7,341	3	3,014	,231	
	Ortaokul	3	42,34	7,612				
	Üniversite	29	8,25	2,599				
	Yüksek lisans/Doktora	8	9,12	2,401				
	Toplam	52	8,11	3,297				
Plan Yapmama Alt Boyutu	Lise	12	9,01	2,541	3	1,891	,392	
	Ortaokul	3	9,31	2,068				
	Üniversite	29	9,87	2,931				
	Yüksek lisans/Doktora	8	9,54	2,263				
	Toplam	52	9,15	2,698				
Motor Dürtüsellik Alt Boyutu	Lise	12	9,67	1,762	3	,046	,971	
	Ortaokul	3	8,45	2,398				
	Üniversite	29	7,69	1,901				
	Yüksek lisans/Doktora	8	8,99	2,296				
	Toplam	52	7,31	5,348				
Dikkat Dürtüselliliği Alt Boyutu	Lise	12	27,67	6,357	3	4,178	,129	
	Ortaokul	3	25,12	6,290				
	Üniversite	29	27,19	6,178				
	Yüksek lisans/Doktora	8	19,34	4,543				
	Toplam	52	19,16	4,234				
Barratt Dürtüsellik Ölçeği	Lise	12	22,43	5,124	3	,876	,651	
	Ortaokul	3	19,02	4,389				
	Üniversite	29	21,98	5,490				
	Yüksek lisans/Doktora	8	22,23	4,486				
	Toplam	52	24,12	4,102				

*p<0.05

Tablo 15’te Sağlıklı Bireylerin Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılmasından elde edilen analiz sonuçları verilmiştir.

Tablo 15’te görüldüğü gibi sağlıklı bireylerin ölçek ve alt ölçek puanları ile Eğitim Durumları arasında istatistiki olarak **anlamlı bir farklılık saptanmamıştır**.

Tablo 16. Bağımlı Hastaların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Gelir Düzeyi Açısından Karşılaştırılması

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	z	Sd	p
Dikkat Eksikliği Alt Boyutu	Orta	28	23,50	6,989	-,688	39	,492
	Yüksek	13	21,46	6,641			
Hiperaktivite/Dürtüsellik Alt Boyutu	Orta	28	25,14	5,848	-,688	39	,492
	Yüksek	13	26,46	7,806			
Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği	Orta	28	48,64	11,833	-,014	39	,989
	Yüksek	13	47,92	12,626			
Plan Yapmama Alt Boyutu	Orta	28	10,32	3,465	-1,339	39	,181
	Yüksek	13	8,77	2,587			
Motor Dürtüsellik Alt Boyutu	Orta	28	10,79	2,910	-,353	39	,724
	Yüksek	13	11,38	2,785			
Dikkat Dürtüseliliği Alt Boyutu	Orta	28	9,79	2,961	-,127	39	,899
	Yüksek	13	9,38	1,895			
Barratt Ölçeği	Orta	28	30,89	8,098	-,449	39	,653
	Yüksek	13	29,54	5,502			

*p<0,05

Tablo 16’da Bağımlı Hastaların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Gelir Düzeyi Açısından Karşılaştırılmasından elde edilen analiz sonuçları verilmiştir.

Tablo 16’da görüldüğü gibi bağımlı hastaların ölçek ve alt ölçek puanları ile Gelir Düzeyi arasında istatistiki olarak **anlamlı bir farklılık saptanmamıştır**.

Tablo 17. Sağlıklı Bireylerin Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Gelir Düzeyi Açısından Karşılaştırılması

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	SD	H	p	Fark
Dikkat Eksikliği Alt Boyutu	Düşük	11	20,23	5,132	2	1,293	,521	
	Orta	34	19,12	4,245				
	Yüksek	7	21,43	5,004				
	Toplam	42	20,03	4,391				
Hiperaktivite/Dürtüsellik Alt Boyutu	Düşük	11	23,46	5,046	2	,697	,706	
	Orta	34	22,56	4,567				
	Yüksek	7	23,09	4,281				
	Toplam	42	23,02	4,524				
Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği	Düşük	11	43,65	9,035	2	2,372	,309	
	Orta	34	41,41	7,379				
	Yüksek	7	45,28	5,915				
	Toplam	42	42,12	7,590				
Plan Yapmama Alt Boyutu	Düşük	11	9,84	2,591	2	2,761	,251	
	Orta	34	8,51	2,546				
	Yüksek	7	7,67	1,911				
	Toplam	42	8,64	2,521				
Motor Dürtüsellik Alt Boyutu	Düşük	11	10,24	2,761	2	,164	,927	
	Orta	34	9,52	2,899				
	Yüksek	7	9,45	2,221				
	Toplam	42	9,26	2,812				
Dikkat Dürtüselliliği Alt Boyutu	Düşük	11	8,57	2,678	2	,342	,849	
	Orta	34	8,26	2,129				
	Yüksek	7	8,21	2,510				
	Toplam	42	8,54	2,201				
Barratt Dürtüsellik Ölçeği	Düşük	11	28,31	6,212	2	,486	,789	
	Orta	34	27,32	6,216				
	Yüksek	7	25,67	5,691				
	Toplam	42	27,54	6,132				

*p<0.05

Tablo 17’de Sağlıklı Bireylerin Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Gelir Düzeyi Açısından Karşılaştırılmasından elde edilen analiz sonuçları verilmiştir.

Tablo 17’de görüldüğü gibi sağlıklı bireylerin ölçek ve alt ölçek puanları ile Gelir Düzeyi arasında istatistiki olarak **anlamlı bir farklılık saptanmamıştır**.

Tablo 18. Ölçek ve Alt Ölçeklere Ait Normallik Varsayımı ve Güvenilirlik Analizi

Ölçek	n	Ort.	SS	Kolmogorov Smirnov (p)	Çarpıklık	Basıklık	Cronbac's Alpha
Dikkat Eksikliği Alt Boyutu	94	20,82	5,643	,001	,709	,072	,825
Hiperaktivite/Dürtüsellik Alt Boyutu	94	23,37	5,483	,200*	,355	,313	,748
Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği	94	44,32	9,834	,000	,648	,387	,852
Plan Yapmama Alt Boyutu	94	9,76	2,861	,000	,361	-,391	,759
Motor Dürtüsellik Alt Boyutu	94	10,43	2,875	,000	,507	-,416	,632
Dikkat Dürtüseliliği Alt Boyutu	94	9,17	2,423	,004	,618	,362	,731
Barratt Dürtüsellik Ölçeği	94	28,31	6,761	,004	,486	-,225	,841

*p>0,05

Tablo 18’de normallik analizi ve güvenilirlik analizleri yer almaktadır.

Kolmogorov-Smirnov Analizi incelendiğinde Hiperaktivite/Dürtüsellik Alt Boyutu’nun normal dağılım gösterdiği görülmektedir ($p>0,05$). Ölçeklerin basıklık ve çarpıklık değerleri -2; +2 sınırını aşmadığında analizlerde parametrik testler kullanılırken aşarlarda ise non-parametrik testler kullanılacaktır. Ayrıca grup gözlem sayılarının yetersiz ($n<30$) olduğu durumlarda da non-parametrik testlerden yararlanılmıştır. Cronbach Alpha katsayısının 0,60 ile 0,80 arasında olması ölçeğin orta güvenilir, 0,80 ile 1,00 arasında olması ise ölçeğin yüksek güvenilir olduğunu göstermektedir (Kalaycı,2006). Tablo 11’de görüldüğü gibi güvenilirlik değerleri 0,60 ile 0,84 aralığındadır ölçeklerin **güvenilirlikleri yeterli düzeydedir.**

5.TARTIŞMA

Bu araştırmanın amacı alkol madde kullanım bozukluğu veya davranışsal bağımlılıkları olan bireylerle sağlıklı bireylerin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve dürtüsellik açısından karşılaştırılmasıdır.

Yetişkinlerde DEHB'yi saptamak amacıyla Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS), dürtüsellik şiddetini saptamak için de Barratt Dürtüsellik Ölçeği katılımcılara uygulanmıştır. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği “dikkat eksikliği” ve “hiperaktivite ve dürtüsellik” alt ölçeklerinden oluşmaktadır; dikkat eksikliği alt ölçeğinde bireyin dikkat ile ilgili sorunlarını belirlemek, dikkatsizliğin şiddeti ve belirtilerinin sıklığını belirlemeye yarayan 9 soru bulunur sorular dikkatin dağınık olma durumu, başlanılan bir işi tamamlamakta zorluk yaşayıp yaşamama gibi durumları içerir; hiperaktivite ve dürtüsellik alt ölçeğinde ise hiperaktivite ve dürtüsellik (yerinde duramama, düşünmeden karar verme ve hareket etme) belirtilerini saptamayı amaçlayan 9 soru bulunmaktadır. Barratt Dürtüsellik Ölçeğinde “bilişsel dürtüsellik”, “duygusal dürtüsellik” ve “motor dürtüsellik” alt ölçeklerinden oluşmaktadır; bilişsel dürtüsellik alt ölçeği kişinin aceleci şekilde düşünmeden karar verme eğilimini; duygusal dürtüsellik alt ölçeği kişinin duygusal tepkilerdeki aceleciliğini (öfke patlamaları, duygusal boşalmalar gibi) ; motor dürtüsellik alt ölçeği kişinin düşünmeden harekete geçme ve eylemleri aceleyle gerçekleştirme eğilimini ölçmektedir. Bağımlı kişilerde sıklıkla görülen düşünmeden aceleci karar verme, risk almaktan çekinmeme ve dikkatsiz davranışlar sergileme davranışlarını saptamak ve bağımlılıkla ilgili psikolojik etmenleri daha iyi anlamak amacıyla bu ölçekler kullanılmıştır.

Katılımcılar cinsiyet açısından karşılaştırıldığında, bağımlı hastaların %9,5'i kadın (n=4) %90,5'i erkektir (n=38). Madde kullanım bozukluğuna sahip olan katılımcıların büyük bir kısmını erkekler oluşturmaktadır, daha önce yapılan araştırmalarda da görüldüğü gibi risk içeren davranışlar sergileme ve sonrasında alkol veya madde kullanmaya başlama riski kadınlardan daha yüksektir (Sacks, 2014). Greenfield ve arkadaşları (2010) yaptıkları araştırmalarında alkol madde kullanım bozukluğu olan kadınların ailevi problemler, toplumsal yargılamalar ve damgalanma gibi nedenler yüzünden tedaviye daha az başvurdıklarını saptamışlardır. Bu durum da göz önünde bulundurulduğunda yatan kadın hasta sayısının az olması bu şekilde açıklanabilir. Dikkat

eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna erkeklerde kadınlara oranla 2 kat daha fazla rastlanmaktadır, kadınlarda dikkat eksikliği belirtileri hiperaktivite belirtilerinden daha çok gözlemlenmektedir (Willcut,2012). Toplumsal olarak da erkek çocuklarının daha hareketli, uyumsuz davranışlar göstermesi normal karşılanırken kızların daha sessiz ve uyumlu olmaları beklenmektedir bu durum kız çocuklarında DEHB'nin özellikle dikkat eksikliği belirtilerinin fark edilmesini zorlaştırabilmektedir (Eryılmaz, 2018). Dürtüselliğe de DEHB'ye benzer olarak erkeklerde kadınlara göre daha sık rastlanmaktadır, düşünmeden ani kararlar verme, riskli davranışlar sergileme ve uyum sorunları erkeklerde kadınlara oranla daha çok gözlemlenen davranışlardır. Literatürdeki araştırmalardan farklı olarak bizim araştırmamızda bağımlı kadın hastalarda DEHB ve dürtüsellik puanları erkeklerden daha yüksek çıkmıştır, madde kullanım bozukluğuna sahip olan bireylerden toplanan verilerin hastanede yatarak tedavi gören hastalardan toplandığı göz önünde bulundurulduğunda kadın katılımcıların sayısının az olmasının sonuçları bu şekilde etkilediği düşünülmektedir.

Katılımcılar madde kullanım bozukluğu tanısı almış olup yatarak tedavi gören hastalar ve sağlıklı bireyler olarak incelenmiştir, hasta grubunda 42, sağlıklı grubunda 52 kişiye ulaşılmıştır. Hasta veya sağlıklı olma durumu ile dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve dürtüsellik arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Hasta bireylerin dikkat eksikliği, hiperaktivite, dürtüsellik puanlarının sağlıklı bireylerden anlamlı bir şekilde farklı ve büyük olduğu saptanmıştır. Elde edilen sonuç literatürdeki diğer çalışma sonuçlarıyla benzer olup birbirlerini destekler niteliktedir. Madde kullanım bozukluğu tanısı almış olan bireylerin daha dürtüsel davranışlar sergilediği, risk almaktan çekinmedikleri, anlık hazlara daha düşkün oldukları ve sık sık davranışlarını kontrol etmekte zorlandıkları görülmektedir. Türkiye örnekleminde yapılan başka bir incelemede bizimkine benzer sonuçlar elde edilmiş, madde kullanım bozukluğu tanısı almış bireylerin %32,47'sinin DEHB belirtileri de gösterdiği saptanmıştır (Öztürk, 2015). Benzer şekilde madde kullanım bozukluğunun anksiyete, depresyon, DEHB ve kişilik bozukluklarıyla sıklıkla bir arada görüldüğünü gösteren çalışmalar da mevcuttur (Özen, 2018). Dürtüsel bireylerin maddeyle tanışma yaşının daha düşük olduğu ve kullanmaya devam etme sıklığının dürtüsel olmayan bireylere göre daha fazla olduğu da görülmektedir (Chambers, 2003). Dürtüsellik kişinin ani ve yanlış kararlar almasına, aldığı yanlış kararlar neticesinde yanlış davranışlarda bulunmasına sebep olabilmektedir. Dilbaz (2018) yaptığı araştırmasında dürtüselliğin kontrol mekanizmasını zayıflattığını,

zayıflayan kontrol mekanizmasının da kişinin madde kullanmasını engellemekte zorluk yaşamasına sebep olabileceğini belirtmiştir. Literatürdeki diğer çalışmalarda da görüldüğü gibi madde kullanım bozukluğu ve dikkat eksikliği dürtüsellik arasındaki ilişki oldukça güçlüdür.

Katılımcıların medeni durumları incelenmiştir, bağımlı hastaların %71,4'ü bekar, %28,6'sı evlidir. Medeni durumun DEHB belirtilerinin ortaya çıkmasında anlamlı bir farklılık oluşturmadığı saptanmıştır. Ancak dürtüsellik davranışları incelendiğinde bekar katılımcıların plan yapamama alt ölçeğinden aldıkları puanın evli olanlardan anlamlı şekilde farklı ve yüksek olduğu görülmektedir. Bu sonuç evliliğin kişiye sorumluluk bilinci aşılayarak daha kontrollü ve planlı yaşadıklarını düşündürmektedir. Daha önce yapılan araştırmalarda da bekar bireylerin madde kullanım bozukluğu oranının evlilerden daha yüksek olduğu görülmüş bekar olmanın bağımlılık için risk faktörü olabileceği vurgulanmıştır (Ergil,1993). Ancak alkol madde kullanım bozukluğu ve medeni durum ilişkisini inceleyen araştırmaların az olması sebebiyle çok kesin yargılara varılamamaktadır.

Katılımcıların çalışma durumları incelenmiştir, bağımlı hastaların %76,2'si çalışmakta %23,8'i ise herhangi bir işte çalışmamaktadır. Çalışmayan bağımlı bireylerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite puanı ve motor dürtüsellik puanları çalışanlardan anlamlı bir şekilde daha yüksek çıkmıştır. Bu sonuç çalışmayan bağımlı hastalarda DEHB ve dürtüsellik davranışının daha fazla olduğunu göstermektedir. Dürtüsel kişilerin düşünmeden hızlı kararlar alması ve dikkatsiz davranışlarının kişilerin sosyal ve çalışma hayatlarında problem yaşamalarına sebep olabilmektedir. Madde kullanım bozukluğuna sahip bireylerin işsizlik oranlarının kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu madde kullanım bozukluğuna sahip kişilerin işsizlik oranlarının yaklaşık %12-38 olduğu bildirilmiştir (Bulut ve ark, 2006). Yaptığımız araştırmada katılımcıların büyük çoğunluğunun çalıştığı ve sonuçların literatürden biraz farklılık gösterdiği görülmüştür bunun sebebi olarak araştırmanın hasta grubundan alınan verilerin özel bir hastaneden toplanmış olması düşünülebilir.

Araştırmaya katılanların çocuk sahibi olup olmama durumları incelenmiştir, bağımlı hastaların %26,2'sinin çocuk sahibi olduğu, %73,8'inin çocuk sahibi olmadığı görülmüştür. Çocuk sahibi olmayan bağımlı katılımcıların dikkat eksikliği ve dürtüsellik puanları olanlardan anlamlı şekilde büyüktür. DEHB ve çocuk sahibi olma ilişkisini

inceleyen çalışmalar oldukça kısıtlıdır, çalışmalarda DEHB ve dürtüsellik ın genetik faktörlere odaklanılmaktadır. Yapılan araştırmalarda DEHB'nin genetik geçiş ihtimalinin çok yüksek olduğu ve DEHB'li bireylerin çocuklarında da DEHB görülmesinin çok muhtemel olduğunu göstermektedir (Farone ve Bioderman, 1994). Genetik geçişin bu kadar yüksek olması sebebiyle DEHB tanısı almış bireylerin ocuk sahibi olma kararlarını etkilediği düşünülmektedir.

Katılımcıların eğitim durumları incelenmiştir, bağımlı hastaların %11,9'unun ortaokul, %45,2'sinin lise, %38,1'inin niversite, %4,8'inin yüksek lisans mezunu olduğu görülmektedir. Eğitim durumunun DEHB ve dürtüsellik açısından anlamlı bir fark yaratmadığı saptanmıştır. Araştırmaya katılan katılımcıların çoğunluğu en az lise mezunudur, literatürdeki araştırmalar incelendiğinde alkol bağımlılığı tanısı alan hastaların %53,3'; madde bağımlılığı tanısı alanların ise %43,8'inin ilkokul mezunu olduğu görülmüştür (Evren ve Ögel,2003). TUBİM tarafından 2009 yılında yayımlanan rapor incelemesinde alkol madde kullanım bozukluğu tanısı almış bireylerin büyük çoğunluğunun lise mezunu olduğu açıklanmıştır. Geçmişte yapılan incelemeler eğitim durumunun düşük olmasını madde kullanım bozukluğu için bir risk faktörü olarak değerlendirilmekteydi ancak hem bu çalışma hem de diğer güncel çalışmalar düşük eğitim durumunun risk faktörü olarak değerlendirilmesinin çok doğru olmadığını göstermektedir.

Katılımcıların gelir düzeyleri incelenmiştir, bağımlı hastaların %2,4' düşük, %66,7'si orta, %31 yüksek gelirli olarak saptanmıştır. Aylık gelir olarak net bir miktar belirtilmemiştir, kişilerin gelirlerinin düşük orta yüksek olarak nitelendirmeleri kendi inisiyatiflerinde olduğundan dolayı sağlıklı değerlendirme sonucu vermediği dşnlmekte olup anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmanın amacı alkol madde kullanım bozukluğu veya davranışsal bağımlıkları olan bireylerle sağlıklı bireylerin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve dürtüsellik açısından karşılaştırılmasıdır.

Bu çalışmada Madde Kullanım Bozukluğu olan bireylerin dikkat eksikliği puanı sağlıklı bireylerden daha yüksek bulunmuştur.

Madde Kullanım Bozukluğu olan bireylerin hiperaktivite-dürtüsellik puanı sağlıklı bireylerden daha yüksek bulunmuştur.

Madde Kullanım Bozukluğu olan bireylerin plan yapamama puanı sağlıklı bireylerden daha yüksek bulunmuştur.

Madde Kullanım Bozukluğu olan bireylerin motor ve dikkat dürtüsellik puanı sağlıklı bireylerden daha yüksek bulunmuştur.

Bu araştırma sonuçları madde kullanım bozukluğu ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve dürtüsellik arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Bağımlılık toplumsal ciddi bir sorundur. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun ve dürtüsellik de sık görülmesi belirtilerin sıklığını ve şiddetini artırabileceğinden sorun teşkil edebilmektedir.

Literatürde benzer çalışmalar olmakla birlikte bu çalışma alt ölçekleri ayrı ayrı daha detaylı incelemesi sebebiyle diğerlerinden ayrılmakta ve önem taşımaktadır. Her araştırma gibi bazı sınırlılıkları da bulunmaktadır, özellikle hastanede yatarak tedavi gören kadın hasta sayısının az olması cinsiyet açısından karşılaştırmayı zorlaştırmaktadır. Daha geniş bir örneklem grubuyla benzer bir araştırmanın yapılması daha kapsamlı veriler elde edilmesine olanak sağlayarak literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Albrecht B, Brandeis D, Sandersleben HU, Valko L, Heinrich H, Xu X, et al. Genetics of preparation and response control in ADHD: the role of DRD4 and DAT1. *Journal of child psychology and psychiatry* 2014; 55(8): 914-23.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). APA Publishing.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Anderson, P., de Bruijn, A., Angus, K., Gordon, R., & Hastings, G. (2003). Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: A systematic review. *Alcohol and Alcoholism*, 44(3), 229–243.
- Arnsten, A. F. (2009). Toward a new understanding of attention-deficit hyperactivity disorder pathophysiology. *Biological Psychiatry*, 65(12), 945-955
- Barkley, R. A. (2015). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4th ed.). Guilford Press.
- Barkley, R. A., Murphy, K. R., & Fischer, M. (2008). *ADHD in adults: What the science says*. Guilford Press.
- Bechara, A. (2005). Decision making, impulse control and loss of willpower to resist drugs: a neurocognitive perspective. *Nature Neuroscience*, 8(11), 1458-1463.
- Belsky, J., & de Haan, M. (2011). Parenting and children's brain development: The end of the beginning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(4), 411-428.
- Biederman, J., Mick, E., & Faraone, S. V. (2006). *Comorbidity of attention-deficit hyperactivity disorder*. *Current Opinion in Pediatrics*, 18(6), 522-528.
- Black D, Belsare G, Schlosser S. Clinical features, psychiatric comorbidity and health related quality of life in persons reporting compulsive computer use behaviour. *J Clin Psychiatry* 1999; 60:839-843.
- Brady KT, Myrick H, McElroy S. The relationship between substance use disorders, impulse control disorders, and pathological aggression. *Am J Addict* 1998; 7:221- 230.

- Breslau, N., Peterson, E., & Schultz, L. (2006). Gender differences in the use of illicit drugs. *Drug and Alcohol Dependence*, 83(2), 107-116.
- Brook, J. S., Whiteman, M., & Gordon, A. S. (1990). Dynamics of parental influences on adolescent drug use. *Developmental Psychology*, 26(5), 913-920.
- Bulut M, Savaş HA, Cansel N, Selek S, Kap Ö, Yumru M, Vırt O. (2006). Gaziantep Üniversitesi Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Birimine Başvuran Hastaların Sosyodemografik Özellikleri. *Journal of Dependence*.; 7, 65-70.
- Carnes, P. (2001). *Out of the Shadows: Understanding Sexual Addiction*. Hazelden Publishing.
- Castellanos FX, Giedd JN, Berquin PC, et al. Quantitative brain magnetic resonance imaging in girls with attentiondeficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 289-95.
- Chambers, R. A., Taylor, J. R., & Potenza, M. N. (2003). Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: A critical period of addiction vulnerability. *American Journal of Psychiatry*, 160(6), 1041-1052.
- Çetin, K., & Akar, H. (2020). Dürtüsellik ve bağımlılık: Türkiye örneklemini üzerine bir inceleme. *Bağımlılık Dergisi*, 21(1), 22-35.
- Çiftçi, E., & Eryılmaz, S. (2018). Bağımlılık tedavisinde aile katılımının önemi. *Bağımlılık Dergisi*, 19(3), 182-190.
- Dalbudak, E. ve Evren, C. (2014). The relationship of Internet addiction severity with Attention Deficit Hyperactivity Disorder symptoms in Turkish University students; impact of personality traits, depression and anxiety. *Comprehensive Psychiatry*, 55(3), 497-503. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.11.018>
- Demirci, İ. (2019). Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeğinin Türkçeye uyarlanması, depresyon ve anksiyete belirtileriyle ilişkisinin değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 20, 15-22
- Dilbaz, N. (2018). Madde bağımlılığı ve dürtüsellik ilişkisi. *Bağımlılık Dergisi*, 19(2), 87-102.
- DSM-IV-TR. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin. Washington DC. (Çeviri Editörü: Köroğlu E), Ankara: Hekimler Yayın Birliği 2007: 116-29. 2.
- Egorov AY, Szabo A. The exercise paradox: An interactional model for a clearer conceptualization of exercise addiction. *J Behav Addict* 2013; 2(4): 199-208.

- Eker D., Arkar H., Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Faktör Yapısı, Geçerlilik ve Güvenirliliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1995; 10: 45-55
- Ekşi, A. (2011). Ben hasta değilim. Nobel Tıp Kitabevleri
- Erci, B. (1999). Lise öğrencilerinde madde bağımlılığı ve etkileyen ailesel faktörler. *Atatürk Üniversitesi HemGirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2 (1), 83-94.
- Enoch MA, White KV, Harris CR, Rohrbach JW, Goldman D (2002) . The relationship between two intermediate phenotypes for alcoholism: low voltage alpha EEG and low P300 ERP amplitude. *J Stud Alcohol* Sep;63(5):509-17
- Erdoğan, M., & Yıldız, G. (2019). Alkol ve madde kullanım bozukluklarında depresyon ve anksiyete. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 30(3), 45–53.
- Eryılmaz, E., & Altay, F. B. (2018). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunu Erken Tanımda Cinsiyet Önyargısı. *Türk Psikoloji Yazıları*, 21(42), 89-98
- Everitt, B. J., & Robbins, T. W. (2016). Drug addiction: updating actions to habits to compulsions ten years on. *Annual Review of Psychology*, 67, 23-50.
- Evren, C. ve Ögel, K. (2003). Alkol/madde bağımlılarında dissosiyatif belirtiler ve çocukluk çağı travması, depresyon, anksiyete ve alkol/madde kullanımı ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4, 30-37.
- Eysenck SB, Eysenck HJ. The place of impulsiveness in a dimensional system of personality description. *Br J Soc Clin Psychol* 1977; 16:57-68.
- Faraone, S. V., & Biederman, J. (1994). Neurobiology of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Biological Psychiatry*, 35(10), 686-688.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258.
- Funder, D. C. (2001). *The personality puzzle*. W.W. Norton & Company.
- Geniş, B. ve Aksu, H. (2020). İntihar girişimi ile acil servise başvuran kumar bağımlılığı olgusu. *Bağımlılık Dergisi*, 21(1), 92-98.
- George, D., & Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*, 17.0 update (10a ed.) Boston: Pearson

- Gökçe, S., & Yılmaz, F. (2020). Davranışsal bağımlılıklarda nörokimyasal düzeyler. *Nöropsikiyatri Dergisi*, 57(4), 289-296.
- Grant, J. E., Potenza, M. N., Weinstein, A., & Gorelick, D. A. (2010). Introduction to behavioral addictions. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(5), 233-241. <https://doi.org/10.3109/00952990.2010.491884>
- Greenfield, S. F., et al. (2010). Substance abuse in women. *Journal of Women's Health*, 19(4), 721-727.
- Griffiths, M. D. (2005). A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 10(4), 191-197. <https://doi.org/10.1080/14659890500114359>
- Gul N, Tiryaki A, Kultur SEC, Topbas M, Ak I. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and comorbid disruptive behavior disorders among school age children in Trabzon. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2010; 20(1): 50-6.
- Gültekin, A., & Bilici, M. (2020). Ergenlerde madde kullanımı ve arkadaş çevresi etkisi. *Bağımlılık Araştırmaları Dergisi*, 10(3), 150-165.
- Gümüş, Ğ., Kurt, M., Günay Ermurat, D., Feyatörbay, E. (2011). Lise öğrencilerinin madde bağımlılığı konusunda bilgi, tutum ve davranış düzeylerinin belirlenmesi (Erzurum örneği). *Ekev Akademi Dergisi*, 48, 321-334.
- Hofstede, G. (1980). Culture's consequences: International differences in work-related values. *Sage Publications*.
- Hughes JR, Pickens RW, Gust SW, Hatsukami DK, Svikis DS (1986). Smoking behavior of type A and type B smokers. *Addict Behav.*;11(2):115-8
- Jessor, R. (1992). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Developmental Review*, 12(4), 329-360.
- Kandel, D. B., & Logan, J. A. (1984). Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: I. Periods of risk for initiation, continued use, and discontinuation. *American Journal of Public Health*, 74(7), 660-666.
- Kaufman, E. L., Rieker, P. P., & Carter, J. (2000). Gender differences in alcohol and drug use and abuse: A review of the literature. *Social Work in Health Care*, 32(4), 45-66.

- Kaya, E., & Demirci, A. (2018). Bağımlılıkla mücadelede stres yönetimi. *Türkiye Klinikleri Psikoloji Dergisi*, 5(1), 15–22.
- Kessler, R. C., et al. (2005). Prevalence, correlates, and treatment of alcohol use disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(7), 717-727.
- Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 217–238.
- Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 760-773.
- Kraus, S. W., et al. (2016). Neurobiology of compulsive sexual behavior: Emerging science. *Neuropsychopharmacology*, 41(1), 385-386.
- Küçükşen, A., & Özcan, H. (2019). Aile içi iletişim ve madde bağımlılığı ilişkisi: Türkiye örneği. *Psikoloji ve Davranış Bilimleri Dergisi*, 15(2), 125–135.
- Macfarlane L, Owens G, Cruz BP. Identifying the features of an exercise addiction: A Delphi study. *J Behav Addict* 2016; 5(3):474-484.
- Martin N, Scourfield J, McGuffin P. Observer effects and heritability of childhood attention-deficit hyperactivity disorder symptoms. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 260-5.
- Matthies S, Philipsen A. Comorbidity of Personality Disorders and Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)—Review of Recent Findings. *Current Psychiatry Reports* 2016; 18(4): 33
- Miller, W. R. (2009). The effectiveness of alcohol treatment interventions: A meta-analysis of controlled trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(2), 132-140.
- Nestler, E. J. (2001). Molecular neurobiology of addiction. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1890-1900.
- Odabaşoğlu G, Öztürk Ö, Genç Y, Pektaş Ö. On olguluk bir seri ile internet bağımlılığı-Klinik görünümleri. *Bağımlılık Dergisi* 2007; 8:46-51.
- Ozen ME, Orum MH, Kalenderoglu A, Atmaca M. Attention-deficit/hyperactivity disorder in patients attending remedial treatment due to substance use disorder in Adiyaman University Training and Research Hospital. *Psychiatry and Behavioral Sciences* 2018; 8: 57-62

- Ozturk Y, Akay A. Attention deficit hyperactivity disorder and substance use disorders. *Türkiye Klinikleri Child Psychiatry-Special Topics* 2015; 1 (1): 64-67.
- Ögel, K. (2004). *Madde Kullanım Bozukluklarının Yaygınlığı (Epidemiyoloji)*. İstanbul: Yeniden Yayınları.
- Ögel, K. (2005). *Sokaklar Tiner Kokuyor*. İstanbul: Yeniden Sağlık ve Eğitim Derneği.
- Ögel, K. (2010). *Sigara, alkol ve madde kullanım bozuklukları: Tanı, tedavi ve önleme*. İstanbul: Yeniden Yayınları.
- Ögel, K. (2017). *Bağımlılık ve tedavisi temel kitabı*. İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık.
- Ögel, K., Karalı, A., Tamar, D. & Çakmak, D. (1998). *Alkol ve Madde El Kitabı*. İstanbul: AMATEM.
- Ögel, K., Tamar, D., Evren, C. ve Sır, A. (1999). Madde kullanımı ve suç. *3P Dergisi*, Aralık Ek Sayı.
- Öncü, B., & Şenol, S. (2002). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun etiyolojisi: Bütüncül yaklaşım. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5(2), 111-119
- Örüm MH, Kara MZ, Kuştepe A, Kalenderoğlu A. Bilişsel Hatalar ve Dikkat-Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Belirtilerinin Madde Kullanım Özellikleri ile İlişkisi. *Bağımlılık Dergisi*. Haziran 2019;20(2):47-60.
- Özen Bekar, E. (2014). Bağımlılık yapıcı madde kullanımı olan hemşireler ve hemşirelik hizmetleri yönetiminin yaklaşımı: bir literatür incelemesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1 (1), 43-47.
- Öztürk, B., & Aydın, E. (2021). Bağımlılığın nörobiyolojik temelleri. *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları*.
- Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *J Clin Psychol* 1995; 51:768-774.
- Perry, J. L., & Carroll, M. E. (2008). The role of impulsive behavior in drug abuse. *Psychopharmacology*, 200(1), 1-26.
- Petry, N. M. (2001). Substance abuse, pathological gambling and impulsiveness. *Drug Alcohol Depend*, 63, 29-38. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(00\)00188-5](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(00)00188-5)
- Petry, N. M., Blanco, C. ve Stinchfield, R. (2013). An Empirical Evaluation of Proposed Changes for Gambling Diagnosis in the DSM-5. *Addiction*, 108(3), 575-581.

- Polanczyk G, Rohde LA. Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Curr Opin Psychiatry* 2007;20(4): 386-92
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395.
- Sacks, S. et al. (2014). Gender Differences in Substance Use Disorders and the Role of Gender-Specific Interventions. *Substance Use & Misuse*, 49(10), 1392-1400.
- Siahpush, M., & Borland, R. (2001). Socioeconomic status and tobacco expenditure among Australian households: Results from the 1998-99 Household Expenditure Survey. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(10), 750-751. <https://doi.org/10.1136/jech.55.10.750>
- Spetie L, Arnold EL. Attention Deficit Hyperactivity Disorder, In: Martin A, Fred RW (eds), *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry, A Comprehensive Textbook*, Philadelphia: Williams&Wilkins, 2007: 430-54.
- Szaboa A, Griffithsc MD, Hoglida RA, Demetrovicsa Z. Drug, nicotine, and alcohol use among exercisers: Does substance addiction co-occur with exercise addiction? *Addict Behav Rep* 2018; 7: 26-31.
- Şahin, A. (2017). *Nöropsikolojik Yaklaşımlar ve Dürtüsellik*. İstanbul: Nobel Yayın Dağıtım.
- Şenol S. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*, Çetin Çuhadaroğlu F (ed), Ankara: Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları 2008; 293-311.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011). *Türkiye'de Genel Nüfusta Tütün, Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranış Araştırması*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Tahiroglu AY, Celik GG, Fettahoglu C, Yildirim V, Toros F, Avci A, Ozatalay E, Uzel M. Problematic internet use in the psychiatric sample compared community sample. *Archives of Neuropsychiatry* 2010; 47:241-246.
- Taşpınar, A. A. (2023). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı olan çocuklarda yavaş bilişsel tempo belirtilerinin motor beceriler açısından incelenmesi, Sağlık bilimleri üniversitesi Antalya sağlık uygulama ve araştırma merkezi çocuk ve ergen psikiyatri kliniği, 1.
- Türkçapar, M. H., Akdemir, A., Elverici, ğ., Özcan, N., Gökan, E. ve Özbay, H. (1997). Yatarak tedavi gören bir grup alkol bağımlısında ek psikiyatrik hastalıklar, kişilik bozuklukları, depresyon ve kaygı düzeyleri. *3P Dergisi*, 5 (1), 29-34

- Uludağ, M., & Şahin, T. (2020). Nörogörüntüleme çalışmaları ışığında bağımlılıkta karar verme süreçleri. *Psikiyatri ve Davranış Bilimleri Dergisi*, 6(1), 45–53.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2023). *World Drug Report 2023*. Vienna: UNODC.
- Uzbay, İ. T. (2020). Hazdan Bağımlılığa (4.Baskı) (D. Yalkut Ed.). İstanbul: Destek Yayınlar
- Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine*, 374(4), 363–371.
- Volkow, N. D., Wang, G. J., & Baler, R. D. (2003). Reward system and addiction. *Journal of Clinical Investigation*, 111(5), 617-622. <https://doi.org/10.1172/JCI18515>
- Volkow, N. D., Wang, G. J., Fowler, J. S., & Tomasi, D. (2011). Addiction circuitry in the human brain. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*, 51(1), 211-236.
- Weinstein A, Lejoveux M. Internet addiction or excessive internet use. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2010; 36 (5): 277-83.
- Wilens TE, Biederman J, Spencer TJ, Frances RJ. Komorbiditesi Dikkat eksikliği hiperaktivitesi ve psikoaktif madde kullanımı Bozukluk -ları. *Hosp Toplum Psikiyatrisi* 1994; 45(5):421-
- Wilens, T. E., Biederman, J., & Spencer, T. J. (2007). Attention deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Annual Review of Medicine*, 58(1), 269-280.
- Willcutt, E. G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Neurotherapeutics*, 9(3), 490-499.
- Wilsnack, R. W., Wilsnack, S. C., & Kristjanson, A. F. (2009). Gender and alcohol consumption. *Alcohol Research & Health*, 30(1), 64-73.
- World Health Organization (WHO). (2004). Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Geneva: WHO.
- World Health Organization 2018. Global Status Report On Alcohol And Health 2018. Geneva: World Health Organization, 2018.
- Wymbs, B. T., et al. (2013). Prevalence of co-occurring psychiatric disorders in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(9), 977-985.

- Yang P, Jong YJ, Hsu HY, Tsai JH. Psikiyatrik özellikler ve Dikkat eksikliği/hiperaktivite alt tiplerinin ebeveynlik stres profilleri bozukluk: klinik olarak sevk edilen bir Tayvanlı örnekten elde edilen sonuçlar. *J Dev Davranış Pediatr* 2007; 28(5):369-7
- Yaşan, A. ve Gürgeç, F. (2004). Güneydoğu Anadolu Bölgesinde ergenlerde uyuşturucu madde kullanım özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*, 5 (2), 77-83.
- Yavuzer, H. (2009). *Psikopatolojinin Temelleri*. İstanbul: Varlık Yayınları.
- Yazıcı K, Yazıcı AE. Dürtüsellikğin nöroanatomik ve nörokimyasal temelleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2010; 2:254-280
- Yeşilay Danışmanlık Merkezi (YEDAM). (2023). Bağımlılık ve beyindeki etkileri.
- Yıldız, M. (2011). Alkol ve madde bağımlılığı ve psikolojik tedavi yaklaşımları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(3), 190-197. <https://doi.org/10.5080/u7171>
- Yılmaz, B., & Aydın, F. (2021). Çocukluk çağı travmaları ve bağımlılık: Bir derleme çalışması. *Psikiyatri ve Davranış Bilimleri Dergisi*, 11(2), 105–118.
- Zhang L, Chang S, Li Z, Zhang K, Du Y, Ott J, et al. ADHDgene: a genetic database for attention deficit hyperactivity disorder. *Nucleic acids research* 2012; 40(D1): D1003-D9
- Zorlu, N., Türk, H., Manavgat, A. G., Karadağ, B. ve Gülseren, G. (2011). Denetimli Serbestlik Uygulaması Kapsamında Başvuran Hastalarda Sosyodemografik, Klinik Özelliklerin ve Alkol Kullanım Bozukluğu Sıklığının Geriye Dönük Değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12, 253-257

EKLER

Ek 1. Sosyodemografik Veri Formu

Demografik Bilgi Formu

DEMOGRAFİK BİLGİLER

Yaş :

Cinsiyet : ☐ Kadın ☐ Erkek

Eğitim durumu: ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite
☐ Yüksek lisans/Doktora

Çalışıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır

Meslek:

Gelir Düzeyi: ☐ Düşük ☐ Orta ☐ Yüksek

Medeni durum: ☐ Evli ☐ Bekar ☐ Boşanmış ☐ Dul

Çocuğunuz var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

Evet ise kaç tane?

Çocuklarınız dışında evde bakmakla yükümlü olduğunuz başka biri var mı?

GENEL BİLGİLER

Herhangi kronik bir rahatsızlığınız var mı? ☐ Evet (Belirtiniz.....)
Hayır ☐

Herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz? ☐ Evet (Belirtiniz)
Hayır ☐

Herhangi bir psikolojik rahatsızlığınız var mı? ☐ Evet (Belirtiniz)
Hayır ☐

Ek 2. Erişkin Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)

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 cevabın altındaki kutuya işareti koyunuz.

	Asla	Nadiren	Bazen	Sık	Çok Sık
A BÖLÜMÜ					
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 başlamakta kaçınır ya da geciktirirsiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
5. Uzun bir süre oturmanız gerektiğinde, ne sıklıkla huzursuzlaşıp, kıpırdanır ya da el ve ayaklarınızı kıpırdatırsınız?	☐	☐	☐	☐	☐
6. Ne sıklıkla kendinizi aşırı aktif ve sanki motor takılmış gibi bir şeyler yapmak zorunda hissedersiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
B BÖLÜMÜ					
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?	☐	☐	☐	☐	☐

Ek 3. Barratt Dürtüsellik Ölçeği

EK.3. BARRATT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ -11 KISA FORMU

Açıklamalar: İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir.

Lütfen her cümleyi okuyunuz ve bu sayfanın sağındaki, size en uygun daire içine X koyunuz.

Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.

		Nadiren/ Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman/ Her zaman
1	İşlerimi dikkatle planlarım				
2	Düşünmeden iş yaparım				
3	Dikkat etmem				
4	Uçuşan düşüncelerim var				
5	Dikkatli düşünen birisiyim				
6	İş güvenliğine dikkat ederim				
7	Düşünmeden bir şeyler söylerim				
8	Düşünmeden hareket ederim				
9	Zor problemler çözmem gerektiğinde kolayca sıkılırım.				
10	Aklıma estiği gibi hareket ederim				
11	Düşünerek hareket ederim				

Dürtüsellik ve Dürtü Kontrol Bozuklukları

805

12	Düşünmeden alışveriş yaparım				
13	Hobilerimi değiştiririm				
14	Kazandığımdan daha fazla harcarım				
15	Geleceğini düşünen birisiyim				

Ek 4. Etik Kurul Onayı

Ek 5. Özgeçmiş

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : AYŞE KÜBRA ŞAHİNKAYA

Doğum Yeri ve Tarihi : Yabancı Dili :

İNGİLİZCE C1

Telefon

E-Posta :

Eğitim Durumu:

Lise : Adile Mermerci Anadolu Lisesi

Lisans : Medipol Üniversitesi Psikoloji (İngilizce)

Yüksek Lisans : Üsküdar Üniversitesi Bağımlılık Danışmanlığı

İş Tecrübesi: 2022-2024- İstanbul American School-Okul Psikoloğu