



**T.C SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**  
**ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EğİTİM VE**  
**ARAşTIRMA HASTANESİ**

**DENETİMLİ SERBESTLİK KAPSAMINDA UYGULANAN BAğIMLILIK**  
**PROGRAMI TEDAVİSİNE ALINAN KİşİLERDE DİKKAT EKSİKLİğİ VE**  
**HİPERAKTİVİTE BOZUKLUğUNUN TEDAVİ UYUMUNA ETKİSİ**

**Dr. BURCU YÜCE**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**İSTANBUL-2019**



**T.C SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**  
**ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA**  
**HASTANESİ**

**DENETİMLİ SERBESTLİK KAPSAMINDA UYGULANAN BAĞIMLILIK**  
**PROGRAMI TEDAVİSİNE ALINAN KİŞİLERDE DİKKAT EKSİKLİĞİ VE**  
**HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNUN TEDAVİ UYUMUNA ETKİSİ**

**Dr. Burcu Yüce**

**Tez Danışmanları: Doç. Dr. Rabia Bilici**

**Uzm. Dr. Muhsin Koray Kılıç**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**İSTANBUL-2019**

## TEŞEKKÜR

Tez sürecimde birlikte çalışmaktan büyük onur ve mutluluk duyduğum, danışmanlığını, desteklerini ve bilgilerini benden esirgemeyen sayın hocam, başhekimimiz, tez danışmanım Doç. Dr. Rabia Bilici'ye ve bağımlılık alanındaki bilgilerine ek olarak destekleyici tutumu ve huzurlu çalışma arkadaşlığı için, tez danışmanlarımdan Uzm Dr. Muhsin Koray Kılıç'a,

Birlikte çalışmanın getirdiği keyif, güven ve huzurun yanında, mesleki tecrübelerini ve bilgilerini bizlerle sonuna kadar paylaşan, hekimlik sürecime kıymetli katkılarda bulunan çok değerli hocalarım Doç. Dr. Engin Emrem Beştepe'ye, Doç. Dr. Özay Özdemir'e, Doç. Dr. Hüseyin Güleç'e, Doç. Dr. Medine Yazıcı Güleç'e, Doç. Dr. Bülent Kadri Gültekin'e, Doç. Dr. Neslihan Akkişi Kumsar'a, Doç. Dr. Filiz İzci'ye,

Psikiyatri asistanlığıma başlarken yanımda olan, ilk bilgilerimi edinirken deneyimlerinden ve kapsayıcılıklarından yararlanmaktan çokça mutlu olduğum, birlikte çalışmadığımız zamanlar dahil olmak üzere benden desteklerini esirgemeyen değerli hocalarım Prof. Dr. Figen Karadağ, Doç. Dr. Aytül Gürsu Hariri, Doç. Dr. Devran Tan ve Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim dalı ekibine,

Tez sürecimde ve rotasyonum sırasında birlikte çalışmaktan çokça keyif aldığım, desteklerini her zaman hissettiğim, değerli hocam Doç. Dr. Merih Altıntaş'a, AMATEM poliklinik ve servis tedavi ekibine,

Birlikte çalışma fırsatı bulduğum ve hekimliklerinden yararlanma şansı yakaladığım için çok mutlu olduğum Uzm. Dr. İshak Saygılı'ya, Uzm. Dr. Haluk Usta'ya, Uzm. Dr. Alper Baş'a, Uzm. Dr. Dicle Bilge Öğüt'e, Uzm. Dr. Salime Gürsoy'a, Uzm. Dr. Yücel Yılmaz'a, Uzm. Dr. Murat Yalçın'a, özellikle denetimli serbestlik alanında çalışmam konusundaki yüreklendirmeleri nedeni ile Uzm. Dr. Selim Arpacıoğlu'na,

Nöroloji rotasyonum sırasında bana öğretici ve eğitici yaklaşımları ile çok verimli bir rotasyon süreci geçirme imkanı sağlayan değerli hocalarım Doç. Dr. Füsün Domaç'a, Doç. Dr. Gülay Kenangil'e ve nöroloji tedavi ekibine,

Çocuk psikiyatrisi rotasyonum sırasında bilgi ve deneyimlerinden faydalanma fırsatı bulduğum, birlikte çalışma şansı yakaladığım için çok şanslı hissettiğim değerli hocalarım Doç. Dr. Özalp Ekinci'ye, Dr. Öğretim Üyesi İbrahim Adak'a çocuk psikiyatrisi ve ÇEMATEM tedavi ekibine,

Uzmanlık eğitimim boyunca yanımda olduklarını her zaman hissettiğim, tez hazırlanma sürecinde sonsuz destekleriyle bana yardımcı olan, Erenköy'ü evim gibi hissettiren değerli arkadaşlarım Dr. Nihal Taştekin, Dr. Betül Kırşavoğlu, Dr. Sena Aktaş, Dr. Ozan Odabaşı, Dr. Dilara Kurban'a,

Tezimle ilgili her türlü sorunumda bana destek olan Uzm. Dr. Erkal Erzincan'a, Uzm. Dr. Yağmur Atay'a, Uzm. Dr. Dicle Çetiner'e,

Eğitim sürecim boyunca birbirimize destek olduğumuz ve çalışma ortamımızı mutlu ve huzurlu kıldığımız tüm asistan arkadaşlarıma,

Hayatıma girdiği andan itibaren kattığı tüm güzellikler ve katkılar için sevgili yol arkadaşım, değerli Atilla Akalın'a,

Yürüdüğüm yollarda güvenle, huzurla ilerlememi sağlayan, her zaman en büyük destekçileri olan çok kıymetli annem Bilge Yüce'ye, babam Mustafa Yüce'ye, kardeşlerim Elif Merev ve Ahmet Yüce'ye,

Birlikte çalıştığımız tüm değerli hemşire ve personel arkadaşlarıma,

En içten duygularımla teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Burcu Yüce

İstanbul/2019

## İÇİNDEKİLER

|                                                                                                    |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| TEŞEKKÜR; .....                                                                                    | i    |
| KISALTMALAR .....                                                                                  | vi   |
| TABLolar .....                                                                                     | vii  |
| ÖZET.....                                                                                          | viii |
| ABSTRACT .....                                                                                     | x    |
| 1.GİRİŞ VE AMAÇ.....                                                                               | 1    |
| 2.GENEL BİLGİLER.....                                                                              | 4    |
| 2.1.Madde Kullanım Bozukluklarına Genel Bir Bakış .....                                            | 4    |
| 2.1.2.Madde kullanım bozukluğunun epidemiyolojisi;.....                                            | 5    |
| 2.1.3.Madde kullanım bozukluğunun etiyolojisi ve temel kavramlar;.....                             | 5    |
| 2.1.4.Madde kullanım bozukluğunun tanı ve sınıflaması; .....                                       | 6    |
| 2.2.Denetimli Serbestlik Sistemi Nedir? .....                                                      | 8    |
| 2.2.1.Denetimli serbestliğin tanımı ve amacı;.....                                                 | 8    |
| 2.2.2.Denetimli serbestlik kararları .....                                                         | 9    |
| 2.2.3.Denetimli serbestlik tedbiri ve tedavi uygulamaları .....                                    | 9    |
| 2.3.Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu .....                                              | 13   |
| 2.3.1.Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun tarihçesi; .....                              | 13   |
| 2.3.2.Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun epidemiyolojisi; .....                        | 13   |
| 2.3.3.Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun etiyolojisi; .....                            | 14   |
| 2.3.4.Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun tanısı; .....                                 | 14   |
| 2.3.5.Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna eşlik eden tanılar; .....                      | 17   |
| 2.3.6.Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve alkol-madde kullanım bozukluğu ilişkisi;..... | 17   |

|                                                                                                                        |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>3.GEREÇ VE YÖNTEMLER.....</b>                                                                                       | <b>19</b> |
| 3.1.Uygulama;.....                                                                                                     | 19        |
| 3.2. Veri Toplama Araçları;.....                                                                                       | 20        |
| 3.2.1.Onam ve bilgilendirme;.....                                                                                      | 20        |
| 3.2.2.Sosyodemografik veri formu ; .....                                                                               | 20        |
| 3.2.3.Madde Kullananlar için Değişime Hazır Olma Aşamaları ve Tedaviyi İsteme Ölçeği (SOCRATES-M);.....                | 20        |
| 3.2.4.Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ);.....                                                                           | 21        |
| 3.2.5.Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS);.....                              | 21        |
| 3.2.6.Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği;.....                                                                          | 21        |
| 3.2.7.İstatistiksel Yöntem;.....                                                                                       | 22        |
| <b>4.BULGULAR.....</b>                                                                                                 | <b>23</b> |
| 4.1.Sosyodemografik verilerin incelenmesi;.....                                                                        | 23        |
| 4.2.Grupların klinik özelliklerinin değerlendirilmesi; .....                                                           | 26        |
| 4.3.Grupların Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....                                                                 | 32        |
| 4.3.1.Uyumlu ve uyumsuz grupta Wender-Utah (WUDÖ) ve ASRS puanları:.                                                   | 32        |
| 4.3.2.Tüm katılımcıların DSBP öncesi ve sonrasında ölçek gruplarının karşılaştırılması;.....                           | 34        |
| 4.3.3.Uyumlu tamamlayanların DSBP öncesi ve sonrası ölçek puanlarının karşılaştırılması;.....                          | 35        |
| 4.3.4.Uyumsuz tamamlayanlarda DSBP Öncesi ve Sonrasında Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması;.....                      | 35        |
| 4.3.5.DEHB tanısının varlığına göre katılımcıların DSBP öncesi ve sonrasında ölçek gruplarının karşılaştırılması;..... | 37        |
| 4.3.6.DEHB tanısı olan tüm hastaların DSBP öncesi ve sonrası karşılaştırılması;.....                                   | 39        |
| 4.3.7.DEHB tanısı olanların DSBP öncesi ve sonrasında uyumlu tamamlayabilme açısından karşılaştırılmaları;.....        | 41        |
| 4.3.8.Ölçek alt boyutları için lojistik regresyon analizi sonuçları; .....                                             | 43        |

|                                                                                                        |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 4.3.9.Ölçek toplam puanları için lojistik regresyon analizi sonuçları; .....                           | 44        |
| <b>5.TARTIŞMA.....</b>                                                                                 | <b>45</b> |
| 5.1.Sosyodemografik verilerin değerlendirilmesi; .....                                                 | 45        |
| 5.2.Grupların klinik özelliklerinin değerlendirilmesi; .....                                           | 46        |
| 5.3.Ölçeklerin değerlendirilmesi; .....                                                                | 51        |
| 5.3.1.SOCRATES-M'nin değerlendirilmesi; .....                                                          | 51        |
| 5.3.2.BAPİ'nin değerlendirilmesi; .....                                                                | 54        |
| <b>6.ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI; .....</b>                                                              | <b>58</b> |
| <b>7.SONUÇLAR;.....</b>                                                                                | <b>59</b> |
| <b>8.KAYNAKLAR.....</b>                                                                                | <b>60</b> |
| <b>9.EKLER.....</b>                                                                                    | <b>68</b> |
| Ek 1. Aydınlatılmış Onam Formu .....                                                                   | 68        |
| Ek 2. Sosyodemografik Veri Formu .....                                                                 | 69        |
| Ek 3. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS).....            | 74        |
| Ek 4. Wender Utah Derecelendirme Ölçeği.....                                                           | 75        |
| Ek 5. Madde Kullananlar için Değişime Hazır Olma Aşamaları ve Tedaviyi İsteme Ölçeği (SOCRATES-M)..... | 77        |
| Ek 6 Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) .....                                                            | 79        |

## KISALTMALAR

|                   |                                                                                  |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ABD</b>        | : Amerika Birleşik Devletleri                                                    |
| <b>AMATEM</b>     | : Alkol Madde Bağımlılığı Araştırma Tedavi ve Eğitim Merkezi                     |
| <b>APA</b>        | : American Psychiatric Association                                               |
| <b>ASRS</b>       | : Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği         |
| <b>BAPİ</b>       | : Bağımlılık Profil İndeksi                                                      |
| <b>DEHB</b>       | : Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu                                    |
| <b>DSBP</b>       | : Denetimli Serbestlik Bağımlılık Programı                                       |
| <b>DSM</b>        | : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders                          |
| <b>ICD</b>        | : International Classification of Diseases and Related Health Problems           |
| <b>NSDUH</b>      | : National Survey on Drug Use and Health Summary of National Findings            |
| <b>SAMBA</b>      | : Sigara, Alkol Ve Madde Bağımlılık Tedavi Programı                              |
| <b>SOCRATES-M</b> | : Madde Kullananlar İçin Değişime Hazır Olma Aşamaları ve Tedaviyi İsteme Ölçeği |
| <b>TCK</b>        | : Türk Ceza Kanunu                                                               |
| <b>WHO</b>        | : World Health Organization                                                      |
| <b>WUDÖ</b>       | : Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği                                              |

## TABLÖLAR

|                  |                                                                                                                                 |    |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tablo 1:</b>  | Çalışmaya Katılanların Sosyodemografik Verilerinin İncelenmesi .....                                                            | 23 |
| <b>Tablo 2:</b>  | Katılımcıların Madde Kullanım Özelliklerinin İncelenmesi .....                                                                  | 26 |
| <b>Tablo 3:</b>  | Katılımcıların Maddeye Karşı İstek Durumlarının Değerlendirilmesi .                                                             | 29 |
| <b>Tablo 4:</b>  | Katılımcıların Madde Tedavisinin Önemi İle İlgili Puanlamaları .....                                                            | 31 |
| <b>Tablo 5:</b>  | DSBP Sonuçları ve DEHB İlişkisinin Değerlendirilmesi.....                                                                       | 32 |
| <b>Tablo 6:</b>  | WUDÖ ve ASRS ölçek puanlarına ait tanımlayıcı istatistikler.....                                                                | 33 |
| <b>Tablo 7:</b>  | DSBP Sonuçları ve DEHB Ölçeklerinin Değerlendirilmesi.....                                                                      | 33 |
| <b>Tablo 8:</b>  | Tüm Katılımcıların DSBP Öncesi Ve Sonrası Değerlendirilmesi.....                                                                | 34 |
| <b>Tablo 9:</b>  | Uyumlu Tamamlayanların Tedavi Öncesi Ve Sonrası<br>Değerlendirilmesi.....                                                       | 35 |
| <b>Tablo 10:</b> | Uyumsuz Tamamlayanların Tedavi Öncesi ve Sonrası<br>Değerlendirilmesi.....                                                      | 36 |
| <b>Tablo 11:</b> | DEHB Varlığına Göre Katılımcıların DSBP Öncesi ve Sonrası<br>Motivasyon Ve Bağımlılık Profili Açısından Değerlendirilmesi ..... | 37 |
| <b>Tablo 12:</b> | DEHB Olan Tüm Katılımcıların Tedavi Öncesi Ve Sonrası<br>Değerlendirilmesi.....                                                 | 40 |
| <b>Tablo 13:</b> | DEHB Olanların DSBP Uyumlu Tamamlayabilme Açısından<br>Tedavi Öncesi ve Sonrası Değerlendirilmesi.....                          | 42 |
| <b>Tablo 14:</b> | Ölçek Alt Boyutları Regresyon Analizi Sonuçları .....                                                                           | 43 |
| <b>Tablo 15:</b> | Ölçek Toplam Puanları İçin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları.....                                                            | 44 |

## ÖZET

### **Denetimli Serbestlik Kapsamında Uygulanan Bağımlılık Programı Tedavisine Alınan Kişilerde Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğunun Tedavi Uyumuna Etkisi**

**Giriş ve Amaç;** Madde kullanımı bireysel, toplumsal ve yasal sorunlara yol açmaktadır. Bu nedenle zorunlu tedavi ve yasal önlemler alınması gerekli hale gelmiştir. Denetimli serbestlik tedbiri, alternatif bir infaz yolu olarak adalet sistemimiz içerisinde yer almaktadır. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), kişisel, akademik, aile ve sosyal işlevleri etkileyen kronik gidişli nörogelişimsel bir bozukluktur. DEHB ve alkol-madde kullanım bozukluğu ile bir arada bulunduğu daha şiddetli madde kullanımına ve daha sık suç işlemeye neden olmaktadır. Çalışmamızda denetimli serbestlik kapsamında uygulanan bağımlılık programı tedavisine alınan kişilerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun tedavi uyumuna etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntemler; Çalışmamıza SBÜ Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM Kliniği Denetimli Serbestlik Polikliniğine başvuran, dahil etme kriterlerine uygun ve araştırmaya katılmayı kabul eden, denetimli serbestlik bağımlılık programına (DSBP) katılması gerektiği ilgili klinisyen tarafından tespit edilmiş olan 101 kişi alınmıştır. Katılımcılar DSBP başlamadan önce sosyodemografik veri formu, Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ), Madde Kullananlar için Değişime Hazır Olma Aşamaları ve Tedaviyi İsteme Ölçeği (SOCRATES-M), Wender-Utah ve Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) ölçekleri ile değerlendirilmiş, klinik görüşme ile DEHB tanısı doğrulanmıştır. DSBP programı tamamlandıktan sonra katılımcılar BAPİ, SOCRATES-M ile tekrar değerlendirilmiştir. Veriler IBM SPSS V23 ile analiz edilmiştir.

**Bulgular;** Katılımcıların %67,3'ünde DEHB olduğu, DEHB olan vakaların %41,2'sinin tedaviyi uyumlu tamamlayamadığı tespit edilmiştir. DEHB ile tedaviyi uyumlu tamamlama açısından istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır. DEHB olanlarda tedavi başında SOCRATES- M toplam değerleri anlamlı olarak yüksektir. BAPİ toplam puanlar, DEHB olan grupta program öncesi ve sonrasında anlamlı olarak yüksektir. Şiddetli istek ve bağımlılık şiddeti tedavi uyumsuzluğunu artıran önemli etkenlerdendir.

**Tartışma ve Sonuç:** DEHB, normal popülasyona oranla denetimli serbestlik kapsamında başvuran kişilerde daha yüksek orandadır, bu kişilerde bağımlılık şiddeti program öncesi ve sonrasında daha yüksektir. DEHB' li kişilerde tedavi motivasyonu program sonuna doğru azalmaktadır. Tedavi uyumuna etkisinin araştırılması için ek çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar kelimeler;** Denetimli serbestlik, DEHB, bağımlılık şiddeti, tedavi motivasyonu

## ABSTRACT

### **The Effect of Attention Deficit and Hyperactivity Disorder on Treatment Compliance in Individuals Undergoing Probation Dependency Program Treatment**

**Introduction and objective:** Substance use causes individual, social and legal problems. For this reason, Therefore, compulsory treatment and legal measures have become necessary. Probation is included in our justice system as an alternative means of punishment. Attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) is a chronic neurodevelopmental disorder that affects personal, academic, family and social functions. ADHD causes more frequent crime and more severe substance use when combined with alcohol-substance use disorder. The aim of this study was to investigate the effect of attention deficit and hyperactivity disorder on the treatment compliance of individuals who were included in the treatment of addiction program.

**Method:** 101 patients who applied to the Probation Outpatient Clinic of AMATEM Clinic of SBU Erenköy Psychiatric and Neurological Diseases Training and Research Hospital, accepted to participate in the study and who were determined to participate in the probation dependency program (DSBP) were included in the study. The participants were evaluated with sociodemographic data form, Addiction Profile Index (BAPİ), The Stages Of Change Readiness And Treatment Eagerness Scale (SOCRATES-M), Wender – Utah rating scale and Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder Self-Report Scale (ASRS) before DSBP started and the diagnosis of ADHD was confirmed by clinical interview. After the DSBP program was completed, participants were re-evaluated with BAPİ, SOCRATES-M.

**Results:** It was determined that 67.3% of the participants had ADHD and 41.2% of the patients with ADHD could not complete the treatment in a compatible way. There was no statistically significant relationship between ADHD and treatment compliance. SOCRATES-M total values at the beginning of treatment were significantly higher in patients with ADHD. BAPİ total scores were significantly higher in the ADHD group before and after the program. Severe craving and severity

of addiction are important factors that increase treatment non-compliance. Data were analyzed with IBM SPSS V23.

**Discussion and Conclusion:** ADHD is higher in probation population than in the normal population, and the severity of addiction is higher before and after the program. Treatment motivation in people with ADHD decreases towards the end of the program. Further studies are needed to investigate the effect of treatment compliance.

**Key words:** Probation, ADHD, severity of addiction, treatment motivation



## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Madde; kullanımının sonucu olarak kötüye kullanıma ve bağımlılığa yol açabilecek, değişik yollarla alındığında duygudurum, algılama, biliş ve diğer beyin işlevlerinde değişiklik yaratan her türlü kimyasal olarak tanımlanabilir (1).

Madde kullanım bozukluğu ise genellikle, bir bireyin bu kullanımla ilgili olası sorunlardan bağımsız olarak bir veya daha fazla maddeyi zorunlu olarak kullanmaya devam edeceğini düşündüren davranışsal, bilişsel ve fizyolojik semptomların bir sonucu olarak kavramsallaştırılır (2). Psikolojik, sosyolojik ve ekonomik boyutları olan, kurumsal düzenlemelerin işleyişini tehdit eden, farklı sosyal sorunların hem nedeni hem de sonucu olarak değerlendirilmektedir (3).

Madde kullanımının neden olduğu bireysel problemlere ek olarak toplumsal ve yasal sorunların oluşması, tedavi zorunluluğunu ve yasal önlemlerin alınmasının gerekliliğini gündeme getirmiştir. Bunun sonucu olarak madde kullanımı olan kişilerin toplumla bütünleşmesinin amaçlandığı, yasal, sosyal ve tıbbi süreçlerin birlikte devreye girdiği denetimli serbestlik tedbiri ülkemizde de uygulanmaya başlanmıştır (4).

Denetimli serbestlik tedbiri, alternatif bir infaz yolu olarak günümüzde adalet sistemimize dahil olan bir modeldir. Bu tedbir ile mahkemelerce, alternatif tedbir veya cezalara hükmedilen sanık veya hükümlülerin kendilerine verilen yükümlülükleri, sosyal yaşamları içerisinde yerine getirmelerinin sağlanması beklenmektedir (5). Denetimli serbestlik tedbiri kararları arasında, adli kontrol kararları, bir eğitim kurumuna veya programına devam etme, belirli yerlere gitmekten veya belirli etkinlikleri yapmaktan yasaklanma, belli yerlere devam etme yaptırımları, ehliyet ve ruhsat belgelerinin geri alınması, belli bir meslek ve sanatı yapmaktan yasaklanma yaptırımı, kamuya yararlı bir işte çalıştırma, özel infaz usulleri ve güvenlik tedbirlerinin yerine getirilmesi, hükmün açıklanmasından geri bırakılması, tedavi ve denetimli serbestlik tedbiri ile denetim, rehberlik ve psikoloğa yardım çalışmaları başta gelmektedir (6).

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), kişisel, akademik, aile ve sosyal işlevleri etkileyen, gelişimsel normların ötesinde, dikkat eksikliği ve/veya hiperaktivite-dürtüsellik örüntülerinin sürekliliği ile kendini gösteren, kronik bir nörogelişimsel bozukluktur (7).

DEHB erken çocukluk döneminden itibaren ortaya çıkabilmekte ve birden fazla alanda işlevsellikte bozulmaya yol açabilmektedir, ek olarak çocukluk çağının en sık görülen nöropsikiyatrik bozukluklarından biridir (8,9,10). DEHB'nin yaygınlığı üzerine kesin fikir birliği olmamasına rağmen, meta regresyon analizlerinde erişkinlerde %3.4 ve %5 arasında olduğu şeklinde tahminde bulunmaktadır (11).

DEHB'nin çocukluk döneminde başlaması, erişkin dönemde yüksek oranda devam etmesi ve çeşitli alanlarda işlevsellikte bozulmaya neden olması sebebiyle bu bozukluğun erişkin yaşamda tanınmasının önemi artmaktadır. DEHB, psikiyatrik ek tanı için önemli bir risk etkenidir, bu kişilerde daha yüksek oranda ek tanı konulması daha fazla tedavi maliyetine sebep olmaktadır (12,13).

Erişkin DEHB ile ilgili yapılan çalışmaların sonuçlarında, erişkin DEHB ile birlikte en sık görülen bozukluklar; duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozuklukları olarak belirlenmiştir (14,15). DEHB ve alkol-madde kullanım bozukluğu bir arada bulunduğu sosyal ve psikiyatrik yetersizliklerle beraber daha şiddetli madde kullanımı meydana gelmektedir (16).

Bireylerin dikkatsiz, dürtüsel ve saldırgan davranışlarda bulunabilmesi, suç işleme ve kaza yapma ihtimalini yükselttiğinden bu kişilerde ceza almanın arttığı belirtilmiştir (17,18). Yapılan bir araştırmada, tutuklularda DEHB oranları %4-50 arasında olup, bu durum genel toplum oranlarından yüksektir (19).

Tüm bu bilgiler ışığında denetimli serbestlik kapsamında hastane başvurusu sağlanan kişilerdeki DEHB'nin tespit edilmesi önemli görünmektedir. Çalışmamızın amacı; Denetimli Serbestlik Bağımlılık Programı (DSBP) kapsamında tedavi görmesi gereken madde kullanımı olan kişilerdeki tedavi uyumunun DEHB ile olan ilişkisini tespit etmektir. Ek olarak DEHB tanısı ile bağımlılık şiddeti, tedavi motivasyonu arasındaki ilişkinin tespiti de amaçlanmaktadır.

Çalışmamızın temel hipotezleri aşağıdadır:

1- Denetimli serbestlik bağımlılık programına (DSBP) dahil edilen bireylerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun (DEHB) oranı normal popülasyona göre daha yüksektir.

2- Denetimli serbestlik bağımlılık programı (DSBP) tedavisine uyum DEHB olmayan bireylerde daha yüksektir.

3- Denetimli serbestlik bağımlılık programına (DSBP) dahil edilen DEHB tanılı olan kişilerde bağımlılık şiddeti daha yüksektir.

4- Denetimli serbestlik bağımlılık programına (DSBP) dahil edilen DEHB tanılı olan kişilerde tedavi motivasyonları daha düşüktür.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Madde Kullanım Bozukluklarına Genel Bir Bakış

#### 2.1.1. Madde kullanım bozukluğunun tarihçesi;

Keyif verici madde kullanımı, tarihin eski zamanlarından beridir bulunmaktadır, örneğin opiumun en az 3500 yıldır medikal amaçlarla kullanılmakta olduğu, Amerika yerlilerinin tütün içtiği, koka yaprağı çiğnediği bilinmektedir. Antik yazıtlardan, Çin’de kannabisin ilaç olarak kullanıldığı, Antik Yunan ve Roma’da da keyif verici maddelerin kullanımlarının olduğu öğrenilmiştir. Günümüzde kullanılmakta olan keyif verici maddelerin önemli kısmı binlerce yıldır insanoğlunun bir parçasıdır. Maddelerin yeni ve yoğunlaştırılmış biçimlerinin bulunması ve yeni kullanım yollarının geliştirilmesi birtakım sorunları ortaya çıkarmıştır. Onsekizinci yüzyılda İngiltere’de alkole bağlı sorunlar, 18. ve 19.yy’da ise Asya’da opium içiciliği büyük sorun olmuştur. Ondokuzuncu yüzyılın ortalarında cilt altı iğnelerin bulunması ile daha etkili bir alkaloid olan morfin enjekte edilebilir olmuştur ve bu yolla kötüye kullanım başlamıştır. İntravenöz morfin ve eroin kullanımı 20.yy’ın başında yayılmıştır (20,21).

İlk sedatif barbitürat olan barbital, 1903 yılında tıpta kullanıma girmiştir, sonraki uzun yıllar boyunca etki süresi bakımından farklılık gösteren birbirine eş nitelikte yirmi kadar madde bulunmuştur ancak her yeni bileşimin sunulmasından birkaç yıl sonra literatürde kötüye kullanım, bağımlılık ve çekilme sendromu ile ilgili olgular bildirilmeye başlanmıştır. Amfetamin 1887 yılında bulunduktan sonra, klinik kullanıma 1937 yılında muköz zarların büzülmesi amacıyla sunulmuştur. 1935’te merkezi uyarıcı etkisi olduğu belirlenmiş ve narkolepsi tedavisinde yararlı olduğu bulunmuştur. 1930’larda öfori yapıcı etkisi nedeni ile kullanımına dair bildirimler başlamıştır. Daha sonra II. Dünya Savaşı sonrasında Japonya’da metamfetamin bağımlılığı salgınının görülmesi ile esas ve ciddi önemi farkedilmiştir (20,22). Liserjik Asit Dietilamid (LSD) gibi halüsinojenler entellektüel seçkinlerin ve üniversite öğrencilerinin deneme kullanımlarından daha gençlere yayılmasına kadar, halkın bu maddele ile ilgisi üst düzeye ulaşmamıştır. PCP [Fensiklidin, 1-(1-

phenylcyclohexyl)piperidine)], 1950'lerde bir genel anestetik olarak geliştirilmiştir ve 1960'lar ve 1970'ler boyunca kötüye kullanılan bir madde haline dönüşmüştür (20).

### **2.1.2. Madde kullanım bozukluğunun epidemiyolojisi;**

Genel olarak son yıllarda madde kullanım bozukluğu alanındaki epidemiyolojik çalışmalar artmaya başlamıştır. 2001 yılında yapılan NSDUH (Madde Kötüye Kullanımı Üzerine Ulusal Hane Halkı Çalışması) verileri ABD'de 12 yaş ve üstü 16,6 milyon kişide alkol; 2,4 milyon kişide hem alkol hem madde; 3,2 milyon kişide ise sadece madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı olduğuna işaret etmektedir (23).

2010 yılında ise 12 yaş ve üstü 22.1 milyon kişi madde bağımlılığı veya kötüye kullanma ile sınıflandırılmıştır. Bunların 2,9 milyonu hem alkol hem madde kullanım bozukluğu ile, 4.2 milyonu yalnız madde kullanım bozukluğu, 15,0 milyonu ise yalnız alkol kullanım bozukluğunu içermektedir (24).

Kessler ve arkadaşları tarafından ABD'de yapılan bir çalışmada ise madde kullanım bozukluğunun yaşam boyu prevalansı %14-%16,3 arasında bulunmuştur (25). Madde kullanımının yaygınlığı konusunda yapılan çalışmalar, koruyucu çalışmalara da katkıda bulunacağından bu konuda daha geniş çaplı araştırmalara ihtiyaç vardır. Bu araştırmalar ile madde kullanım yaygınlığındaki artış hızının daha iyi anlaşılması sağlanmış olur (26).

### **2.1.3. Madde kullanım bozukluğunun etiyolojisi ve temel kavramlar;**

Madde kullanım bozukluğunun etiyolojisinde psikodinamik, davranışsal kuramlar ile açıklanabilecek birçok yön olmasının yanında kişinin kişilik yapısı, aile ilişkileri, çevresel ve toplumsal genetik ve nörobiyolojik birçok etken yer almaktadır. Bu bozukluğun gelişiminde maddenin kişinin üzerindeki etkisine ek olarak maddeye kolay ulaşma, toplumsal kabul ve arkadaş çevresi baskısının ana belirleyiciler olduğu düşünülmektedir. Bunun yanında kişilik özellikleri, biyolojik yapı gibi diğer etmenler ilgili maddenin etkilerinin nasıl algılandığı ve tekrarlayan madde kullanımının hangi dozlarda santral sinir sistemi değişikliklerine yol açacağını belirleyebilir (23).

Madde kullanım bozukluğu kişinin ileri derecede olumsuz sonuçlarına karşın madde kullanımını durduramaması, kompulsif biçimde madde kullanımına devam etmesi ve bunların sonucu olarak madde kullanımının kişinin hayatının odak noktası olması ile sonuçlanır (27). Son dönem araştırmalarda öne çıkan üç alan; frontal korteks işlevlerindeki bozukluklar, nöral devrelerde bağımlılık sürecindeki relapslara neden olan uzun süreli değişimler, bağımlılığın gelişiminde görülen nöroadaptasyonlarda dopaminejik olmayan sistemlerin rolüdür.

Madde kullanım bozukluğunun oluşum mekanizmasını anlayabilmek için bilinmesi gereken bazı temel kavramlara bakacak olursak;

**Ödül Sistemi:** Davranış için olumlu güdülenme oluşturan uyaranlardır. Organizmada ödül etkisi yapan uyaranlar haz verici, beğenilen, istenilen ve peşinden gidilen şeylerdir (28).

**Pekişme/Pekiştirici Etki:** Pekişme, herhangi bir uyaranla karşılaşma durumunda o uyarının tekrar istenmesi ve o uyarana arama davranışının gelişmesi olarak tanımlanır. Bağımlılık yapıcı maddeler pekiştirici etkileri olan, yani alındıklarında tekrar kullanım isteği ve arama davranışı yaratan uyaranlardır (29).

**İstek ('Craving'):** Madde bağımlılığı gelişen bireylerde maddeye bağlı çok güçlü bir istek gelişir. Uzun bir süre boyunca varlığını ve etkisini sürdüren bu istek, hastanın tedavi ya da bırakma süreçlerinde tekrar madde kullanımına başlamasına (relaps) neden olur (27).

#### **2.1.4. Madde kullanım bozukluğunun tanı ve sınıflaması;**

Günümüzde madde kullanımının tanısal ve klinik değerlendirilmesinde tüm dünyada Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association, APA) tarafından hazırlanan ve ilk defa 1952 yılında yayımlanan DSM (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Sınıflaması/Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ile Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization-WHO) tarafından hazırlanan ICD (Hastalıkların ve Sağlık Sorunlarının Uluslararası Sınıflaması/International Classification of Diseases and Related Health Problems) sınıflandırma sistemleri kullanılmaktadır.

Resmi olarak madde kullanım bozuklukları, psikiyatri alanına ilk kez 1968 yılında, APA'nın hazırladığı DSM kitapçığının ikinci baskısında (DSM-II), 'Kişilik Bozuklukları ve Psikotik Olmayan Diğer Bozukluklar' başlığı altında 'Alkolizm ve Madde Bağımlılığı' adı altında dahil olmuştur. Bundan bir yıl sonra hastalıkların sınıflandırılmasında daha çok Avrupa ülkelerinde kullanılan ICD sınıflandırmasına 'alkolizm' tanısı eklenmiştir. 1980 yılında hazırlanan DSM III'de 'Bağımlılık ve Madde Kötüye Kullanımı' ilk kez ayrı bir başlık olarak değerlendirilmiştir (30). Her iki sınıflandırma sistemi de belli aralıklarla gözden geçirilmiş ve yenilenmiştir.

Günümüzde kullanılmakta olan DSM adlı sınıflandırma sisteminin beşinci gözden geçirilmiş versiyonu (DSM-5) ile WHO tarafından hazırlanan ICD sınıflandırma sisteminin onuncu versiyonu (ICD-10) kullanılmaktadır. DSM-5 daha önceden kabul edilmiş olan "Madde Kötüye Kullanımı ve Bağımlılığı" kavramlarını genişleterek "Madde Kullanım Bozuklukları" başlığı altında konuyu incelemiştir. Bu değişiklik ile DSM'de ilk defa madde bağımlılığı sendromlarının sadece maddeye bağımlı olmayan birer "davranış" sendromları olduğu yaklaşımı resmi olarak benimsenmiştir. Bu şekilde sadece madde bağımlılıkları değil, madde kötüye kullanımı ile seyreden kompulsif davranışlara ek olarak madde kötüye kullanımı ile seyretmeyen kompulsif davranışlar da (patolojik kumar alışkanlığı, seks bağımlılığı, internet bağımlılığı vb gibi) aynı kategorik sınıflandırma içine girmiştir (31).

DSM-5'te, madde ile ilişkili bozukluklar iki kümeye ayrılır: madde kullanım bozuklukları ve maddenin yol açtığı bozukluklar. Şu durumlar maddenin yol açtığı durumlar olarak sıralanabilir: entoksikasyon, yoksunluk ve maddenin/ilacın yol açtığı ruhsal bozukluklar (psikozla giden bozukluklar, ikiye bölünmüş ve ilişkili bozukluklar, depresyon bozuklukları, kaygı bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar, uyku bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları, deliryum ve nörobilişsel bozukluklar). Madde ile ilişkili bozukluklar ise 10 ayrı madde kümesini kapsar: Alkol; kafein; kenevir (kannabis); hallüsinojenler (fensiklidin ve diğer hallüsinojenler için ayrı kategoriler); uçucular (inhalanlar); opiyatlar; sedatif, hipnotik ve anksiyolitikler; uyarıcılar (amfetamin türü maddeler, kokain ve diğer uyarıcılar); tütün ve diğer (ya da bilinmeyen) maddeler. Ancak, bu 10 küme tam olarak birbirinden ayrı değildir.

Aşırı ölçülerde alınan her madde, ortak bir özellik olarak, beyindeki ödül dizgesini doğrudan etkinleştirir, dolayısıyla davranışların pekişmesine ve anı oluşumuna katkıda bulunur. Ödül dizgesini öyle yoğun bir biçimde etkileştirirler ki olağan etkinlikler boşlanabilir.

Bağımlılık sözcüğü, maddelerin zorlantılı bir biçimde, alışkanlık olarak kullanımıyla ilişkili ağır sorunları tanımlamak için birçok ülkede yaygın olarak kullanılıyorsa da DSM-5'te tanısal bir terim olarak kullanılmamaktadır. Ağır olmayan biçiminden, süregelen depresen ağır duruma dek değişen aralıkta, kompulsif madde alımı için daha yüksüz bir terim olan madde kullanım bozukluğu terimi kullanılır. Bazı klinisyenler, çok daha ağır görünümüler için bağımlılık sözcüğünü kullanmayı seçebilirler; ancak bu sözcük DSM-5 madde kullanım bozukluğu tanısal terimleri arasından çıkarılmıştır; çünkü belirsiz bir tanım olduğu ve olumsuz bir yan anlamı olabileceği düşünülmüştür (7).

## **2.2. Denetimli Serbestlik Sistemi Nedir?**

### **2.2.1. Denetimli serbestliğin tanımı ve amacı;**

Denetimli Serbestlik; Resmi Gazete'nin 20/07/2005 tarihli ve 25881 sayısı ile yürürlüğe giren 5402 sayılı Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezleri ile Koruma Kurulları Kanunu çerçevesinde, ilgili mahkemece hakkında mahkumiyet kararı verilmiş olup cezaları ertelenen, salıverilen ve haklarında hapis cezası dışında herhangi bir tedbire hükmedilen çocuk, genç ve yetişkin; şüpheli, sanık veya hükümlü için yine mahkemece belirtilen koşullar ve süre içinde, denetim planı doğrultusunda kişilerin ceza infaz kurumları yerine toplum içinde izlenmesi, iyileştirilmesi, psiko-sosyal sorunlarının çözülmesi, salıverme sonrası korunması, toplum ile bütünleşmesi ve buna benzer her türlü ihtiyaç alanlarında program ve kaynak sağlama, bilgilendirme, yönlendirme konusunda rehberlik ve yardım hizmetlerini kapsayan toplum esaslı bir uygulamadır. Ceza adalet sisteminin 4 aşamasında - soruşturma, kovuşturma, kovuşturma sonrası ve salıverme sonrası - "insan onuruna saygı ve dürüstlük", "tarafsızlık", "gizlilik", "çocuğun yüksek yararı" temel ilkeleriyle hizmet veren

denetimli serbestlik uygulamasıyla ceza infaz kurumlarına alternatif bir sistem oluşturulması hedeflenmiştir (32).

Bu sistemle ulaşılması hedeflenen; hükümlüler açısından hürriyeti kısıtlayıcı cezalar yerine, seçenek yaptırımlar uygulanması suretiyle hükümlüyü suça iten sebeplerden başlayarak, suçun tekrarlanmasını önlemek amaçlı eğitim verme ve rehberlik ve sosyal destekler ile hükümlülerin ceza evlerinde “tüketen” kişiler olmalarındansa, toplum içinde “üreten” kişiler olması, suç işleyenin dışlanması önlenmesi ve yeniden topluma kazandırılması, koşullu salıverme kurumunun amacına daha uygun kullanılması ve bu şekilde infaz rejiminin etkinliğinin sağlanması, şüpheli ve sanıklar açısından ise, tutuklama tedbirine seçenek olan adli kontrol uygulaması ile haksız tutuklamaların sebep olduğu insan hakları ihlalleri ve ekonomik külfetin ortadan kaldırılmasıdır (33).

#### **2.2.2. Denetimli serbestlik kararları;**

Mahkemelerce hükmedilen ve denetimli serbestlik ve yardım şube müdürlüklerince infaz edilen denetimli serbestlik tedbiri kararları arasında, adli kontrol kararları, bir eğitim kurumuna veya programına devam etme, belirli yerlere gitmekten veya belirli etkinlikleri yapmaktan yasaklanma ile belli yerlere devam etme yaptırımları ve ehliyet ve ruhsat belgelerinin geri alınması ile belli bir meslek ve sanatı yapmaktan yasaklanma yaptırımı, kamuya yararlı bir işte çalıştırma, özel infaz usulleri ve güvenlik tedbirlerinin yerine getirilmesi, hükmün açıklanmasından geri bırakılması, tedavi ve denetimli serbestlik tedbiri ile denetim, rehberlik ve psikososyal yardım çalışmaları başta gelmektedir (6).

#### **2.2.3. Denetimli Serbestlik Tedbiri ve Tedavi Uygulamaları;**

“Kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmak ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanmak’ ile ilgili, Denetimli Serbestlik Tedbirine ilişkin hükümler 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu’nun (TCK) Madde 191’de bildirilmiştir. 28 Haziran 2014 tarihli, 29044 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Türk Ceza Kanunu İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun’un 68. maddesi ile 191. Maddede düzenlemeler yapılmıştır (34). 5237 TCK ‘da;

## **'MADDE 191**

*(1) Kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın alan, kabul eden veya bulunduran ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanan kişi, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.*

*(2) Bu suçtan dolayı başlatılan soruşturmada şüpheli hakkında 4/12/2004 tarihli ve 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanununun 171 inci maddesindeki şartlar aranmaksızın, beş yıl süreyle kamu davasının açılmasının ertelenmesine karar verilir. Cumhuriyet savcısı, bu durumda şüpheliyi, erteleme süresi zarfında kendisine yüklenen yükümlölöklere uygun davranmadığı veya yasakları ihlal ettiğı takdirde kendisi bakımından ortaya çıkabilecek sonuçlar konusunda uyarır.*

*(3) Erteleme süresi zarfında şüpheli hakkında asgari bir yıl süreyle denetimli serbestlik tedbiri uygulanır. Bu süre Cumhuriyet savcısının kararı ile üçer aylık sürelerle en fazla bir yıl daha uzatılabilir. Hakkında denetimli serbestlik tedbiri verilen kişi, gerek görölmesi hâlinde denetimli serbestlik süresi içinde tedaviye tabi tutulabilir.*

*(4) Kişinin, erteleme süresi zarfında;*

*a) Kendisine yüklenen yükümlölöklere veya uygulanan tedavinin gereklerine uygun davranmamakta ısrar etmesi,*

*b) Tekrar kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın alması, kabul etmesi veya bulundurması,*

*c) Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanması hâlinde, hakkında kamu davası açılır.*

*(5) Erteleme süresi zarfında kişinin kullanmak için tekrar uyuşturucu veya uyarıcı madde satın alması, kabul etmesi veya bulundurması ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanması, dördüncü fıkraya uyarınca ihlal nedeni sayılır ve ayrı bir soruşturma ve kovuşturma konusu yapılmaz.*

*(6) Dördüncü fıkraya göre kamu davasının açılmasından sonra, birinci fıkra tanımlanan suçun tekrar işlendiği iddiasıyla açılan soruşturmalarda ikinci fıkra uyarınca kamu davasının açılmasının ertelenmesi kararı verilemez.*

*(7) Şüpheli erteleme süresi zarfında dördüncü fıkra belirtilen yükümlülöklere aykırı davranmadığı ve yasakları ihlal etmediğı takdirde, hakkında kovuşturmaya yer olmadığı kararı verilir.*

*(8) Bu Kanunun;*

*a) 188 inci maddesinde tanımlanan uyuşturuıcı veya uyarıcı madde imal ve ticareti,*

*b) 190 inci maddesinde tanımlanan uyuşturuıcı veya uyarıcı madde kullanılmasını kolaylaştırma suçundan dolayı yapılan kovuşturma evresinde, suçun münhasıran bu madde kapsamına girdiğinin anlaşılması hâlinde, sanık hakkında bu madde hükümleri çerçevesinde hükmün açıklanmasının geri bırakılması kararı verilir.*

*(9) Bu maddede aksine düzenleme bulunmayan hâllerde, Ceza Muhakemesi Kanununun kamu davasının açılmasının ertelenmesine ilişkin 171 inci maddesi veya hükmün açıklanmasının geri bırakılmasına ilişkin 231 inci maddesi hükümleri uygulanır.” şeklinde düzenlenmiştir.*

Sürecin işleyişine bakıldığında; Denetimli Serbestlik Müdürlüğü tarafından madde bağımlılığı tedavi merkezine sevkı sağlanan kişi, sevk edildiğı tedavi merkezine yönelik düzenlenen üst yazı ile birlikte 5 gün içerisinde başvurur. Hekim, ilk görüşmede hastanın psikiyatrik değerlendirmesini ve muayenesini yapar. Klinik görüşmeler ile idrar numune sonucunu bir arada değerlendirerek kişi için ayakta veya yatarak tedavi planlanması yapar. Ayakta tedavisi planlananlar için üç ay sürecek, ikişer haftayı aşmayacak aralıklarla kontrollerinin yapılabileceğı tedavi programı belirlenir. Yatarak tedavi planlananlara ise tedavi bitiminde ek olarak üç ay sürecek ikişer haftayı aşmayacak aralıklarla kontrollerinin yapılabileceğı ayrı bir ayakta tedavi programı oluşturulur.

Klinik muayene ve değerlendirme sonucunda uyumlu ve/veya üç testte de negatif bulgu tespit edilen hastanın erken tam remisyon olduğu düşünülerek tedaviye gerek olmadığını bildirir tıbbi kanaat raporu verilir.

Klinik muayene ve/veya laboratuvar testlerinden en az birinde pozitif bulgu tespit edilmesi halinde, altı oturumluk bağımlılık programına alınmasına karar verildiğini bildirir tıbbi kanaat raporu düzenlenir.

Altı oturumluk bağımlılık programına alınmasına karar verilen kişilere program içeriği ve uygulama takvimi tebliğ edilir. Program içeriğindeki oturumlarda ‘bağımlılık yapan maddeler ve etkileri’, ‘bağımlılık ve beyin’, ‘bağımlılığın gelişim süreci’, ‘bağımlılığa yol açan etkenler’, ‘bağımlılığın özellikleri’ ve ‘bağımlılığın gelişimini önlemek’ konuları üzerinde durulmaktadır. Önceden belirlenmiş olan psikoeğitsel çalışmalar uzman hekim, hekim, psikolog/sosyal çalışmacı veya hemşire/sağlık memuru tarafından yürütülür. Programı sonunda ise, hasta hakkında, hekim tarafından, psikiyatrik değerlendirme, muayene, klinik görüşmeler ile idrar, kan, tükürük, ter, kıl vb. numunelerle vücuttan alınan uyuşturucu ve uyarıcı madde biyolojik numune testlerini birlikte değerlendirilerek rapor düzenlenir.

.

Programa düzenli devam eden ve programının başlamasından itibaren uyuşturucu ve uyarıcı madde biyolojik numune testlerinin son üç testi negatif tespit edilen, yapılan klinik muayene ve değerlendirmelerde de tedavi sürecine uyum gösterdiği düşünölen hasta hakkında uyumlu olduğunu bildirir tıbbi kanaat raporu düzenlenir.

Klinik değerlendirme ve tedavi sürecinde kuralları ihlal eden, uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanımına devam eden hakkında ise tedavi programına uyumsuz olduğunu bildirir tıbbi kanaat raporu düzenlenir. Kural ihlali belge veya tutanak ile tevsik edilerek arşivlenir.

Şiddetli kesilme belirtileri nedeniyle bağımlılık programına alınması mümkün olmayan veya ayakta tedavisi düzenlenmiş olmasına rağmen yakınmaları

düzelmeyenler, madde bağımlılığı tedavi merkezine sevkinin sağlanmasının uygun olduğunu bildirir tıbbi kanaat raporu düzenlenir (35).

### **2.3. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu**

#### **2.3.1. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun tarihçesi;**

1902 yılında George Still tarafından dikkat eksikliği ve davranım sorunları olan çocuklar literatüre eklenmiştir. Bu çocuklarda aşırı hareketlilik, öğrenme zorlukları, dikkat problemleri ve davranım bozuklukları şeklinde sorunlar belirtilmiş ve etiyolojide olasılıkla genetik nedenlere bağlı olabileceği bildirilmiştir. Klinik tablo “zorunlu olarak beyin hasarı ya da zekâ geriliğine bağlı olmayan dikkatsizlik ve dürtü kontrol bozukluğu” olarak tanımlanmıştır. Bu olgular “Ahlaki Kontrolde Marazi Yetersizlik” (a defect of moral control) olarak adlandırılmıştır (36).

Birinci Dünya Savaşının arkasından meydana gelen ensefalit salgını sırasında, ensefalit sonrasında gelişen ve Still’in tanımladığına benzeyen aşırı hareketlilik, dürtüsellik, anti-sosyal davranışlar ve duygu değişkenlikleri gözlenmiştir. Bu durum 1937 yılında Khan ve Cohen tarafından beyin sapında ki bir hasar nedeni ile oluşabilecek organik bir neden kökenli olarak düşünülmüş. Bradley, bu durumu 1937 yılında, amfetamin tedavisiyle hiperaktivite belirtilerinin gerilediğini görüp “Minimal Beyin Disfonksiyonu” olarak adlanmıştır (37).

Çocukluk çağında DEHB fazlaca incelenmiştir ancak 1976 yılına kadar erişkin DEHB’den bahsedilmemiştir. Çocuklardaki DEHB belirtilerine benzeyen klinik görünüme sahip bir grup erişkinle yapılan çalışmada psikostimulanların etkisini göstermeleriyle erişkin DEHB ilk kez literatürde yer bulmuştur (38).

#### **2.3.2. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun epidemiyolojisi;**

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) en sık görülen çocukluk çağı ve ergen nöropsikiyatrik hastalıkları arasındadır. Yıllar boyunca, okul çağı çocuklarındaki yaygınlık %1 ve %20 arası bir aralıkta değişen oranlarda tespit edilmiştir (39,40,41). Bu durumunun çoğunlukla metadolojik farklılıklar nedeni ile kaynaklandığı düşünülmüş olup farklı meta-analizler ile değerlendirildiğinde % 5–7

olduğu saptanmıştır (11,42,43). Uzun süreli takip çalışmalarında, DEHB tanısı alan çocukların yaklaşık 2 / 3'ünün erişkin yaşamında DEHB belirtilerini işlevselliklerini bozabilecek düzeyde deneyimlemekte olduğunu göstermiştir (44). Yetişkinlerde DEHB prevalansı % 2,5 ile % 5,2 arasında değişmektedir (45). DEHB tanı kriterlerinde yapılan son değişiklikler nedeni ile erişkin ve adölesanlar arasındaki yaygınlığın artacağı varsayılmaktadır (46).

Ülkemizde erişkin DEHB sıklığı ile ilgili yapılan çalışmalar yeterli kapsamlılıkta değildir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada erişkin psikiyatri polikliniğinde önceden veya ilk kez başvuran ardışık 850 hasta taranmış ve çalışmada DEHB sıklığı %1.6 olarak tespit edilmiştir (47).

### **2.3.3. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun etiyolojisi;**

DEHB karmaşık ve heterojen bir yapıdadır, açıklayıcı mekanizmalar henüz netleştirilememiş durumdadır ancak genetik faktörlerin önemli olduğu kabul edilmektedir. Dopamin taşıması (DAT1), dopamin reseptörleri (DRD4/DRD5) ile ilgili genler, serotonin sistemi (5HTT) ve sinaptik plastisiteyi belirleyen genler (SNAP25) önemine vurgu yapılmaktadır. DEHB'li kişilerde beyin gelişiminin gecikmesi ve bazı aktivasyon bozuklukları gösterilmiştir. Ek olarak prenatal sigara-alkol kullanımı, kurşuna maruziyeti, erken doğum, düşük doğum ağırlığı, travmatik beyin hasarları ve erken dönem çocuklukta ihmalin DEHB gelişiminde etken olduğu düşünülen faktörlerdir. Beslenme şekli, bazı gıdalar, katkı ve koruyucu maddeler ve gıda boyaları ile DEHB arasında ilişki için yeterli veri yoktur (48).

### **2.3.4. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun tanısı;**

DEHB, dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik olarak 3 kısımdan meydana gelen nörogelişimsel bir bozukluktur. DEHB'li çocuklarda %30-50 oranlarında erişkinlik döneme belirtiler eşlik etmektedir. Erişkin DEHB'nin tanısı için çocukluk döneminin geriye dönük araştırılması tanı konmasını zor bir hale getirmektedir. Eştanıların olması ve DEHB'nin özgül olmayan belirtileri de tanının zorlaşmasına katkıda bulunur (49).

Erişkin dönemde DEHB tanısı esas klinik görüşme ile konur. Tanı koymak için öncelikle son altı aydaki belirtiler ve bu belirtilerin işlevselliği ne derecede etkilediği belirlenmelidir. Sonrasında çocukluktan başlayarak DEHB belirtileri sorgulanmalı, gelişimsel öykü alınmalıdır. Alınan ayrıntılı öykü sonrasında ek tanılar sorgulanmalıdır. Erişkinler için geliştirilmiş derecelendirme ölçekleri de tanı koymaya yardımcı olarak kullanılabilir (49).

DEHB için DSM 5'e göre tanı ölçütleri aşağıda verilmiştir:

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

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

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

- Çoğu kez ayrıntılara özen göstermez ya da okul çalışmalarında, işte ya da etkinlikler sırasında dikkatsizce yanlışlar yapar
- Çoğu kez, iş yaparken ya da oyun oynarken dikkatini sürdürmekte güçlük çeker.
- Çoğu kez, doğrudan kendisine konuşulurken dinlemiyormuş gibi görünür.
- Çoğu kez, verilen yönergeleri izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da işyerindeki görevlerini tamamlayamaz.
- Çoğu kez, işleri ve etkinlikleri düzenlemekte güçlük çeker.
- Çoğu kez, sürekli bir zihinsel aktivite gerektiren görevlerden kaçınır, bu tür işleri sevmez ya da bu tür işlere girmek istemez.
- Çoğu kez, işi ya da etkinlikleri için gerekli nesneleri kaybeder.Çoğu kez,

dikkati dış uyaranlarla kolayca dağılır.

- Çoğu kez, günlük etkinliklerinde unutkanır

2. Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik: Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı (ya da daha çok) belirti en az altı aydır sürmelidir:

Not: Belirtiler, yalnızca, karşıt olmanın, karşı gelmenin, düşmancıl tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşları gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekir.

- Çoğu zaman elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.
- Çoğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar.
- Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşturup durur ya da tırmanır (ergenlerde ya da erişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir).
- Çoğu zaman sakın bir biçimde boş zamanları geçirme etkinliklerine katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır.
- Çoğu zaman hareket halindedir ya da bir motor takılıymış gibi davranır. Çoğu zaman çok konuşur.
- Çoğu kez, sorulan soru tamamlanmadan yanıtını yapıştırır.
- Çoğu kez sırasını bekleyemez.
- Çoğu kez, başkalarının sözünü keser ya da araya girer

B. On iki yaşından önce birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik- dürtüsellik belirtisi olmuştur.

C. Birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik- dürtüsellik belirtisi iki ya da daha fazla ortamda vardı (örneğin evde işte ya da okulda).

D. Bu belirtilerin toplumsal, okul ya da mesleki işlevsellikte belirgin bozulmaya neden olduğunun açık kanıtları olmalıdır.

E. Bu belirtiler, yalnızca şizofreni ya da psikozla giden başka bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örneğin anksiyete bozukluğu, dissosiyatif Bozukluk ya da bir kişilik bozukluğu) (7).

### **2.3.5. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna eşlik eden tanılar;**

DEHB, çocukluk çağındakine benzer biçimde erişkin dönemde de birçok psikiyatrik bozuklukla birlikte dir. DEHB’li çocukların %87’sinin bir, %67’sinin en az iki eşlik eden tanısının olduğu, bu oranın erişkin popülasyonda ise %77 olarak belirlenmiştir (50),(51). Benzer bir şekilde, psikiyatrik tanısı olan bireylerin anlamlı bir kısmında tanı konulmamış komorbid DEHB olduğu, bu nedenle tanı ve ayırıcı tanı konusunda zorluk olduğu düşünülmektedir (52).

Erişkin dönemde DEHB’ye en sık eşlik eden durumlar; duygudurum bozuklukları, alkol-madde kullanım bozuklukları, özellikle antisosyal kişilik bozukluğu sık olacak şekilde kişilik bozuklukları, dürtü-kontrol bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve yeme bozuklukları yer almaktadır (53,54,55,56).

DEHB eş tanısının, tedavi uyumu, tedavi yanıtı, iç görü, tanı ve uygun tedavinin belirlenmesine olumsuz katkıda bulunması ve ek tanı varlığının, bireyin işlevselliğinde daha çok bozulma ile ilgili olması gibi sebeplerle, eşlik eden tanıların belirlenmesi veya başka psikiyatrik bozukluk nedeni ile başvuran hastada eşlik eden DEHB belirtilerinin taranması önerilmektedir (57,50,51,58).

### **2.3.6. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve alkol-madde kullanım bozukluğu ilişkisi;**

Alkol-madde kullanım bozuklukları ve DEHB arasındaki ilişki çok yönlü ve karmaşıktır. Risk etkenleri ; dürtüsellik, akran gruplarında alkol-madde kullanımı

olması, davranış ya da antisosyal kişilik bozukluğunun eşlik ediyor olması, DEHB'nin tedavisine geç başlanması ve alkol-maddenin DEHB'li kişinin kendi kendine tedavisi için kullanılmasını içerir (59).

DEHB ve alkol-madde kullanım bozukluğu birlikteliği %10-40 oranındadır (60), (61,62). Alkol madde kullanım bozukluğu amacı ile psikiyatriye başvuran kişilerde DEHB oranı yüksektir (63). Madde kullanım bozukluklarında DEHB eştanısı yaklaşık %25 oranındadır ve eş tanısı olan grupta daha ağır psikopatoloji ve şiddetli bağımlılık tespit edilmiştir (64,65). Araştırmalar, DEHB eş tanısının tedavisinin madde kullanım bozukluğu tedavisine katkıda olan bir süreç olduğunu göstermektedir ve gerekirse farmakolojik tedavisi, psikostimulanlar dahil planlanmalıdır (45). Psikostimulan tedavinin DEHB tanılı çocuk ve ergenleri ileri yaşamlarında oluşabilecek olan madde kullanım sorunlarına karşı koruma sağladığı gösterilmiştir (66). Eş tanı oranlarının sıklığı ve tedaviye olumlu katkısından dolayı alkol madde kullanımı nedeni ile başvuran hastalarda DEHB sorgulanması büyük önem taşımaktadır (67).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

#### 3.1. Uygulama;

Çalışmamıza SBÜ Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM (Alkol Madde Bağımlılığı Araştırma Tedavi ve Eğitim Merkezi) Kliniği Denetimli Serbestlik Polikliniğine başvuran, 18-65 yaş arası, psikotik bozukluk veya mani atağında olmayan, araştırma için bilgilendirilmiş olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden, denetimli serbestlik bağımlılık programına katılması gerektiği ilgili klinisyen tarafından tespit edilmiş olan 101 kişi katılmıştır.

Katılımcılar Denetimli Serbestlik Bağımlılık Programı (DSBP) başlamadan önce sosyodemografik veri formu, BAPİ, SOCRATES-M, Wender-Utah ve ASRS ölçekleri ile değerlendirilmiş, DSM-5 tanı kriterlerinin detaylı biçimde sorgulanacağı şekilde yapılacak klinik görüşme ile DEHB tanısı doğrulanmıştır. DSBP programı tamamlandıktan sonra katılımcılar BAPİ, SOCRATES-M ile tekrar değerlendirilmiştir.

Katılımcılar DSBP programı sonucunda aldıkları raporlara göre uyumlu ve uyumsuz olarak 2 gruba ayrılmışlardır.

Çalışmamız SBÜ Erenköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır.

#### Araştırmaya dahil edilme Ölçütleri:

- Hakkında TCK 191.maddeye istinaden ‘Denetimli Serbestlik Tedbiri Ve Tedavi Kararı’ verilerek İstanbul Anadolu Denetimli Serbest Müdürlüğü tarafından tedavi amaçlı tarafımıza yönlendirilmiş ve ilgili klinisyen tarafından DSBP katılması gerektiği belirlenmiş olmak,
- 18 yaşını doldurmuş olmak,
- Öz bildirime dayalı ölçeklerin doldurulabilmesi için okuma yazma biliyor olmaktır.

### **Araştırmadan Dışlanma Ölçütleri:**

- 18 yaşından küçük olmak,
- Görüşme ile anlaşılır düzeyde mental retardasyonu ve bilişsel kusuru olmak, onam formu ve ölçekleri okuyup anlayabilecek düzeyde entellektüel beceriye sahip olmamak,
- Görüşme ile anlaşılır düzeyde ağır genel tıbbi duruma bağlı hastalığı bulunmak,
- Görüşmeyi sürdüremeyecek ya da öz bildirimli ölçeklerin doldurulabilmesini engeller düzeyde aktif psikotik bulgu olmaktır.

### **3.2. Veri Toplama Araçları;**

#### **3.2.1. Onam ve bilgilendirme;**

Çalışmaya katılan tüm katılımcılara, klinik görüşme ve uygulamalardan önce etik kurul tarafınca uygun bulunan bilgilendirilmiş onam formu verilmiştir. Kişilere çalışma hakkında detaylı bilgilendirme yapılmış ve ardından tüm katılımcıların imzalı onayları alınmıştır.

#### **3.2.2. Sosyodemografik veri formu;**

Bu form araştırmacılar tarafından bu çalışma için hazırlanmıştır ve 36 sorudan oluşmaktadır.

#### **3.2.3. Madde Kullananlar için Değişime Hazır Olma Aşamaları ve Tedaviyi İsteme Ölçeği (SOCRATES-M);**

Miller (1999) tarafından geliştirilen ve madde kullanım bozukluğu olan olgularda değişim için hazır olmayı ve motivasyonu değerlendirmek için düzenlenmiş 20 maddelik öz bildirime dayalı bir soru formudur. Orijinal ölçeğin faktör analizi, formun “farkına varma”, “ikilem” ve “adım atma” olmak üzere üç alanda kümелendiğini göstermiştir. Olguların ‘kesinlikle katılmıyorum’ dan ‘kesinlikle katılıyorum’ a değişen şekilde cevapladığı 5 noktalı likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe formunun 20 maddelik halinin faktöryel yapısı ölçeğin orijinali ile uyumlu bulunmuştur. Ölçeğin iç tutarlılık ölçümünde Cronbach alfa katsayıları madde

bağımlılığı olan hastalarda “farkına varma” için 0.75, “ikilem” için 0.69, “adım atma” için 0.64 ve tüm ölçek değerlendirildiğinde 0.84 olarak bulunmuştur (68).

#### **3.2.4. Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ);**

Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) 37 sorudan ve 5 alt ölçekten oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Alt ölçekler, madde kullanım özelliklerini, bağımlılık tanı ölçütlerini, madde kullanımının kişinin yaşamına etkisini, madde kullanımı için şiddetli isteği (craving) ve madde kullanımını bırakma motivasyonunu ölçmektedir. Geçerlilik ve güvenirliği Ögel ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (69).

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

Dünya Sağlık Örgütü’nün Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS), 9’ar soruluk ‘dikkat eksikliği’ ve ‘hiperaktivite/dürtüsellik’ olmak üzere iki alt ölçekten oluşmuştur. Her bir maddesinin ‘0’ ile ‘4’ arasında derecelendirildiği beşli likert tipinde cevaplanan bir öz bildirim ölçeğidir. Sorular her belirtinin son altı ay içinde hangi sıklıkta ortaya çıktığını belirlemeye yöneliktir. Basamaklı lojistik regresyon çalışması 18 sorudan 6’sının DEHB tanısını daha iyi kestirebildiğini göstermiştir. Bu altı soru ölçeğin A bölümünü, diğer 12 soru ölçeğin B bölümünü oluşturmaktadır. Ölçeğin A bölümündeki taralı alanlarda işaretli 4 ya da daha fazla maddenin olması DEHB belirtileri açısından anlamlı bulunmakta ve bu durumda ileri değerlendirme önerilmektedir (70). Birçok dile çevrilmiş, uluslararası epidemiyolojik çalışmalarda yaygın olarak kullanılmış bir tarama aracıdır. ASRS Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (71). Bu çalışmanın devamı niteliğinde yapılan bir başka çalışmada, ASRS ölçeğinin kesme puanı 46 olarak saptanmıştır (72). Çalışmamızda her iki sonuçta dikkate alınmış, tanılar için klinik görüşme esas alınmıştır.

#### **3.2.6. Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği;**

Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ), çocukluktaki DEHB belirtilerini geriye yönelik sorgulamak ve erişkinlerde DEHB tanısının konmasına

yardımcı olmak amacıyla geliştirilmiştir. Erişkinlerde DEHB tanısı konabilmesi için geliştirilen Utah ölçütleri temel alınarak oluşturulmuştur. Ölçek geliştirme çalışması sırasında oluşturulan ilk ölçek çocukluktaki DEHB belirtilerini sorgulayan 61 maddeden oluşan 5’li likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Yapılan analizler sonucu DEHB olan erişkinleri sağlıklı kontrollerden en iyi ayırdığı saptanan 25 madde puanlanmaktadır. Bu maddelerden elde edilen 0-100 arası puanlar WUDÖ puanını vermektedir. WUDÖ’nün çeşitli kesme noktalarına karşılık gelen duyarlılık ve özgüllük değerleri incelendiğinde 36 puan kesme noktası olarak belirlenmiştir. Geçerlik güvenirlik araştırması sonucunda, klinik uygulamada WUDÖ’nün Türkçe formu erişkinlerde DEHB tanısı koyarken çocukluktaki DEHB belirtilerini gözden geçirmekte yardımcı olabilecek, geçerli ve güvenilir bir ölçektir (73).

### **3.2.7. İstatistiksel Yöntem;**

Veriler IBM SPSS V23 ile analiz edildi. Normal dağılıma uygunluk Shapiro Wilk ile incelendi. Normal dağılım gösteren verilerin incelenmesinde bağımsız örnekler t testi ile bağımlı örnekler t testi kullanıldı. Normal dağılmayan verilerin karşılaştırılmasında ise Mann Whitney U testi ile Wilcoxon testi kullanıldı. Kategorik verilerin tamamı kıkare testi ile incelendi. Rapor sonucuna etki eden bağımsız risk faktörleri lojistik regresyon analizi ile incelendi. Hem WUDO hem de ASRS üzerine DEHB ve rapor sonucun etkisi MANOVA ile incelendi. Normal dağılım gösteren nicel veriler ortalama  $\pm$  s.sapma, normal dağılmayan veriler ise ortanca (min-max) olarak sunuldu. Kategorik veriler yüzde olarak ifade edildi. Önem düzeyi ise  $p<0,05$  olarak alındı.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Sosyodemografik verilerin incelenmesi;

Çalışmaya denetimli serbestlik polikliniğine başvurmuş ve ilgili klinisyenler tarafından DSBP'na katılması gerektiği tespit edilmiş olan, yaşları 19 ile 53 arasında değişmekte olan 99 erkek (%98), 2 kadın (%2,0) olmak üzere toplam 101 kişi dahil edildi.

Toplam yaş ortalaması 30,9 (SD±7,6) olarak saptanmıştır. DSBP'yi uyumlu tamamlayan grupta 31,02 (SD±7,4) ve DSBP'yi uyumsuz tamamlayan grupta 30,69 (±7,4) olarak tespit edilmiştir. Gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ( $p>0.05$ ).

Katılımcıların % 59,4'ü (n=60) bekar, %33,7'si (n=34) evli, % 5,9'u (n=6) boşanmış, %1'i (n=1) duldur. Katılımcıların %19,8'inin ilkökul mezunu, %30,7'nin ortaokul mezunu, %32,7'nin lise mezunu, %15'inin ise üniversite mezunudur. %14,9'u çalışmamaktadır, kalan %86,1 işçi, memur ve serbest meslek alanlarında çalışmaktadır. %54,5'inin ise gelir durumu 2000 TL üzerindedir. Programı uyumlu tamamlayan ve uyumsuz tamamlayan gruplar sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırıldı. İki grup arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, birlikte yaşadığı kişiler, aile içi ilişkiler, askerlik durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmedi ( $p<0,05$ ), (Tablo1).

**Tablo 1: Çalışmaya Katılanların Sosyodemografik Verilerinin İncelenmesi**

|                       | <b>Uyumlu<br/>n:66<br/>n(%)</b> | <b>Uyumsuz<br/>n:35<br/>n(%)</b> | <b>Toplam<br/>n:101<br/>n(%)</b> | <b>p</b> |
|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------|
| <b>Cinsiyet</b>       |                                 |                                  |                                  |          |
| Kadın                 | 2(3)                            | 0(0)                             | 2 (2)                            | 0,298    |
| Erkek                 | 64(97)                          | 35(100)                          | 99(98)                           |          |
| <b>Yaş (ort ± ss)</b> | 31,02±7,4                       | 30,69±8,040                      | 30,9 ± 7,6                       | 0,838    |
| <b>Medeni Hal</b>     |                                 |                                  |                                  |          |
| Evli                  | 24(36,4)                        | 10(29,4)                         | 34(33,7)                         | 0,597    |
| Bekar                 | 39(59,1)                        | 21(61,8)                         | 60(59,4)                         |          |
| Boşanmış              | 3(4,5)                          | 3(8,8)                           | 6(5,9)                           |          |

**Tablo 1 (devamı): Çalışmaya Katılanların Sosyodemografik Verilerinin İncelenmesi**

|                                     | Uyumlu<br>n:66<br>n(%) | Uyumsuz<br>n:35<br>n(%) | Toplam<br>n:101<br>n(%) | p     |
|-------------------------------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|-------|
| <b>Eğitim Düzeyi</b>                |                        |                         |                         |       |
| Okur-yazar                          | 2(3)                   | 0(0)                    | 2(2)                    | 0,128 |
| İlkokul                             | 10 (15,2)              | 10 (28,6)               | 20(19,8)                |       |
| Ortaokul                            | 18 (27,3)              | 13 (37,1)               | 31(30,7)                |       |
| Lise                                | 23 (34,8)              | 10 (28,6)               | 33(32,7)                |       |
| Üniversite                          | 13(19,7)               | 2(5,7)                  | 15(14,9)                |       |
| <b>Çalışma durumu</b>               |                        |                         |                         |       |
| Çalışmıyor                          | 10 (15,2)              | 5 (14,3)                | 15(14,9)                | 0,969 |
| Serbest                             | 27 (40,9)              | 14 (40)                 | 41(40,6)                |       |
| İşçi                                | 26 (39,4)              | 15 (42,9)               | 41(40,6)                |       |
| Memur                               | 3 (4,5)                | 1 (2,9)                 | 4(4,0)                  |       |
| <b>Yaşadığı kişi</b>                |                        |                         |                         |       |
| Yalnız                              | 7 (10,8)               | 3 (8,6)                 | 10(9,9)                 | 0,805 |
| Sadece eş                           | 2 (3,1)                | 2 (5,7)                 | 4(4,0)                  |       |
| Eş ve çocuk                         | 19 (29,2)              | 8 (22,9)                | 27 (26,7)               |       |
| Anne baba                           | 37 (56,9)              | 22 (62,9)               | 59(58,4)                |       |
| <b>Aylık gelir düzeyi</b>           |                        |                         |                         |       |
| 0-500 TL                            | 5 (7,6)                | 5 (14,3)                | 10(9,9)                 | 0,196 |
| 500-1000 TL                         | 2 (3)                  | 4 (11,4)                | 6 (5,9)                 |       |
| 1000-2000 TL                        | 22 (33,3)              | 8 (22,9)                | 30 (29,7)               |       |
| 2000 TL üzeri                       | 37 (56,1)              | 18 (51,4)               | 55 (54,5)               |       |
| <b>Askerlik durumu</b>              |                        |                         |                         |       |
| Sorunsuz Bitirmiş                   | 43 (66,2)              | 22 (62,9)               | 65(65)                  | 0,921 |
| Yapmamış                            | 17 (26,2)              | 9 (25,7)                | 26(26)                  |       |
| Sorunlu tamamlamış                  | 3 (4,6)                | 2 (5,7)                 | 5(5,0)                  |       |
| Tamamlayamamış                      | 2 (3,1)                | 2 (5,7)                 | 4(4,0)                  |       |
| <b>Madde İle İlgili Ceza Öyküsü</b> |                        |                         |                         |       |
| Yok                                 | 57 (86,4)              | 29 (82,9)               | 86(85,1)                | 0,637 |
| Var                                 | 9 (13,6)               | 6 (17,1)                | 15(14,9)                |       |

**Tablo 1 (devamı): Çalışmaya Katılanların Sosyodemografik Verilerinin İncelenmesi**

|                             | <b>Uyumlu<br/>n:66<br/>n(%)</b> | <b>Uyumsuz<br/>n:35<br/>n(%)</b> | <b>Toplam<br/>n:101<br/>n(%)</b> | <b>p</b>   |
|-----------------------------|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|------------|
| <b>Geçmişte DS Öyküsü</b>   |                                 |                                  |                                  |            |
| Yok                         | 47(71,2)                        | 17(48,6)                         | 64(63,4)                         | 0,025<br>* |
| Var                         | 19(28,8)                        | 18(51,4)                         | 37(36,6)                         |            |
| <b>Ek Suç İşleme Öyküsü</b> |                                 |                                  |                                  |            |
| Yok                         | 47 (71,2)                       | 17 (48,6)                        | 78 (78)                          | 0,244      |
| Var                         | 12 (18,5)                       | 10 (28,6)                        | 22 (22)                          |            |
| <b>Cezaevi Öyküsü</b>       |                                 |                                  |                                  |            |
| Yok                         | 56 (86,2)                       | 26 (74,3)                        | 82 (82)                          | 0,128      |
| Var                         | 9 (13,8)                        | 9 (25,7)                         | 18(18)                           |            |
| <b>Aile İçi İlişkiler</b>   |                                 |                                  |                                  |            |
| Çok İyi                     | 40 (60,6)                       | 17 (48,6)                        | 57(56,4)                         | 0,091      |
| İyi                         | 22 (33,3)                       | 12 (34,3)                        | 34(33,7)                         |            |
| Orta                        | 4 (6,1)                         | 3 (8,6)                          | 7(6,9)                           |            |
| Kötü                        | 0 (0)                           | 3 (8,6)                          | 3(3,0)                           |            |
| <i>kikare testi</i>         |                                 |                                  |                                  |            |

Geçmişte madde kullanımı nedeni ile ceza alıp almadıkları, ceza evi öyküsünün bulunup bulunmadığı ve başka suç işleme açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Katılımcıların %22’i başka suç işlemiş olduğunu ifade etmiştir. Başka suç işleyen grupta 8 kişi adam yaralama, 2 kişi hırsızlık, 3 kişi silahlı gasp, 1 kişi aile içi şiddet, 1 kişi nitelikli yağma, 1 kişi ruhsatsız silah taşıma, 1 kişi madde kullanma, 2 kişi madde ile ilgili ticaret yapma ve temin etme suçlarını işlediklerini beyan etmişlerdir (Tablo 1).

Geçmişte denetimli serbestlik öyküsü olması açısından gruplar incelendiğinde programı uyumlu tamamlayan grubun %71,2’sinde geçmiş dönem denetimli serbestlik (DS) olmadığı tespit edilmiştir. Programı uyumsuz tamamlayan gruba göre bu durum anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ), (Tablo1)

#### 4.2. Grupların klinik özelliklerinin değerlendirilmesi;

Katılımcıların sosyodemografik veri formu ile elde edilen klinik özellikleri incelenmiştir.

Çalışmamıza katılan kişilerin ortalama madde kullanmaya başlamaya yaşı 21 ( $\text{std}\pm 5,5$ ) olarak saptanmıştır. Programı uyumlu tamamlayan grupta 22,06 ( $\text{std}\pm 5,9$ ), uyumsuz tamamlayan grupta 19,43 ( $\text{std}\pm 4,1$ ) olarak tespit edilmiştir. Programı uyumlu tamamlayan grupta anlamlı derecede yüksek saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

Son madde kullanımından bugüne kadar geçen zaman sorulduğunda katılımcıların beyan ettiği ortalama tarih 82 gün ( $\text{std}\pm 81,6$ ) olarak tespit edilmiştir. Programı uyumlu tamamlayan grupta 102,7 ( $\text{std}\pm 87,8$ ), programı uyumsuz tamamlayan grupta ise 43 ( $\text{std}\pm 49,9$ ) olarak saptandı. Gruplar arasında karşılaştırıldığında uyumlu tamamlayan grupta anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır ( $p<0.05$ ), (Tablo 2).

**Tablo 2: Katılımcıların Madde Kullanım Özelliklerinin İncelenmesi**

|                                                  | <b>Uyumlu<br/>n:66<br/>n(%)</b> | <b>Uyumsuz<br/>n:35<br/>n(%)</b> | <b>Toplam<br/>n:101<br/>n(%)</b> | <b>P</b> |
|--------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------|
| <b>Madde Kullanımına Başlama Yaşı</b>            | 22,06 $\pm$ 5,9                 | 19,43 $\pm$ 4,1                  | 21 $\pm$ 5,5                     | 0,022*   |
| <b>Son Madde Kullanımından Geçen Zaman (Gün)</b> | 102,7 $\pm$ 87,8                | 43 $\pm$ 49,9                    | 82 $\pm$ 81,6                    | 0,001*   |
| <b>Halen Kullanılan Madde</b>                    |                                 |                                  |                                  |          |
| Yok                                              | 56 (84,8)                       | 18 (52,9)                        | 74(73,3)                         | 0,001*   |
| Esrar                                            | 10 (15,2)                       | 16 (47,1)                        | 26(25,7)                         |          |

**Tablo 2 (devamı): Katılımcıların Madde Kullanım Özelliklerinin İncelenmesi**

|                                                            | Uyumlu<br>n:66<br>n(%) | Uyumsuz<br>n:35<br>n(%) | Toplam<br>n:101<br>n(%) | p      |
|------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|--------|
| <b>Madde Kullanım Sıklığı</b>                              |                        |                         |                         |        |
| Haftada 1 Defa                                             | 23 (34,8)              | 11 (31,4)               | 34(33,7)                | 0,012* |
| Haftada 2-4 Defa                                           | 10 (15,2)              | 7 (20)                  | 17(16,8)                |        |
| Haftada 5-6 Defa                                           | 6 (9,1)                | 0 (0)                   | 6 (5,9)                 |        |
| Her Gün                                                    | 2 (3)                  | 8 (22,9)                | 10(9,9)                 |        |
| Diğer                                                      | 3 (4,5)                | 0 (0)                   | 3 (3,0)                 |        |
| <b>Madde Kullanımına Başlamada Etkili Olan Sebep</b>       |                        |                         |                         |        |
| Arkadaş Grubu                                              | 42 (63,6)              | 24 (68,6)               | 66(65,3)                | 0,318  |
| Özenmek                                                    | 9 (13,6)               | 6 (17,1)                | 15(14,9)                |        |
| İş Okul Stresi                                             | 6 (9,1)                | 3 (8,6)                 | 9(8,9)                  |        |
| Sosyalleşmek                                               | 4 (6,1)                | 0 (0)                   | 4(4,0)                  |        |
| Ailevi Sorunlar                                            | 1 (1,5)                | 2 (5,7)                 | 3(3,0)                  |        |
| Diğer                                                      | 4 (6,1)                | 0 (0)                   | 4 (4,0)                 |        |
| <b>Madde Kullanımını Devam Ettirmede Etkili Olan Sebep</b> |                        |                         |                         |        |
| Arkadaş Grubu                                              | 47 (71,2)              | 23 (65,7)               | 70(69,3)                | 0,621  |
| Özenmek                                                    | 8 (12,1)               | 5 (14,3)                | 13(12,9)                |        |
| İş Okul Stresi                                             | 5 (7,6)                | 4(11,4)                 | 9(8,9)                  |        |
| Sosyalleşmek                                               | 2(3)                   | 1(2,9)                  | 3(3,0)                  |        |
| Ailevi Sorunlar                                            | 1 (1,5)                | 2 (5,7)                 | 3(3,0)                  |        |
| Diğer                                                      | 4 (6,1)                | 0 (0)                   | 4 (4,0)                 |        |
| <b>Tedavi başvuru öyküsü</b>                               |                        |                         |                         |        |
| Yok                                                        | 54 (81,8)              | 23 (65,7)               | 77(76,2)                | 0,070  |
| Var                                                        | 12 (18,2)              | 12 (34,3)               | 24(23,8)                |        |
| <b>En uzun ayıklık süresi</b>                              |                        |                         |                         |        |
| Yok                                                        | 6 (9,1)                | 2 (5,7)                 | 8(7,9)                  | 0,072  |
| 1 aydan kısa                                               | 5 (7,6)                | 6 (17,1)                | 11(10,9)                |        |
| 1-3 ay                                                     | 7 (10,6)               | 9 (25,7)                | 16(15,8)                |        |
| 3-6 ay                                                     | 15 (22,7)              | 5 (14,3)                | 20(19,8)                |        |
| 6 ay- 1yıl                                                 | 7 (10,6)               | 0 (0)                   | 7(6,9)                  |        |
| 1 yıl ve üzeri                                             | 26 (39,4)              | 13 (37,1)               | 39(38,6)                |        |

**Tablo 2 (devamı): Katılımcıların Madde Kullanım Özelliklerinin İncelenmesi**

|                               | <b>Uyumlu<br/>n:66<br/>n(%)</b> | <b>Uyumsuz<br/>n:35<br/>n(%)</b> | <b>Toplam<br/>n:101<br/>n(%)</b> | <b>p</b> |
|-------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------|
| <b>En uzun ayıklık süresi</b> |                                 |                                  |                                  |          |
| Yok                           | 6 (9,1)                         | 2 (5,7)                          | 8(7,9)                           | 0,072    |
| 1 aydan kısa                  | 5 (7,6)                         | 6 (17,1)                         | 11(10,9)                         |          |
| 1-3 ay                        | 7 (10,6)                        | 9 (25,7)                         | 16(15,8)                         |          |
| 3-6 ay                        | 15 (22,7)                       | 5 (14,3)                         | 20(19,8)                         |          |
| 6 ay- 1yıl                    | 7 (10,6)                        | 0 (0)                            | 7(6,9)                           |          |
| 1 yıl ve üzeri                | 26 (39,4)                       | 13 (37,1)                        | 39(38,6)                         |          |
| <b>Alkol kullanımı</b>        |                                 |                                  |                                  |          |
| <b>Yok</b>                    | 12 (18,2)                       | 9 (25,7)                         | 21(20,8)                         | 0,576    |
| 2-3 haftada 1                 | 7 (10,6)                        | 6 (17,1)                         | 13(12,9)                         |          |
| Ayda 1-2 defa                 | 27 (40,9)                       | 9 (25,7)                         | 36(35,6)                         |          |
| Haftada 1-2 defa              | 15 (22,7)                       | 8 (22,9)                         | 23(22,8)                         |          |
| Haftada 4 ve üzeri            | 5 (7,6)                         | 3 (8,6)                          | 8(7,9)                           |          |
| <i>kikare testi</i>           |                                 |                                  |                                  |          |

Kişilere DSBP başlangıcında madde kullanıp kullanmadıkları sorulduğunda programı uyumlu tamamlayan grupta %73,3'ü madde kullanmadığını beyan etmiştir, program uyumsuz tamamlayan grupta ise bu oran %52 olarak tespit edilmiş olup 2 grup arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ), (Tablo 2).

Madde kullanım sıklığı programı uyumlu tamamlamayı etkilemektedir. Her iki grubun da en büyük çoğunluğunu haftada 1 kullanımı olduğunu beyan eden kişiler oluşturmaktadır. Bu oran uyumlu tamamlayan grupta %34,8 olup, diğer gruba göre anlamlı derecede yüksek olarak saptanmıştır ( $p<0,05$ ), (Tablo 2).

Her iki grup madde kullanımını başlatan ve devam ettiren faktörler (arkadaş grubundan etkilenmek, madde kullanıcılarına özenmek, iş-okul stresi, sosyalleşme ihtiyacı, ailevi sorunlar ve diğer sorunlar) açısından karşılaştırılmıştır. Grupların arasında anlamlı derecede fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Her iki grupta da madde kullanmaya devam etmeye ve başlamaya en sık etkisi olan durum arkadaş grubundan etkilenmek olarak tespit edilmiştir. Grupların geçmişte tedaviye başvurma öyküsü, en

uzun ayıklık süresi, alkol kullanım sıklığı açısından karşılaştırılması sonucunda gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ), (Tablo2).

Grupların geçmişte tedaviye başvurma öyküsü, en uzun ayıklık süresi, alkol kullanım sıklığı açısından karşılaştırılması sonucunda gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ), (Tablo 2)

Katılımcıların en çok kullandıkları maddeye karşı istek duyma şiddeti, istek duyma sıklığı, gün içerisinde istek duyarak geçirdiği süre incelenmiştir. Uyumlu tamamlayan grubun %63.6'sının maddeye istek duymadığı tespit edilmiştir. Bu durum uyumsuz tamamlayan gruba göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Her iki grubun en çok kullandıkları maddeyi isteme şiddetleri arasında yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Gruplar en çok kullanılan maddeye karşı istek duyarak geçirdikleri zamanın uzunluğu açısından değerlendirildiğinde, uyumlu tamamlayan grubun istek duyarak zaman geçirmediikleri tespit edilmiş olup bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ), (Tablo 3)

**Tablo 3: Katılımcıların Maddeye Karşı İstek Durumlarının Değerlendirilmesi**

|                                                 | Uyumlu<br>n:66<br>n(%) | Uyumsuz<br>n:35<br>n(%) | Toplam<br>n:101<br>n(%) | p      |
|-------------------------------------------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|--------|
| <b>En çok kullanılan maddeyi isteme şiddeti</b> |                        |                         |                         |        |
| Yok                                             | 41 (62,1)              | 16 (45,7)               | 57 (56,4)               | 0,106  |
| Hafif                                           | 16 (24,2)              | 7 (20)                  | 23 (22,8)               |        |
| Orta                                            | 6 (9,1)                | 7 (20)                  | 13(20,8)                |        |
| Fazla                                           | 3 (4,5)                | 5 (14,3)                | 8 (7,9)                 |        |
| <b>En çok kullanılan maddeyi isteme sıklığı</b> |                        |                         |                         |        |
| Yok                                             | 42 (63,6)              | 10 (29,4)               | 52(51,5)                | 0,002* |
| Hemen hemen hiç                                 | 13 (19,7)              | 7 (20,6)                | 20(19,8)                |        |
| Bazen                                           | 10 (15,2)              | 14 (41,2)               | 24(23,8)                |        |
| Sık sık                                         | 1 (1,5)                | 3 (8,8)                 | 4(4,0)                  |        |

**Tablo 3 (devamı): Katılımcıların Maddeye Karşı İstek Durumlarının Değerlendirilmesi**

|                                                                            | Uyumlu<br>n:66<br>n(%) | Uyumsuz<br>n:35<br>n(%) | Toplam<br>n:101<br>n(%) | p      |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|--------|
| <b>En çok kullanılan maddeye istek duyarken geçirilen zamanın uzunluğu</b> |                        |                         |                         |        |
| Yok                                                                        | 40 (60,6)              | 10 (28,6)               | 50(49,5)                | 0,001* |
| Çok Kısa Süre                                                              | 17 (25,8)              | 7 (20)                  | 24(23,8)                |        |
| Kısa Süre                                                                  | 5 (7,6)                | 8 (22,9)                | 13(12,9)                |        |
| Uzun Süre                                                                  | 2 (3)                  | 8 (22,9)                | 10(9,9)                 |        |
| Çok uzun süre                                                              | 2 (3)                  | 2 (5,7)                 | 4(4,0)                  |        |
| <i>kikare testi</i>                                                        |                        |                         |                         |        |

Katılımcılara kendilerine uygun değerleri işaretlemeleri gereken, 0-10 arası puanların yer aldığı cetveller verilerek madde kullanımı bırakmanın, ekonomik, sağlık, sosyal açıdan verdikleri önemi belirtmeleri, madde kullanımını bırakmak konusunda kendilerine ne kadar güvendiklerini, hazır olma derecelerini, profesyonel yardım almanın önemini ve bu konu hakkındaki bilgi sahibi olma derecelerini bildirmeleri istenmiştir. Değerlendirmenin sonucunda madde kullanımı bırakmaya ve bunun ekonomik, sağlık, sosyal açıdan önemine verdikleri puanların ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). uyumlu olarak tamamlayan grupta madde kullanımını bırakmak için hazır olma derecesi ortalama puanı, uyumsuz tamamlayan gruba göre anlamlı derecede yüksektir. Maddeyi bırakmak konusunda kendilerine güvenme derecelerine verilen puanların ortalaması tedaviyi uyumlu tamamlayan grupta anlamlı derece yüksek saptanmıştır. Madde kullanımını bırakma konusundaki bilgi düzeyi açısından verilen puanların ortalaması tedaviyi uyumlu tamamlayan grupta anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 4).

**Tablo 4: Katılımcıların Madde Tedavisinin Önemi İle İlgili Puanlamaları**

| <b>İstenen Puanlamalar</b>                       | <b>Uyumlu (n=66)</b>  |                 | <b>Uyumsuz (n=35)</b> |                 | <b>p</b>  |
|--------------------------------------------------|-----------------------|-----------------|-----------------------|-----------------|-----------|
|                                                  | <b>Ortanca (1-10)</b> | <b>Ortalama</b> | <b>Ortanca (1-10)</b> | <b>Ortalama</b> | <b>p*</b> |
| <b>Madde Bırakmanın Önemi</b>                    | 10                    | 9 ± 2,5         | 10                    | 8,6 ± 2,7       | 0,329     |
| <b>Madde Bırakmanın Ekonomik Önemi</b>           | 10                    | 8,5 ± 2,8       | 10                    | 7,9 ± 3         | 0,416     |
| <b>Madde Bırakmanın Sağlık Açısından Önemi</b>   | 10                    | 8,9 ± 2,4       | 10                    | 9 ± 2,1         | 0,929     |
| <b>Madde Bırakmanın Sosyal Açısından Önemi</b>   | 10                    | 8,9 ± 2,6       | 10                    | 8,4 ± 3         | 0,207     |
| <b>Maddeyi Bırakmak İçin Hazır Olma Derecesi</b> | 10                    | 9,1 ± 2,2       | 10                    | 7,9 ± 2,8       | 0,009*    |
| <b>Maddeyi Bırakmak İçin Kendine Güvenme</b>     | 10                    | 9,5 ± 1,5       | 10                    | 8,5 ± 2,3       | 0,006*    |
| <b>Madde Bırakmak İçin Yardım Almanın Önemi</b>  | 10                    | 7,5 ± 3,6       | 8                     | 6,9 ± 3,4       | 0,176     |
| <b>Maddeyi Bırakmak Konusunda Bilgi Düzeyi</b>   | 10                    | 8 ± 2,7         | 7                     | 6,4 ± 2,8       | 0,004*    |

**Tablo 5: DSBP Sonuçları ve DEHB İlişkisinin Değerlendirilmesi**

|              | DSBP Sonucu |           | p değeri |
|--------------|-------------|-----------|----------|
| DEHB         | Uyumlu      | Uyumsuz   | 0,079    |
| Var (68)     | 40 (58,8)   | 28 (41,2) |          |
| Yok (33)     | 26(78,8)    | 7 (21,2)  |          |
| kikare testi |             |           |          |

Çalışmaya katılan tüm katılımcılar ile DSM-5 tanı kriterlerinin sorgulandığı klinik görüşme ile değerlendirilerek DEHB tanısı kesinleştirilmiştir. Görüşmeler sonucunda katılımcıların %67,3'ünde DEHB olduğu, DEHB olanların %58,8'i uyumlu iken DEHB olmayanlarda bu oran %78,8 olarak bulunmuştur. DEHB olan vakaların %41,2'si sonucu uyumsuz iken DEHB olmayanların %21,2'sinde uyumsuz elde edilmiştir. Tedaviye uyumluluk DEHB varlığı açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ), (Tablo 5)

#### **4.3. Grupların Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması**

##### **4.3.1. Uyumlu ve uyumsuz grupta Wender-Utah (WUDÖ) ve ASRS puanları:**

WUDÖ ölçeğine ait değerler incelendiğinde 24 ile 91 arasında değiştiği ve ortanca değerin 44 olduğu tespit edilmiştir.

ASRS toplam puanı 3-68 arasında değişmekte ve ortanca değer 39 olarak elde edilmiştir.

ASRS-A değerleri 1-24 aralığında değişmekte ve ortanca değer 13 iken, ASRS-B değerleri 1-45 aralığında değişmekte ve ortanca değer 25 olarak elde edilmiştir (Tablo 6).

**Tablo 6: WUDÖ ve ASRS ölçek puanlarına ait tanımlayıcı istatistikler**

|                    | Ortanca | Minimum | Maksimum | Ortalama | S.S   |
|--------------------|---------|---------|----------|----------|-------|
| <b>WUDÖ</b>        | 44,00   | 24,00   | 91,00    | 47,80    | 14,52 |
| <b>ASRS-Toplam</b> | 39,00   | 3,00    | 68,00    | 39,03    | 14,44 |
| <b>ASRS-A</b>      | 13,00   | 1,00    | 24,00    | 13,99    | 5,88  |
| <b>ASRS-B</b>      | 25,00   | 1,00    | 45,00    | 25,43    | 9,03  |

WUDÖ ve ASRS, DEHB ve DSBP'yi tamamlama durumlarına etkisi MANOVA ile incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre DEHB olanlarda ASRS ve WUDÖ puanları yüksek tespit edilmiştir. Programı tamamlama üzerine ana etkisi incelendiğinde ise hem WUDÖ hem de ASRS üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığı tespit edilmiştir (p değerleri sırasıyla 0,379 ve 0,412), (Tablo 7)

**Tablo 7: DSBP Sonuçları ve DEHB Ölçeklerinin Değerlendirilmesi**

| DEHB          | DSBP sonucu    | WUDO                 | ASRS                 |
|---------------|----------------|----------------------|----------------------|
| <b>Yok</b>    | <b>Uyumlu</b>  | <b>37,00 ± 7,29</b>  | <b>24,96 ± 8,92</b>  |
|               | Uyumsuz        | 33,00 ± 3,92         | 27,14 ± 4,81         |
|               | <b>Toplam</b>  | <b>36,15 ± 6,87</b>  | <b>25,42 ± 8,21</b>  |
| <b>Var</b>    | Uyumlu         | 49,95 ± 10,43        | 44,7 ± 10,31         |
|               | <b>Uyumsuz</b> | <b>58,89 ± 15,96</b> | <b>46,96 ± 14,13</b> |
|               | Toplam         | 53,63 ± 13,62        | 45,63 ± 11,98        |
| <b>Toplam</b> | <b>Uyumlu</b>  | <b>44,85 ± 11,24</b> | <b>36,92 ± 13,74</b> |
|               | Uyumsuz        | 53,71 ± 17,76        | 43 ± 15,08           |
|               | <b>Toplam</b>  | <b>47,92 ± 14,40</b> | <b>39,03 ± 14,44</b> |

#### 4.3.2. Tüm katılımcıların DSBP öncesi ve sonrasında ölçek gruplarının karşılaştırılması;

Tüm katılımcılar açısından yapılan program öncesi ve sonrasında ölçek grupları karşılaştırmasında SOCRATES-M toplam puan ve alt ölçeklerden ikilem ve farkına varma açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.005$ ).

İkilem değerleri program öncesinde anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

Tüm katılımcılar açısından yapılan program öncesi ve sonrasında ölçek grupları karşılaştırmasında BAPİ toplam puan ve alt ölçekler arasında anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 8).

**Tablo 8: Tüm Katılımcıların DSBP Öncesi Ve Sonrası Değerlendirilmesi**

|                                 | <b>DSBP<br/>Öncesi</b> | <b>DSBP<br/>Sonrası</b> | <b>P*</b>    |
|---------------------------------|------------------------|-------------------------|--------------|
| <b>SOCRATES-M</b>               | <b>50,9±13,7</b>       | <b>48,6±14,3</b>        | <b>0,102</b> |
| Adım Atma                       | 19,2±4,9               | 17,7±5,3                | 0,001*       |
| İkilem                          | 18,9±5,8               | 18,2±6,2                | 0,309        |
| Farkına Varma                   | 12,9±5,8               | 12,8±5,1                | 0,853        |
| <b>BAPİ</b>                     | <b>11,7±3,4</b>        | <b>11,7±3,5</b>         | <b>0,947</b> |
| Madde Kullanım Özellikleri      | 3,1±1,1                | 3,1±1,6                 | 0,726        |
| Tamı                            | 11,9±5,2               | 12,4±5,4                | 0,407        |
| Yaşam Üstüne Etkileri           | 23,9±10,4              | 23,9±10,0               | 0,991        |
| Şiddetli İstek                  | 7,3±3,4                | 7,0±3,2                 | 0,427        |
| Motivasyon                      | 11,9±3,2               | 11,7±3,4                | 0,709        |
| <i>bağımlı örnekler t testi</i> |                        |                         |              |

#### 4.3.3. Uyumlu tamamlayanların DSBP öncesi ve sonrası ölçek puanlarının karşılaştırılması;

Uyumlu tamamlayan tüm katılımcıların DSBP öncesinde ve sonrasında yapılan SOCRATES- M ve BAPİ sonucunda; SOCRATES-M toplam puanı, alt ölçeklerden ikilem ve adım atma değerleri program öncesi ve sonrasında anlamlı derecede farklılık göstermediği ( $p>0.05$ ), DSBP öncesinde adım atma ortalama değerinin program sonrasına göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). BAPİ toplam değerleri ve alt ölçekleri incelendiğinde DSBP öncesi ve sonrasında anlamlı derecede bir farklılık saptanmamıştır ( $p<0.05$ ), (Tablo 9).

**Tablo 9: Uyumlu Tamamlayanların Tedavi Öncesi Ve Sonrası Değerlendirilmesi**

|                                 | <b>DSBP<br/>Öncesi</b> | <b>DSBP<br/>Sonrası</b> | <b>P*</b>    |
|---------------------------------|------------------------|-------------------------|--------------|
| <b>SOCRATES-M</b>               | <b>48,9 ± 12,6</b>     | <b>47,4 ± 14,1</b>      | <b>0,428</b> |
| Adım Atma                       | 19,3 ± 4,7             | 17,7 ± 5,3              | 0,005*       |
| İkilem                          | 17,9 ± 5,4             | 17,6 ± 6,3              | 0,660        |
| Farkına Varma                   | 11,6 ± 5,2             | 12,2 ± 5                | 0,464        |
| <b>BAPİ</b>                     | <b>10,8 ± 3</b>        | <b>11,1 ± 3,5</b>       | <b>0,501</b> |
| Madde Kullanım Özellikleri      | 2,8 ± 0,9              | 2,9 ± 1                 | 0,403        |
| Tanı                            | 10,8 ± 4,6             | 11,4 ± 5,3              | 0,399        |
| Yaşam Üstüne Etkileri           | 22,5 ± 9,9             | 23,1 ± 10               | 0,599        |
| Şiddetli İstek                  | 6 ± 2,4                | 6,5 ± 3,1               | 0,183        |
| Motivasyon                      | 11,7 ± 3,6             | 11,5 ± 3,8              | 0,783        |
| <i>bağımlı örnekler t testi</i> |                        |                         |              |

#### 4.3.4. Uyumsuz tamamlayanlarda DSBP Öncesi ve Sonrasında Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması;

Programı uyumsuz tamamlayan grupta DSBP öncesinde SOCRATES-M toplam ortalama değerleri ve alt ölçekler karşılaştırıldığında farklılık saptanmamıştır

( $p>0.05$ ). BAPİ toplam ortalama değerleri ve alt ölçekler incelendiğinde anlamlı derecede fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 10).

**Tablo 10: Uyumsuz Tamamlayanların Tedavi Öncesi ve Sonrası Değerlendirilmesi**

|                                 | <b>DSBP<br/>Öncesi</b> | <b>DSBP<br/>Sonrası</b> | <b>P*</b>    |
|---------------------------------|------------------------|-------------------------|--------------|
| <b>SOCRATES-M</b>               | <b>55,0±15,0</b>       | <b>50.8±14,6</b>        | <b>0,097</b> |
| Adım Atma                       | 19,2±5,2               | 17,6±5,4                | 0,260        |
| İkilem                          | 20,5±6,2               | 19,3±6,2                | 0,080        |
| Farkına Varma                   | 15,2±6,1               | 13,8±5,1                | 0,260        |
| <b>BAPİ</b>                     | <b>13,2±3,6</b>        | <b>12,7±3,4</b>         | <b>0,396</b> |
| Madde Kullanım Özellikleri      | 3,5±1,3                | 3,4±1,3                 | 0,556        |
| Tanı                            | 13,8±5,8               | 14,2±5,3                | 0,746        |
| Yaşam Üstüne Etkileri           | 26,7±10,9              | 25,6±9,9                | 0,424        |
| Şiddetli İstek                  | 9,2±4,2                | 7,9± 3,3                | 0,060        |
| Motivasyon                      | 12,4±2,0               | 12,3 ± 2,1              | 0,781        |
| <i>bağımlı örnekler t testi</i> |                        |                         |              |

#### 4.3.5. DEHB tanısının varlığına göre katılımcıların DSBP öncesi ve sonrasında ölçek gruplarının karşılaştırılması;

Tüm katılımcıların DEHB tanısı varlığına göre DSBP öncesinde yapılan inceleme sonucunda SOCRATES-M toplam ortalama değerlerinin DEHB varlığına göre farklılık göstermektedir. DEHB olanlarda ortalama değer 54,1 olup DEHB olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Alt ölçekler incelendiğinde; ikilem, farkına varma ortalama değerleri DEHB olan grupta anlamlı derece yüksek olarak edilmiştir ( $p<0.05$ ).

Tüm katılımcıların DEHB tanısı varlığına göre DSBP öncesinde yapılan inceleme sonucunda BAPİ toplam değerleri DEHB olan grupta anlamlı derecede

yüksek saptanmıştır. Alt ölçekler incelendiğinde madde kullanım özellikleri, tanı, yaşam üstüne etkileri, şiddetli istek ortalama değerleri DEHB olan grupta anlamlı derecede yüksek saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Motivasyon ortalama değerleri DEHB varlığına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ( $p > 0.05$ ).

Tüm katılımcıların DEHB tanısı varlığına göre DSBP sonrasında yapılan inceleme sonucunda; SOCRATES-M ortalama değeri ile DEHB varlığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ). Alt ölçekler incelendiğinde adım atma, ikilem ortalama değerleri arasında farklılık saptanmamıştır ( $p < 0.05$ ). Farkına varma değerleri DEHB olan grupta anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

Tüm katılımcıların DEHB tanısı varlığına göre DSBP sonrasında yapılan inceleme sonucunda BAPİ toplam değerleri DEHB olan grupta anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Alt ölçekler incelendiğinde madde kullanım özellikleri, tanı, yaşam üzerine etkileri, şiddetli istek ortalama değerleri DEHB olan grupta anlamlı derece yüksek saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Motivasyon değerleri ise DEHB varlığına göre farklılık göstermemektedir ( $p > 0.05$ ), (Tablo 11).

**Tablo 11: DEHB Varlığına Göre Katılımcıların DSBP Öncesi ve Sonrası Motivasyon Ve Bağımlılık Profili Açısından Değerlendirilmesi**

|                    |                                   | DEHB var           | DEHB yok           | P                 |
|--------------------|-----------------------------------|--------------------|--------------------|-------------------|
| <b>DSBP ÖNCESİ</b> | <b>SOCRATES- M</b>                | <b>54,1 ± 13,9</b> | <b>44,5 ± 10,9</b> | <b>&lt;0,001*</b> |
|                    | Adım atma                         | 19,8 ± 4,5         | 18,2 ± 5,4         | 0,117             |
|                    | İkilem                            | 20 ± 6             | 16,6 ± 4,8         | 0,006*            |
|                    | Farkına varma                     | 14,4 ± 5,9         | 9,7 ± 4            | <0,001*           |
|                    | <b>BAPİ</b>                       | <b>12,6 ± 3,4</b>  | <b>9,7 ± 2,6</b>   | <b>&lt;0,001*</b> |
|                    | <b>Madde kullanım özellikleri</b> | <b>3,3 ± 1,2</b>   | <b>2,5 ± 0,5</b>   | <b>&lt;0,001*</b> |

**Tablo 11 (devamı): DEHB Varlığına Göre Katılımcıların DSBP Öncesi ve Sonrası Motivasyon Ve Bağımlılık Profili Açısından Değerlendirilmesi**

|                                  |                            | DEHB var           | DEHB yok                | P             |
|----------------------------------|----------------------------|--------------------|-------------------------|---------------|
|                                  | Tanı                       | 13,2 ± 5,3         | 9,1 ± 3,9               | <0,001*       |
|                                  | Yaşam üstüne etkileri      | 26,9 ± 10,4        | 18 ± 7,6                | <0,001*       |
|                                  | Şiddetli istek             | 8 ± 3,6            | 5,4 ± 2,5               | <0,001*       |
|                                  | Motivasyon                 | 12,2 ± 2,9         | 5,4 ± 2,5<br>11,3 ± 3,6 | 0,182         |
| <b>DSBP SONRASI</b>              | <b>SOCRATES-M</b>          | <b>49,8 ± 15,4</b> | <b>46,2 ± 11,6</b>      | <b>0,201</b>  |
|                                  | Adım atma                  | 17,5 ± 5,5         | 17,9 ± 5                | 0,728         |
|                                  | İkilem                     | 18,7 ± 6,9         | 17 ± 4,7                | 0,140         |
|                                  | Farkına varma              | 13,5 ± 5,1         | 11,3 ± 4,9              | 0,042*        |
|                                  | <b>BAPİ</b>                | <b>12,4 ± 3,5</b>  | <b>10,1 ± 3,2</b>       | <b>0,002*</b> |
|                                  | Madde kullanım özellikleri | 3,3 ± 1,2          | 2,6 ± 0,8               | 0,003*        |
|                                  | Tanı                       | 13,2 ± 5,4         | 10,2 ± 4,7              | 0,008*        |
|                                  | Yaşam Üstüne Etkileri      | 26,2 ± 9,9         | 19,4 ± 8,7              | 0,001*        |
|                                  | Şiddetli İstek             | 7,6 ± 3,3          | 5,9 ± 2,8               | 0,013*        |
|                                  | Motivasyon                 | 12,1 ± 2,9         | 11,2 ± 4,1              | 0,205         |
| <i>bağımsız örnekler t testi</i> |                            |                    |                         |               |

#### **4.3.6. DEHB tanısı olan tüm hastaların DSBP öncesi ve sonrası karşılaştırılması;**

DEHB tanısı almış tüm hastaların DSBP öncesi ve sonrası ölçek karşılaştırılmasında; SOCRATES-M ortanca değerleri farklılık göstermektedir.

DSBP öncesi ortanca değer 56,5 olarak saptanmış olup DSBP sonrası değere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Alt ölçekler kıyaslandığında adım atma ortanca değerleri program öncesinde sonrasına göre anlamlı derecede yüksek olarak saptanmıştır ( $p<0.05$ ), ikilem ve farkına varma ortanca değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

DEHB tanısı almış tüm hastaların DSBP öncesi ve sonrası ölçek karşılaştırılmasında;

BAPİ toplam ortanca değerleri arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p<0.05$ ). DSBP öncesi ortanca değer 12,2 iken sonrası 11,89 olarak elde edilmiştir.

Alt ölçekler değerlendirildiğinde; madde kullanım özellikleri, tanı, yaşam üzerine etkileri şiddetli istek, motivasyon ortanca değerleri arasında program öncesi ve sonrasında anlamlı derecede farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo12).

**Tablo 12: DEHB Olan Tüm Katılımcıların Tedavi Öncesi Ve Sonrası Değerlendirilmesi**

|                                  | <b>DSBP Öncesi</b>    | <b>DSBP Sonrası</b> | <b>P*</b>     |
|----------------------------------|-----------------------|---------------------|---------------|
| <b>SOCRATES-M</b>                | <b>56,5 (16 - 80)</b> | <b>52 (16 - 74)</b> | <b>0,023*</b> |
| Adım Atma                        | 20 (5 - 25)           | 18 (5 - 25)         | 0,001*        |
| İkilem                           | 21 (6 - 30)           | 21 (6 - 30)         | 0,173         |
| Farkına Varma                    | 14 (5 - 25)           | 13 (5 - 25)         | 0,326         |
| <b>BAPİ</b>                      | <b>12,2 (6-19)</b>    | <b>11,89 (6-20)</b> | <b>0,324</b>  |
| Madde Kullanım Özellikleri       | 2,6 (2,1 - 6,7)       | 2,7 (2,1 - 6,8)     | 0,816         |
| Tanı                             | 13,3 (6 - 24,5)       | 12,3 (6 - 26)       | 0,824         |
| Yaşam Üstüne Etkileri            | 27 (11 - 48)          | 26,5 (12 - 48)      | 0,238         |
| Şiddetli İstek                   | 7 (4 - 16)            | 6,5 (4 - 16)        | 0,524         |
| Motivasyon                       | 13 (3 - 15)           | 13 (3 - 15)         | 0,749         |
| <i>wilcoxon test istatistiği</i> |                       |                     |               |

#### **4.3.7. DEHB tanısı olanların DSBP öncesi ve sonrasında uyumlu tamamlayabilme açısından karşılaştırılmaları;**

DSBP öncesi değerlendirildiğinde DEHB tanısı konulmuş olan hastaların DSBP öncesinde değerlendirilen SOCRATES- M total ortalama değerleri uyumlu tamamlama açısından karşılaştırıldığında farklılık göstermektedir. Uyumsuz tamamlayan grupta 58,5 olarak tespit edilmiş olup uyumlu gruba göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Alt ölçekler değerlendirildiğinde; adım atma ortalama değerleri farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ). İkilem ve farkına varma ortalama değerleri uyumsuz tamamlayan grupta anlamlı derecede yüksektir ( $p<0,05$ ).

DEHB tanısı konulmuş olan hastaların DSBP öncesi değerlendirilen BAPİ toplam ortalama değerleri tedavi uyumluluğu açısından karşılaştırıldığında farklılık göstermektedir. Uyumsuz tamamlayan grupta 13,9 olarak elde edilmiş olup uyumlu tamamlayan gruba göre anlamlı derecede yüksektir ( $p<0.05$ ). Alt ölçekler değerlendirildiğinde; Madde kullanım özellikleri, şiddetli istek ortalama değerleri uyumsuz tamamlayan grupta anlamlı derecede yüksek saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Yaşam üstüne etkileri, motivasyon ve tanı ortalama değerleri açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

DSBP sonrasında değerlendirildiğinde DEHB tanısı konulan SOCRATES-M toplam ortalama değerleri tedavi uyumluluğuna göre farklılık göstermemektedir. Uyumlu tamamlayanlarda ortalama değer 48,2 iken uyumsuz olanlarda 52 olarak elde edilmiştir ( $p>0.05$ ). Alt ölçekler incelendiğinde; adım atma, ikilem, farkına varma ortalama değerleri arasında anlamlı derecede farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

DEHB tanısı konulmuş olan hastaların DSBP sonrası değerlendirmesinde BAPİ toplam ortalama değerleri arasında farklılık saptanmıştır. Uyumsuz tamamlayan grupta total puan 13,5 olup uyumlu tamamlayan gruba göre anlamlı derecede yüksektir ( $p<0.05$ ). Alt ölçeklere incelendiğinde; madde kullanım özellikleri, şiddetli istek, tanı uyumsuz tamamlayan grupta anlamlı derecede yüksek saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Yaşam üstüne etkileri ve motivasyon değerleri açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 13).

**Tablo 13: DEHB Olanların DSBP Uyumlu Tamamlayabilme Açısından Tedavi Öncesi ve Sonrası Değerlendirilmesi**

|                                  |                                  | Uyumlu<br>(N:66)  | Uyumsuz<br>(N:35) | P*            |
|----------------------------------|----------------------------------|-------------------|-------------------|---------------|
| <b>DSBP<br/>Öncesi</b>           | <b>SOCRATES- M</b>               | <b>51,1±13</b>    | <b>58,5±14,2</b>  | <b>0,029*</b> |
|                                  | Adım atma                        | 19,7 ± 4,6        | 20 ± 4,4          | 0,756         |
|                                  | İkilem                           | 18,6 ± 5,6        | 21,9 ± 6,3        | 0,029*        |
|                                  | Farkına<br>varma                 | 12,8 ± 5,4        | 16,6 ± 5,9        | 0,007*        |
|                                  | <b>BAPİ</b>                      | <b>11,8 ± 2,9</b> | <b>13,9 ± 3,7</b> | <b>0,015*</b> |
|                                  | Madde<br>kullanım<br>özellikleri | 3 ± 1             | 3,8 ± 1,4         | 0,017*        |
|                                  | Tanı                             | 12,1 ± 4,4        | 14,8 ± 6,1        | 0,052         |
|                                  | Yaşam<br>üstüne<br>etkileri      | 25,3 ± 10         | 29,1 ± 10,7       | 0,131         |
|                                  | Şiddetli<br>istek                | 6,7 ± 2,6         | 9,7 ± 4,2         | 0,002*        |
|                                  | Motivasyon                       | 12,1 ± 3,4        | 12,5 ± 2,1        | 0,539         |
| <b>DSBP<br/>Sonrası</b>          | <b>SOCRATES-M</b>                | <b>48,2 ± 16</b>  | <b>52 ± 14,3</b>  | <b>0,316</b>  |
|                                  | Adım atma                        | 17,2 ± 5,8        | 18 ± 5,1          | 0,570         |
|                                  | İkilem                           | 18,1 ± 7,1        | 19,6 ± 6,5        | 0,385         |
|                                  | Farkına<br>varma                 | 12,8 ± 5,1        | 14,4 ± 4,9        | 0,211         |
|                                  | <b>BAPİ</b>                      | <b>11,6 ± 3,4</b> | <b>13,5 ± 3,4</b> | <b>0,030*</b> |
|                                  | Madde<br>kullanım<br>özellikleri | 3,1 ± 1           | 3,7 ± 1,4         | 0,046*        |
|                                  | Tanı                             | 11,8 ± 5,3        | 15,2 ± 4,9        | 0,011*        |
|                                  | Yaşam<br>üstüne<br>etkileri      | 25,1 ± 9,9        | 27,8 ± 9,9        | 0,280         |
|                                  | Şiddetli<br>istek                | 6,9 ± 3,1         | 8,5 ± 3,4         | 0,046*        |
|                                  | Motivasyon                       | 11,7 ± 3,5        | 12,6 ± 1,9        | 0,153         |
| <i>bağımsız örnekler t testi</i> |                                  |                   |                   |               |

#### 4.3.8. Ölçek alt boyutları için lojistik regresyon analizi sonuçları;

Tedavi uyumsuzluğuna etki eden risk faktörleri hem univarite hem de multivarite olarak incelendi. Univarite analizde ikilem, farkına varma, madde kullanım özellikleri, tanı ve şiddetli istek boyutları bağımsız risk faktörü olarak tespit edilmiştir. İkilem puanındaki artış uyumsuzluğu 1,084 kat artırırken, farkına varma 1,117, madde kullanım özellikleri 1,939, tanı 1,12 ve şiddetli istek 1,323 kat artırmaktadır.

Multivarite analizde ise sadece şiddetli istek boyutu anlamlı risk faktörü olarak tespit edilmiştir. Şiddetli istek artışı uyumsuz olma riskini 1,359 kat artırmaktadır. Multivarite analiz ile verilerin doğru sınıflandırılması %75,2 oranında elde edilmiştir (Tablo 14 ).

**Tablo 14: Ölçek Alt Boyutları Regresyon Analizi Sonuçları**

|                                   | Univariate              |        |      | Multivariate            |       |
|-----------------------------------|-------------------------|--------|------|-------------------------|-------|
|                                   | OR(%95 CI)              | p      | DSO  | OR(%95 CI)              | p     |
| <b>Adım atma</b>                  | 0,997<br>(0,916 -1,086) | 0,953  | 65,3 | 0,916<br>(0,796-1,054)  | 0,219 |
| <b>İkilem</b>                     | 1,084<br>(1,006 -1,168) | 0,034  | 69,3 | 1,039<br>(0,91 -1,187)  | 0,567 |
| <b>Farkına varma</b>              | 1,117<br>(1,035 -1,204) | 0,004  | 66,3 | 1,052<br>(0,933-1,185)  | 0,409 |
| <b>Madde kullanım özellikleri</b> | 1,939<br>(1,298 -2,896) | 0,001  | 70,3 | 1,416<br>(0,703-2,852)  | 0,330 |
| <b>Tanı</b>                       | 1,12<br>(1,032 - 1,216) | 0,007  | 71,3 | 1,014<br>(0,861 -1,194) | 0,868 |
| <b>Yaşam üstüne etkileri</b>      | 1,041<br>(1 - 1,083)    | 0,050  | 65,3 | 0,918<br>(0,841 -1,003) | 0,058 |
| <b>Şiddetli istek</b>             | 1,323<br>(1,153 -1,518) | <0,001 | 77,2 | 1,359<br>(1,088- 1,698) | 0,007 |
| <b>Motivasyon</b>                 | 1,089<br>(0,946 -1,254) | 0,236  | 65,3 | 1,192<br>(0,965 -1,472) | 0,103 |
| <b>DSO: Doğru sınıflama oranı</b> |                         |        |      |                         |       |

#### 4.3.9. Ölçek toplam puanları için lojistik regresyon analizi sonuçları;

Toplam puanlarda ise hem univariate hem de multivariate analizde BAPİ skorundaki artış uyumsuzluğu 1,2 kat artırmaktadır. SOCRATES puanındaki artış ise anlamlı bir etkiye sahip değildir, (Tablo 15).

**Tablo 15: Ölçek Toplam Puanları İçin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları**

|                        | Univariate              |       |      | Multivariate             |       |      |
|------------------------|-------------------------|-------|------|--------------------------|-------|------|
|                        | OR(%95 CI)              | p     | DSO  | OR(%95 CI)               | p     | DSO  |
| <b>SOKRATES toplam</b> | 1,035<br>(1,002-1,069)  | 0,036 | 66,3 | 1,009<br>(0,972 - 1,047) | 0,644 | 71,3 |
| <b>BAPİ toplam</b>     | 1,239<br>(1,086 -1,412) | 0,001 | 72,3 | 1,216<br>(1,046 - 1,415) | 0,011 |      |

## 5. TARTIŞMA

Çalışmamızda DSBP kapsamında tedavi görmesi gereken madde kullanımı olan kişilerde tedavi uyumunun DEHB ile olan ilişkisi, DEHB varlığının bağımlılık şiddeti ve tedavi motivasyonu ile ilişkisi incelenmiştir.

### 5.1. Sosyodemografik verilerin değerlendirilmesi;

Araştırmamızda tedaviyi uyumlu tamamlayan ve uyumsuz tamamlayan iki grup arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, birlikte yaşadığı kişiler, aile içi ilişkiler, askerlik durumu açısından karşılaştırılmıştır ancak gruplar arasında farklılık saptanmamıştır.

Denetimli serbestlik ile ilgili önceden yapılan çalışmalara bakıldığında, Bilici ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada katılımcıların %98'i erkek, ortalama yaş düzeyi yaklaşık 28 olarak saptanmıştır (74). Eren ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada katılımcıların tamamının erkek olduğu belirtilmiştir (75). Yazıcı ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise katılımcıların %98'i erkek ve ortalama yaş 32 olarak belirlenmiştir (76). Bu çalışmalara uyumlu olacak bir biçimde çalışmamızda katılımcıların %99'u erkekti ve ortalama yaş 30 olarak saptandı.

Çalışmamıza dahil edilen kişilerin %59'u bekar, %33'ü evli, %6'sı boşanmış, %1'i dul olarak tespit edilmiştir. Ögel ve arkadaşları tarafından 2016 yılında yapılan bir çalışmada çalışmamıza benzer bir biçimde katılımcıların yaklaşık %69'u bekar, %30'u evli olarak saptanmıştır (77). Bilici ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir çalışmada da sonuçlarımıza benzer biçimde katılımcıların %30'u evli, %69'u bekar olarak tespit edilmiştir (78).

Eğitim durumları incelendiğinde; Aldemir ve arkadaşları tarafından yürütülen bir çalışmanın sonucunda eğitim durumları %43 ilkokul, %26 ortaokul, %21 üniversite mezunu olarak belirlenmiştir (79). Eren ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada ise büyük çoğunluğunun (%73.4) ilköğretim mezunu olduğu, %20 lise mezunu, %6.8 üniversite ya da yüksekokul mezunu olarak saptanmıştır (75). Çalışmamıza katılanların yaklaşık %20'sinin ilkokul mezunu, %30'unun ortaokul mezunu, %33'ünün lise mezunu, %15'inin ise üniversite mezunu olduğu görülmüştür. Eğitim

durumlarındaki farklı sonuçlar, bu durumun çalışmaların yapıldığı bölge ile ilgili olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamıza katılanlarda çalışmama oranı %14,9 olarak tespit edilmiştir. %55,5'inin ise gelir durumu 2000 TL altı olarak belirlenmiştir. Sonuçlarımız işsizlik oranları ve ülkemizde madde kullanımının düşük gelir düzeyine sahip kişilerde daha yüksek oranda görüldüğünü belirten çalışmalarla uyumludur (75,80).

Çalışmamızda askerlik durumu sorgulandığında katılımcıların %65'i askerliğini sorunsuz bitirmiş, %26'sı yapmamış, %5'i sorunlu tamamlamış ve %4'ü tamamlayamamış olarak tespit edilmiştir. Sonuçlarımız denetimli serbestlik örnekleminde askerlik durumunun incelendiği çalışmalar ile benzerlik göstermektedir (75).

Kahveci Düztaş'ın denetimli serbestlik alanında yaptığı bir çalışmada, katılımcıların %57'sinin herhangi bir suçtan sabıkasının olduğu ve hüküm giyilen suçların %26'sının saldırı, adam yaralama, silahlı suç gibi şiddet içeren suçlar olduğu sonucuna ulaşmıştır (81). Konu ile ilgili çalışmalar incelendiğinde madde kullanım bozukluğu olan bireylerde suç işlemenin daha fazla olduğu, tutuklu ve hükümlüler arasında madde kullanım yaygınlığının daha yüksek olduğu anlaşılmıştır (82,83). Bizim çalışmamızda da katılımcıların %22'i başka suç işlemiştir. Başka suç işleyen grupta 8 kişi adam yaralama, 2 kişi hırsızlık, 3 kişi silahlı gasp, 1 kişi aile içi şiddet, 1 kişi nitelikli yağma, 1 kişi ruhsatsız silah taşıma, 1 kişi madde kullanma, 2 kişi madde ile ilgili ticaret yapma ve temin etme suçlarını işlediklerini beyan etmişlerdir. Ek olarak çalışmamızda geçmişte denetimli serbestlik öyküsü olan kişilerin programı daha uyumsuz tamamladığı saptanmıştır. Bu durum madde kullanım bozukluğunda relaps oranlarının yüksek olması ile açıklanabilir (84).

## **5.2. Grupların klinik özelliklerinin değerlendirilmesi;**

Çalışmamızda ortalama madde kullanmaya başlama yaşı 21 olarak saptanmıştır. Literatür incelendiğinde farklı çalışmalarda yapılan madde kullanımına başlama yaşı ile sonuçlarımız uyumludur (85,86).

Poudel ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, erken başlangıçlı madde kullanıcılarının, geç başlangıçlı madde kullanıcılarına göre çeşitli yaşam alanlarında psikososyal problemler açısından daha yüksek risk altında olduğunu göstermiştir (87). Çalışmamızda da uyumlu grubun madde kullanımına başlama yaş ortalaması daha yüksektir. Bu durum literatürde yer alan çalışmalar ile uyumludur (74).

Çalışmamıza katılan kişilere DSBP başlamadan önce madde kullanıp kullanmadıkları sorulduğunda katılımcıların %73'ü madde kullanmadıklarını ifade etmiştir. DSBP programına madde kullanımının tespit edildiği kişilerin alındığı ve çalışmamızın yapıldığı koşullar içerisinde program başlayana kadar ortalama 3-4 haftalık bir süre geçtiği göz önüne alındığında kişilerin yasal zorunluluğu ön planda tutarak madde bırakma çabası içerisine girdikleri düşünülmektedir. ABD'de yapılan bir çalışmada yasal zorunluluk olarak tedaviye katılan hastaların (denetimli serbestlik kapsamında) daha fazla ilerleme gösterdiği tespit edilmiştir (88). Madde kullanımının olmadığını belirten kişiler, bu durumla uyumlu olarak programı uyumlu tamamlamıştır.

Madde kullandığını ifade eden katılımcılar (%26) içerisinde en çok kullanılan madde esrar olarak saptandı. Ülkemizde denetimli serbestlik ile ilgili çalışmalarda çalışmamıza benzer bir şekilde en çok kullanılan madde esrar olarak saptanmıştır (74), (75). Bu bulgular ülkemizde en çok kullanılan maddenin esrar olduğu ile ilgili literatür ile de uyumludur (89).

Madde kullanım sıklığı açısından Eren ve arkadaşlarının denetimli serbestlik grubunda yaptığı bir çalışmada madde kullanım sıklığını yaklaşık %40 oranında haftada birkaç gün olarak tespit etmişlerdir (75). Çalışmamızın sonuçları bu bulgular ile uyumludur.

Çalışmamızda geçmişte tedavi başvurusunda bulunmanın uyumlu tamamlamayı etkilemediği saptanmıştır. Bulgularımız önceki çalışmalar ile uyumludur (78,79). Ancak bu durumun daha geniş örneklem grupları ile yapılacak çalışmalar ile desteklenmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

DS kapsamında başvuran kişiler alkol kullanımı açısından değerlendirildiğinde, alkol kullanım oranı yaklaşık %70 olarak tespit edilmiştir (79,75,90). Çalışmamızın alkol kullanımı ile ilgili verileri literatür ile uyumludur.

Maddeye karşı duyulan istek veya aşırma, madde kullanım bozukluklarının anlaşılması ve tedavisi içerisinde önemli kavramlardan birisidir. Birçok çalışmada tedavinin devamını ve relapsları etkileyen faktörlerden biri olduğu gösterilmiştir (91). Çalışmamızda maddeye karşı istek duymanın tedavi uyumluluğunu etkilediği tespit edilmiştir. Gün içerisinde daha az istek yaşadığını ifade edenlerin programı uyumlu tamamladığı saptanmıştır. Bilici ve arkadaşları tarafından denetimli serbestlik grubunda yapılan 3 aylık takip çalışmasında çalışmamızla uyumlu bir biçimde aşırma yoğunluğunun tedavi uyumunu olumsuz etkilediği tespit edilmiştir (78). Ögel ve arkadaşlarının DSBP içerisinde uygulanan SAMBA programının etkinliğini araştırdığı bir çalışmada ise çalışmamızla uyumlu bir biçimde madde isteğinin yoğun olmasının tedavi uyumunu olumsuz etkilediği tespit edilmiştir (77).

Tedavi için motivasyon, tedaviye hazırlığın yüksek (örneğin algılanan tedavi gereksinimi ve tedaviye bağlı kalacağının sözünü verebilme) ve tedaviye direncin düşük olduğunu (örneğin tedavinin yararlarına ilişkin şüphecilik) yansıtan kriterler ile ölçülebilir (92). Simpson ve Joe 1993 yılında madde kullanım problemini tanıma, yardım isteği ve tedaviye hazırlık durumu olarak tedavi motivasyonunun üç boyutunu tanımlamıştır (93). Çalışmamızda bu kriterler göz önüne alınarak hazırlanmış olan, madde kullanımını bırakmaya verilen önemin ve motivasyonun sorgulandığı anket sorularında madde kullanımını bırakmaya kendini hazır hisseden, bırakmak konusunda yeterli bilgi sahibi olduğunu düşünen ve kendine bırakma konusunda güvendiğini belirten kişilerin tedaviyi uyumlu tamamladığı tespit edilmiştir. Bu durum katılımcıların tedavi başlangıcındaki motivasyonlarının yüksek olduğunu düşündürmektedir.

Yetişkinlik döneminde, nörogelişimsel bir durum olan DEHB tanısı, çocukluk semptomları ve çocukluk dönemi sonrası dahil olmak üzere DSM-5 listesinde yer alan öğelerin detaylı sorgulanması gereken öykünün tamamlanmasına dayanmaktadır (94,95). Tanısal doğruluğu artırmak amacı nöropsikolojik testler, geçmiş dönem

kayıtları ve yaşa göre doğruluğu belirlenmiş belirti ölçekleri kullanılabilir (94). Çalışmamıza katılan katılımcılara DEHB tanısının konulması için literatürün önerdiği şekilde ASRS ile Wender -Utah ölçekleri uygulanmış ve ardından DSM-5 tanı kriterlerinin sorgulandığı klinik görüşme yapılarak tanı konulmuştur.

Epidemiyolojik çalışmalarda genel nüfusta erişkinlerde DEHB yaygınlığı %2.5 ve 5.2 arası değişmektedir (45). Hollanda’da DEHB ve madde kullanım bozukluğu ilişkisinin incelendiği 3 çalışmanın dahil edildiği bir meta regresyon analizinin sonuçlarında madde kullanım bozukluklarında DEHB yaygınlığı % 23,1’olarak saptanmıştır (96). Denetimli serbestlik için başvuran hastalarda İngiltere’de DSM-4 tanı kriterleri dikkate alınarak oluşturulmuş olan öz bildirim ölçekleri ile tanı konulduğu belirtilen bir çalışmada DEHB yaygınlık oranları tahmini olarak çocuk ve erişkinde sırasıyla %45 ve %20 olarak belirlenmiştir (97). Çalışmamızda klinik görüşmeler sonucunda katılımcıların %67,3 ü DEHB tanısı almıştır. Bu oran genel nüfusa ve İngiltere’de yapılan çalışmaya göre daha yüksektir. Bu yüksekliğin örneklemimizin madde kullanıcıları ve ek suç oranları yüksek bir popülasyon olmasından kaynaklanabileceğinin düşünmekteyiz. Birden fazla ülkede, ergenler ve erişkinler ile yapılan çalışmalarda suçlular arasında yüksek DEHB oranları ortaya koymuştur. Oranlar %10-%40 arası değişkenlik göstermektedir. DEHB’li bireyler arasında ceza ile sonuçlanan davranış riski, psikiyatrik komorbidite, özellikle davranış bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu olduğunda artmaktadır (98). Ayrıca bu yüksek sonuçlara çalışmamızda DSM-5 tanı kriterlerinin esas alınmasının da etkili olabileceğini düşünmekteyiz. Daha geniş örneklem sayısı ve tanı methodlarının geliştirildiği biçimlerde yapılan çalışmalarla literatürün genişletilmesinin faydalı olacağı kanaatindeyiz.

DEHB tanısı alanlar ve almayanlar açısından tedavi uyumluluğu karşılaştırıldığında, DEHB ve tedavi uyumu arasında istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır. Çalışmamız bu iki durumun ilişkisini inceleyen önemli bir çalışmadır. Daha geniş örneklem grupları ile yapılan çalışmalarla bu durumun araştırılması gerektiği kanaatindeyiz.

Literatürde denetimli serbestlik kapsamı içerisinde tedavi etkinliğinin araştırıldığı çalışmalar kısıtlıdır. DS gruplarında ek tanılar ile madde kullanım özelliklerinin incelenmesi amacı ile yapılan bir çalışmada DSBP programına katılan grubun genel anlamda içsel motivasyonunda ve tedaviye güveninde anlamlı artış olmadığı gösterilmiştir (99)

Denetimli Serbestlik sisteminin etkinliğinin değerlendirildiği bir çalışmanın sonucunda katılımcıların büyük çoğunluğunun madde kullanımını bırakmaya ihtiyaçları olduğunu fark ettikleri halde yasal zorunluluk olmadığında tedaviye devam etmeyeceklerini bildirdikleri saptanmıştır (100).

Ögel ve arkadaşları tarafından denetimli serbestlik kapsamında başvuran, 214 madde kullanıcısının dahil edildiği, DSBP içerisinde uygulanan SAMBA uygulamasının etkinliğinin araştırıldığı bir çalışmanın sonuçlarında; programı tamamlayanlarda bağımlılık şiddetinin, madde isteğinin azaldığı, madde kullanımını bırakma motivasyonunun arttığı gösterilmiştir (77). SAMBA programının denetimli serbestlik için uygulanan 6 oturumluk programında maddelere ilişkin oturumlar ve etkileri, bağımlılık süreci, nüks ve riskli durumlar ve motivasyon oluşturmaya yönelik oturumları mevcuttu. Bu durumun çalışmanın sonuçlarına katkısı olduğu kanaatindeyiz.

Bilici ve arkadaşlarının denetimli serbestlik grubunda yaptıkları 3 aylık takip çalışmasında SAMBA programını tamamlamayanlarda idrar toksikolojisinde madde olmadığı ve SAMBA programını tamamlayamayanlarda tedaviye uyumsuz olma riskinin yüksek olduğu buna bağlı olarak da programın tedaviye uyumu olumlu yönde etkilediği tespit edilmiştir (78).

Aldemir ve arkadaşlarının DSBP'nin tedavi motivasyonu üzerindeki etkilerini incelendiği bir çalışmada; motivasyonun program sonunda değişmediği, katılımcıların madde kullanımını bırakmaya hazır olma derecelerinde artış olduğu ancak bırakmaya verilen önem ve aşırma şiddetinde değişiklik olmadığı tespit edilmiştir (79).

Bizim çalışmamızda katılımcıların %67'si tedaviyi uyumlu olarak tamamlayabilmiştir. Bu açıdan bakıldığında DSBP'nin tedavi uyumunu olumlu

etkilediğini düşünmekteyiz. Tedavi uyumu ile ilgili bulgularımızı ölçek çalışmaları ile detaylandırdık.

### **5.3. Ölçeklerin değerlendirilmesi;**

#### **5.3.1. SOCRATES-M'nin değerlendirilmesi;**

Çalışmamızda katılımcıların tedavi motivasyonları program öncesi ve sonrasında Değişime Hazır Olma Aşamaları ve Tedaviyi İsteme Ölçeği ölçeği (SOCRATES-M) puanları ile değerlendirildi. Madde bağımlılığı tedavisinde motivasyonun önemli bir süreç olduğunu ve bununla ilişkili değişkenlerin araştırılması önerilmektedir. Motivasyonun dinamik bir süreç olduğu ve bu yüzden düşük motivasyondan yüksek motivasyona geçişi sağlayan etkenleri tanımlamak madde bağımlılığı tedavisi araştırmasının önemli hedeflerindendir (101).

DEHB'li bireyler erişkinliğe girmeleriyle iş yaşamında önemli zorluklar yaşamaya devam etmektedirler, belirtiler nedeni ile iş yaşamında kalıcı olamamak, sık iş değiştirme, yüksek istifa etmek gibi olumsuz deneyimler yaşayabilirler (102). DEHB'li bireylerin dikkat ve dürtüsellik nedeni ile birçok alanda sorun yaşaması motivasyonel sorunlara neden olmaktadır (103,102,104). Özellikle çaba gerektiren monoton görevlerle motivasyonel sorunlar daha da artmakta, ilginç veya ödüllendirici olan görevlerde daha az belirgin olmaktadır (105). DEHB tanısı olanların birçok alanda yaşadıkları bu motivasyonel sorunların tedavi motivasyonunu da etkileyebileceği ve tedavi uyumu açısından araştırılmasının önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamıza katılan tüm katılımcıların DSBP öncesinde ve sonrasında motivasyon puanları karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Katılımcılar uyumlu tamamlayabilme durumuna göre kendi içerisinde program öncesi ve sonrası açısından karşılaştırıldığında, uyumlu tamamlayan grupta yalnızca adım atma alt ölçeği program öncesi sınır derecede yüksektir. Uyumsuz tamamlayan grupta ise anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bu anlamda genel olarak baktığımızda DSBP sonunda katılımcılarda tedavi motivasyonunun değişmediğini saptadık. Bu bulgularımız Aldemir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmanın sonuçları ile uyumludur (79). Ancak Ögel ve arkadaşları tarafından yapılan DSBP kapsamında uygulanan SAMBA

uygulamasının etkinliğinin araştırıldığı bir çalışmanın sonuçları ile uyumsuzdur. Bu çalışmadan programı tamamlayanlarda bağımlılık şiddetinin, madde isteğinin azaldığı, madde kullanımını bırakma motivasyonunun arttığı gösterilmiştir (77). Bu durumun program içeriğinde motivasyon artırıcı oturumların olması ile ilişkisi olduğu kanaatindeyiz. Bizim alışmamızda DSBP oturumları içerisinde motivasyon artırıcı oturumlar bulunmamaktadır.

Çalışmamızın örneklemini büyük çoğunluğu DEHB tanısı olan kişilerden oluşmaktadır (%68). DEHB olan katılımcıların %58,8'i uyumlu, %41,2 uyumsuz tamamlamıştır.

DEHB olan katılımcıların program öncesindeki motivasyon değerleri tedavi uyumundan bağımsız olacak şekilde değerlendirildiğinde program öncesinde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu durum DEHB tanısı olan katılımcılarımızın programın sonuna kadar motivasyonlarını koruyamadıklarını düşündürmektedir. Ayrıca program içeriğinde motivasyon artırıcı oturumların bulunmamasının bu duruma katkısı olduğunu düşünmekteyiz. Ek psikiyatrik hastalığı bulunan madde kullanım bozukluğu tanısı olan kişilerle yapılan bir çalışmada kişiler tedavinin başında yüksek motivasyona sahip olduğu ve değerime hazır olma derecesine göre tedavide uzun kaldıkları bildirilmiştir (106).

Program öncesinde; motivasyon değerleri DEHB varlığı açısından ele alındığında DEHB olan grubun motivasyon değerleri DEHB olmayan gruba göre yüksektir. Farkına varma ve ikilem değerleri DEHB olan kişilerde anlamlı olarak yüksektir. Özellikle tedaviyi uyumsuz tamamlayan grupta motivasyon, ikilem ve farkına varma değerleri yüksektir.

Farkına varma alt leği kişinin madde kullanım sorunu yaşadığını ve eğer değermez ise görebileceği zararları algılama düzeyini yansıtmaktadır. İkilem alt leği kişinin madde kullanımının faydalı ve zararları hakkındaki çatışma düzeyini yansıtmaktadır (68). Bu bulgular ışığında DEHB olan grup içerisindeki kişilerin tedavinin başında programı uyumsuz tamamlayacak düzeyde olsa bile tedavi açısından motive olduklarını, ikilem ve farkına varma değerlerinin yüksek olduğu, yani

maddenin zararlı etkileri ile ilgili farkındalıklarının olduğu, madde bırakma açısından çatışma yaşadıklarını göstermektedir.

Program sonunda; motivasyon değerlerinin DEHB varlığı açısından incelendiğinde toplam puanlar arasında fark yoktur ancak farkına varma puanları DEHB olan grupta yüksek devam etmektedir. Bu durum tedavi sonuna kadar motivasyonlarında azalma olmasına rağmen madde kullanmanın zararlı yönleri ile ilgili farkındalıklarının devam ettirdiklerini düşündürmektedir. Literatürde bakıldığında DEHB ve tedavi motivasyonu ilişkisinin incelendiği çalışmaların yetersiz olduğu gözlemlenmiştir. Yapılacak çalışmalar ile bulgularımızın desteklenmesi gerektiği kanaatindeyiz. Ek olarak DEHB olan grupta program sonunda motivasyon puanlarının düşmesi, kişilerin motivasyonlarını koruyamaması nedeni programdan yeterince faydalanamıyor olduklarını düşündürmektedir. Ayrıca program içeriğine motivasyon artırıcı oturumların eklenmemiş olmasının bu duruma katkı sağlayabileceği kanaatindeyiz.

DEHB olmayan grupta motivasyon açısından yapılan değerlendirmelerde tedavi uyumu açısından yapılan karşılaştırmalar açısından 2 grup arasında fark yoktur. DSBP'nin bir tedavi programı olduğu düşünülürse kişilerin program sonunda motivasyonel puanlarının artması beklenmektedir. Bu durumun program içeriğindeki motivasyon artırıcı oturumların olmamasıyla ilişkili olabileceğini düşünmekteyiz.

Yasal olarak zorunlu olan madde kullanım bozukluğu tedavisine ilişkin araştırmalar halen gelişmektedir ve literatürde birbirinden farklı sonuçlar ortaya konmuştur (107). Madde kullanım bozukluğu tedavisi ile madde kullanımı ve maddeye bağlı suçların azalabileceği bilindiğinden, politikacılar ve araştırmacılar tarafından zorla tedaviye getirmenin bu duruma katkısının olup olmadığı konusu merak edilen bir faktör olmuştur (108). Bazı çalışmalarda madde kullanımı tedavisine zorlanan kişilerin değişime motive edilmeyeceği ve bu grupların tedaviye katılma ve başarılı olma ihtimallerinin daha düşük olabileceği öne sürülmüştür (109).

Bilici ve arkadaşları tarafından zorunlu olarak tedaviye başvuranlar ile gönüllü tedaviye başvuranlar arasındaki tedavi motivasyonunun incelendiği bir çalışmanın sonuçlarında, tedaviye yönelik motivasyonun başvuru koşulları dahil olmak üzere dış

faktörlerden ve kişilik bozukluğu ve depresyon gibi iç faktörlerden etkilenen bir durum olduğu vurgulanmıştır. Çalışmanın sonuçlarında, gönüllü tedavi başvurusu motivasyonun bir göstergesi olarak tespit edilmiştir. Motivasyonu artırma amacıyla uygulanacak yöntem, kişilerin zorunlu başvuru yerine gönüllü başvuruya teşvik edilmesinin araştırılması olarak önerilmiştir (110).

Stevens ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada yasal zorlamanın motivasyonu arttırmayacağını öne sürülmüştür ancak bu durumun her zaman motivasyona zarar vermediğini de eklemiştir. Yasal zorlama altına giren kişilerin bir kısmında tedaviye erişim imkanlarının kısıtlı olabileceği düşünülürse, kişiler zorunlu tedavi ile suç işlemekten vazgeçme, sağlıklarına zarar vermekten kaçınma gibi olumlu değişimler yapma çabası içerisine girebilirler. Bu açıdan bakıldığında yasal zorlama tedaviye girmenin ve tedaviye katılmanın yararlı bir yolu olabilir (111).

Motivasyonun dinamik bir durum olduğu ve yasal zorunluluk dışında birçok faktörün motivasyon sürecini etkilediği unutulmamalıdır. Ceza adalet sisteminden gelen baskı nedeniyle mutlaka motivasyon engellenmemektedir ancak bu sistem içerisinde motivasyonu artırmanın en iyi yolunun kişilerin ihtiyaçlarını anlamak ve bu ihtiyaçlar doğrultusunda, en uygun ve en etkili tedaviye geçebilmelerini sağlayabilmek için uygun bir zemin oluşturma hedeflenmesi ile olacağı düşünülmektedir (111).

Bizim çalışmamızda da tüm katılımcıların DSBP'nin başında ve sonunda motivasyon puanlarını karşılaştırıldığında program sonunda istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik saptanmamıştır. Bu durum örneklemimiz içerisindeki DEHB sıklığının yüksek olması ve kişilerin yasal zorunluluk kapsamında başvurması ile ilişkili olduğunu düşünmekteyiz.

### **5.3.2. BAPİ'nin değerlendirilmesi;**

Çalışmamıza katılan kişiler için bağımlılığın farklı boyutlarını değerlendirmek ve bağımlılık şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçek olan BAPİ kullanılmıştır. BAPİ alt ölçeklerine baktığımızda; madde kullanım özellikleri kısmında alkol ve alkol dışı maddeler sorgulanmaktadır. Eğer kişi çoklu madde kullanıyorsa, bu durumun daha şiddetli bağımlılığa neden olduğu bilindiğinden daha

yüksek puan almaktadır. Tanı kısmında DSM ve ICD tanı kriterleri sorgulanmaktadır. Madde kullanımının kişinin yaşamına etkisi kısmında hem psikososyal işlevleri hem de maddenin kişinin yaşamına olan diğer etkilerini araştıran soruları içermektedir. Şiddetli madde kullanma isteği kısmı istek (craving) düzeyini, motivasyon kısmında motivasyon düzeyini belirlemeye yöneliktir (112).

Katılımcılarımızın tamamının bağımlılık şiddeti açısından program öncesi ve sonrasına yapılan karşılaştırmalarında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Tedaviyi uyumlu tamamlayan ve uyumsuz tamamlayan gruplarda da benzer bir şekilde bağımlılık şiddetinde farklılık saptanmamıştır. Ek olarak DEHB tanısı alan katılımcıların program sonunda bağımlılık şiddetinde farklılık saptanmamıştır. Genel olarak bakıldığında bulgularımız DSBP'nin bağımlılık şiddetine üzerine anlamlı etkisi olmadığını düşündürmektedir.

Madde kullanım bozukluklarında DEHB varlığının daha şiddetli bağımlılık gelişmesine neden olduğu çalışmalarla gösterilmiştir (64),(65). DEHB ve madde kullanım bozukluğu komorbiditesi olan erişkinler, DEHB'nin eşlik etmediği madde kullanım bozukluğu olan erişkinlere göre daha karmaşık ve kronik madde kullanımı paternleri göstermektedir ve bu iki bozukluğun birlikteliğinde çoklu madde kullanımının daha fazla olduğu bilinmektedir (62,113,114). Daha önceki bulgularımızla uyumlu olarak şiddetli istek tedavi uyumluluğunu olumsuz yönde etkilemektedir. Maddeye kaşı şiddetli istek duymak bağımlılığın en önemli kavramlarından birisidir ve tedavideki ilerlemenin ve nüks gelişmesinin önemli bir göstergesi olduğu tespit edilmiştir (91). Şiddetli isteğin tedaviyi uyumlu tamamlayabilmeyi olumsuz etkilediği çalışmalarda gösterilmiştir (77,78). DEHB'li yetişkinlerin yaşamlarını etkileyen özellikler arasında inatçılık, otorite ile kronik çatışmalar, eş ve meslektaş ilişkilerinde zorluk, sık sık iş değişiklikleri, çabuk hayal kırıklığına uğrayabilme ve zeka problemleri olmamasına rağmen akademik performansın zayıflığı yer almaktadır (115). Ayrıca dikkatsizlik ve dürtüsellik belirtileri nedeni ile daha fazla suç işleme ve ceza alma ile karşılaşabilirler (17,18). Çalışmamızda DEHB varlığına göre bağımlılık şiddetini karşılaştırdığımızda DEHB olan grupta program öncesinde ve sonrasında BAPİ toplam skorlarının ve alt ölçeklerden madde kullanım özellikleri, tanı, yaşam üzerine etkileri ve şiddetli istek

puanları anlamlı derecede yüksektir. DEHB tanısı olan katılımcılar tedaviyi tamamlama şekillerine göre değerlendirildiğinde özellikle uyumsuz tamamlayanlarda program öncesinde ve sonrasında bağımlılık şiddeti, madde kullanım özellikleri, şiddetli istek puanları yüksektir.

2018 yılında yayınlanan DEHB Olan Hastalarda Madde Kullanımı Bozukluğu Tanı ve Tedavi Uluslararası Konsensüs Bildirimi'nde bu iki durumun birlikte varlığında madde kullanım bozukluğunun tedavisine başlandığında, DEHB veya eşlik eden başka bir komorbid bozukluğun tedavisinin bir an önce tedaviye eklenmesi önerilmiştir. Bu tedavinin içeriğinde psikoterapi ve farmakolojik tedavinin kombine olması, gerekirse yakın takip ile stimulanların kullanılması önerilmiştir. Bizim çalışmamızda DEHB tanısı olan tüm katılımcılar birlikte değerlendirildiğinde program sonunda bağımlılık şiddetinde değişiklik olmadığı tespit edilmiştir. Bu durum DSBP içerisinde hastaların DEHB tanılarının olması ancak bununla ilgili bir tedavi almaması ile ilgili olduğu kanaatindeyiz.

Lojistik regresyon analizinde tedaviye uyumluluğu etkileyen faktörler bağımlılık şiddeti ve şiddetli istek olarak tespit edilmiştir. Şiddetli istek artışı uyumsuzluk riskini 1,4 kat ve BAPİ skorundaki artış 1,2 kat artırmaktadır. Bu durum önceki verilerimiz ve literatür ile karşılaştırıldığında uyumludur (76,77).

Tedaviyi uyumlu tamamlayan grupta; program öncesinde DEHB olan grupta motivasyon puanları ve farkına varma puanları anlamlı derecede yüksektir. Bağımlılık şiddeti yüksek olarak saptanmıştır. Program sonunda gruplar arasında motivasyon ve bağımlılık şiddetleri benzerdir. Bu durum önceki bulgularımız olan DEHB tanısı olanların tedaviye daha motive başladığı ancak motivasyonlarını sürdüremedikleri, bağımlılık şiddetlerinin daha fazla olduğu bulguları ile uyumludur (77,78,116).

Çalışmamızın bulguları doğrultusunda düşünüldüğünde katılımcılarımızın %68 oranında DEHB tanısı almıştır. DEHB tanısı ile tedavi uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamış olsa da DEHB olan grubun yaklaşık yarısının tedaviyi uyumsuz tamamladığı tespit edilmiştir. Bu bilgiler ışığında denetimli serbestlik kapsamında başvurusu sağlanmış kişilerde DEHB sorgulanması önemli görünmektedir. DSBP tedavisine alınan kişilerde özellikle DEHB dikkate

alınarak ek psikiyatrik hastalıkların sorgulanması gerekli tedavilerin sağlanması tedavi uyumunu artıracak ve ek suç işleme oranlarının azalmasına katkıda bulunacak kanaatindeyiz. DEHB ve denetimli serbestlik ilişkisinin incelendiği başka bir çalışmada sonuçlarında da bu kapsamda başvuran kişilerde DEHB araştırılması ve tanı konulmasının önemine vurgu yapılmıştır (97). Ek olarak program içeriğinin DEHB’li kişileri de kapsayacak bir biçimde güncellenmesinin ve motivasyon üzerine oturum eklenmesinin de uyumluluğa katkı sağlayacağı düşüncesindeyiz. Bu alandaki çalışmaların yaygınlaşması ile bulgularımızın desteklenmesi gerektiği düşüncesindeyiz.



## 6. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

Çalışmamızın belirli kısıtlılıkları mevcuttur, bunlardan ilki örneklem sayısının görece kısıtlı sayıda olmasıdır. Diğer kısıtlılıkların olgulardan madde kullanımı geçmişleri ile ilgili bilgilerin sözel olarak alınmış olması, kullanılan değerlendirme ölçeklerinin öz bildirime dayalı olması olduğunu düşünmekteyiz. Ek olarak bilgilerin teyidi amacıyla aile görüşmesi yapılamamış olması da çalışmamızın kısıtlılıklarındandır. Kişilerin tedavi merkezine zorunlu olarak başvurması nedeni ile gönüllülük esasına dayanan bir çalışmanın yürütülmesi konusunda birçok zorlukla karşılaşmıştır.

Yasal yaptırımlara maruz kalmak istemeyen katılımcıların yüksek uyum gösterme ya da öyle görünüyormuş olma çabası içinde oldukları gözlemlenmiştir. Süreci olumlu etkileyebilecek bir tutum olarak görünmekle birlikte bu durumun kişileri bazı bilgileri yanlış vermeye yönlendirmiş olabileceği düşünülmüş ve kişilere sıklıkla yasal sürecin ve çalışma sürecin ayrı işleyen iki süreç olduğu vurgulanarak bilgilerin yanlışlığı en aza indirilmeye çalışılmıştır.

Bu faktörler göz önünde bulundurularak gelecekte tasarlanacak yeni çalışmalar, elde edilecek verilerin geçerlilik ve çeşitliliğini artıracaktır.

## 7. SONUÇLAR

- 1- Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu denetimli serbestlik grubunda normal popölasyona göre yüksek oranda tespit edilmiştir.
- 2- Denetimli serbestlik kapsamında başvuran kişilerde DEHB varlığı ile tedavi uyumunun arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.
- 3- DEHB tanısı olan grubun tedavi motivasyonunun program başında daha yüksek olduğu ve program sonunda düştüğü saptanmıştır.
- 4- DEHB olan grubun bağımlılık şiddetinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- 5- DSBP'ye uyumluluğuna etki eden faktörler arasında bağımlılık şiddeti, şiddetli isteğin varlığı öne çıkmıştır.



## 8. KAYNAKLAR

1. Uluğ B. Madde Kullanımı ile İlişkili Bozukluklar, Edit. Gulec C, Koroğlu E, Psikiyatri Temel Kitabı, Hekimler Yayınlar Birliği, 1997:299-320.
2. Regnart J, Truter I, Meyer A. Critical exploration of co-occurring Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, mood disorder and Substance Use Disorder. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 04 Mayıs 2017;17(3):275-82.
3. Orum MH, Kara MZ, Egilmez OB, Kalenderoglu A. Complete blood count alterations due to the opioid use: what about the lymphocyte-related ratios, especially in monocyte to lymphocyte ratio and platelet to lymphocyte ratio? *J Immunoassay Immunochem.* 04 Temmuz 2018;39(4):365-76.
4. Altıntoprak A, Akgür S, Coşkunol H. Yasa Dışı Madde Kullanımı Nedeniyle Denetimli Serbestlik Tedbiri Uygulanan Kişilerde Tedavi Uygulamaları ve Toksikolojik Analiz. *Türkiyede Psikiyatri.* 2007;9(3):166-72.
5. Çolak H, Altun U. Denetimli Serbestlik Kavramının Yaptırım Teorisi ve Penolojik Bakımdan Tahlili ile Pozitif Hukukumuzdaki Düzenlemeler. *Adalet Derg.* 2006;25:1-51.
6. T.C. Adalet Bakanlığı, Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezleri ile Koruma Kurulları Yönetmeliği. 2007: 26497 Sayılı Resmi Gazete.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, Fifth Edition. 2013.
8. Soysal AP, Özdemir B. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğuna Genel Bir Bakış. 2004;1993(150):89-90.
9. Biederman J. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Selective Overview. *Biol Psychiatry.* Haziran 2005;57(11):1215-20.
10. Biederman J, Faraone S V. Seminar Attention-deficit hyperactivity disorder. 2005;237-48.
11. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. 2007. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry*164:942–948.
12. McGough JJ, Smalley SL, McCracken JT, Yang M, Del’Homme M, Lynn DE. Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: findings from multiplex families. *Am J Psychiatry*, 2005;162 (9): 1621–1627.
13. Secnik K, Swensen A, Lage MJ. Comorbidities and costs of adult patients diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder. *Pharmacoeconomics*, 2005; 23 (1): 93– 102.
14. Milberger S, Biederman J, Faraone SV, Murphy J, Ysuar MT. Attention deficit hyperactivity disorder and comorbid disorders: Issues of overlapping symptoms. *Am J Psychiatry*, 1999; 152 (12): 1793–1799.
15. Torgersen T, Gjevan B, Rasmussen K. ADHD in adults: A study of clinical characteristics, impairment and comorbidity. *Nord J Psikiyatr*, 2006; 60 (1): 38–43.
16. Moura HF, Fallers, Benzano D, Szobot C, Von Diemen L, Stolfar, Souza-Formigoni ML, Cruz MS, Brasiliano S, Pechansky F, Kessler FH, The Effects Of ADHD İn Adult Substance Abusers. *J Addict Dis* 2013;32(3):252-62.
17. Rösler M, Retz W, Yağobbi K, Burg E, Retz-Junginger P. Attentiondeficit/ hyperactivity disorder in female offenders: prevalence, psychiatric comorbidity and psychosocialimplications. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2009;259 (2):98-105.

18. Einarsson E, Sigurdsson JF, Gudjonsson GH, Newton AK, Bragason OO. Screening for attention-deficit hyperactivity disorder and comorbid mental disorders among prison inmates. *Nord J Psychiatry* 2009;26:361-367.
19. Young S, Misch P, Collins P, Gudjonsson G, Predictors Of Institutional Behavioral Disturbance And Offending In The Community Among Young Offenders. *Journal Of Forensic Psychiatry And Psychology* 2011;22:72-86.
20. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock, Güneş Kitapevi Ltd.Şti Lippincott Williams & Wilkins, Türkçe, 8. Baskı, 2007:1137-1328.
21. Babaoğlu A. Uyuşturucu ve Tarihi. Analiz Basım-Yayın ve Uygulama, İstanbul, 1997.
22. Miller NS. Comprehensive Handbook of Drug and Alcohol Addiction. New York: Marcel Dekker, 1999.
23. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock, Güneş Kitapevi Ltd.Şti Lippincott Williams & Wilkins, Türkçe, 8. Baskı, 2007: s.1137-1167.
24. Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings. :156.
25. Kessler, R.C., Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walster EE, Prevalance, severity, and comorbidity of 12- month DSM-IV disorders in the National Comorbidity survey Replication Arch Gen Psychiatry, 2005. 62(6): p. 617-27.
26. Ögel K. Madde Kullanım Bozuklukları Epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri. J Int Med Sci 2005; 1(47): 61-4.
27. (Uluğ B. Alkol ve Madde Bağımlılığının Nörobiyolojisi. Temel Psikofarmakoloji, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi No:11, 2010:367- 375. ).
28. Berridge KC, Robinson TE. Parsing Reward. *Trends in Neuroscience*, 2003;26(9):507-513.
29. Kobb GF, Le Moal M. Drug Abuse: Hedonic Homeostatic Dysregulation. *Science*, 1997;278:52-58.
30. Altıntoprak AE. Bağımlılıkta Kişilik Özellikleri ve Komorbidite. T.C. Sağlık Bakanlığı, Madde Bağımlılığı Tedavisinde Görev Alacak Personelin Sertifika Eğitim Programı Eğitim Kitabı, İstanbul, 2011.
31. Markel H. The DSM Gets Addiction Right. (Op-Ed). The New York Times. June 5, 2012. <http://www.nytimes.com/2012/06/06/opinion/the-dsm-gets-addiction-right.html>.
32. T.C. Adalet Bakanlığı, Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezleri ile Koruma Kurulları Kanunu, in Madde4/1. 2005: 25881 Sayılı Resmi Gazete.
33. Karadağ F, C.Y., Altıntoprak E, Türkiye Psikiyatri Derneği Alkol Madde Kullanım Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimi Denetimli Serbestlik uygulamalarının Standardizasyonu Görev Grubu Raporu. TürkiyePsikiyatriDerneğiBülteni,2008.11(1):p. 47-55.
34. T.C. Adalet Bakanlığı,Türk Ceza Kanunu, 5237. 2014:29044 Sayılı Resmi Gazete.
35. T.C. Sağlık Bakanlığı,Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Dairesi Başkanlığı, 2015-11 Denetimli Serbestlik Tedavi Hizmetleri. <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,55469/2015-11-denetimli-serbestlik-tedavi-hizmetleri.html>, erişim tarihi: 29.10.2019.

36. Wood DR, Reimherr FW, Wender PH, Johnson GE. Diagnosis and treatment of minimal dysfunction in adults. *Arch Gen Psychiatry* 1976;33: 1453.
37. Weis M, Weis G. Attention Deficit Hyperactivity Disorder Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook, Levis M. Lippincott Williams & Wilkins, Third ed. Philadelphia 2002.
38. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 2002; 111: 279–289.
39. Gadow KD, Nolan EE, Litcher L, Carlson GA, Panina N, Golovakha E, et al. 2000. Comparison of attention-deficit/hyperactivity disorder symptom subtypes in Ukrainian schoolchildren. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39:1520–1527.
40. Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C, Biederman J. 2003. The world-wide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry* 2:104–113.
41. West P, Sweeting H, Der G, Barton J, Lucas C. 2003. Voice-DISC identified DSM-IV disorders among 15-year-olds in the west of Scotland. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42:941–949.
42. Willcutt EG. 2012. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics* 9:490–499.
43. Thomas R, Sanders S, Doust J, Beller E, Glasziou P. 2015. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics* 135:e994–e1001.
44. Faraone SV, Biederman J, Spencer T, Mick E, Murray K, Petty C, et al. 2006. Diagnosing adult attention deficit hyperactivity disorder: are late onset and subthreshold diagnoses valid? *Am J Psychiatry* 163:1720–1729.
45. Simon V, Czobor P, Balint S, Meszaros A, Bitter I. 2009. Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 194:204–211.
46. Dalsgaard S. 2013. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Child Adolesc Psychiatry* 22Suppl 1:S43–S48.
47. Yargıç İ, Özdemiroğlu FA. Erişkinlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu. Işık E, Taner E, Işık U. (Editörler). *Güncel Klinik Psikiyatri*'de. İstanbul, Golden Print. 2008; 477-493.
48. Kavakcı Ö, Yelboğa Z. Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun epidemiyolojisi ve etiyolojisi. *Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar*. 2016;6(4):285-95.
49. Doğan S. Erişkin Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğunda Tanı Koyma. *Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar*. 2016;6(4):276-84.
50. Canadian Attention Deficit Disorder Resource Alliance (CADDRA). Canadian ADHD Practice Guideline, 3rd Edition, 2011.
51. Sobanski E, Brüggemann D, Alm B, Kern S, Deschner M, Schubert T, Philipsen A, Rietschel M. Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 257(7): 371-7.
52. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, Faraone SV, Greenhill LL, Howes MJ, Secnik K, Spencer T, Ustun TB, Walters EE, Zaslavsky AM. The prevalence and correlates of adult ADHD in United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 717-23.
53. Tuğlu C, Şahin ÖÖ. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Nörobiyoloji, Tanı Sorunları ve Klinik Özellikler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*

2010; 2(1): 75-116.

54. Barkley RA, Brown TE. Unrecognized attention-deficit/hyperactivity disorder in adults presenting with other psychiatric disorders. *CNS Spectr* 2008; 13(11): 977-84.

55. Newcorn JH. Managing ADHD and comorbidities in adults. *J Clin Psychiatry* 2009 Feb;70(2):e40.

56. Pliszka SR. Patterns of psychiatric comorbidity with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2000; 9(3): 525-40, vii.

57. Newcorn JH, Weiss M, Stein MA. The complexity of ADHD: diagnosis and treatment of the adult patient with comorbidities. *CNS Spectr* 2007;12(8 Suppl 12):1-14; quiz 15-6.

58. Babcock T, Ornstein CS. Comorbidity and its impact in adult patients with attention-deficit/hyperactivity disorder: a primary care perspective. *Postgrad Med* 2009; 121(3): 73-82.

59. Biederman J, Faraone SV, Spencer TJ, Mick E, Monuteaux MC, Aieardi M. (2006). Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD: a controlled study of 1001 adults in the community, *J Clin Psychiatry* 67: 524-540.

60. Roncero C, Ortega L, Pérez-Pazos J, Lligoña A, Abad AC, Gual A, vd. Psychiatric Comorbidity in Treatment-Seeking Alcohol Dependence Patients With and Without ADHD. *J Atten Disord*. Ekim 2019;23(12):1497-504.

61. Simon N, Rolland B, Karila L. Methylphenidate in Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Substance Use Disorders. *Curr Pharm Des*. 2015;21(23):[3359-3366].

62. Kaye S, Ramos-Quiroga JA, van de Glind G, Levin FR, Faraone SV, Allsop S, vd. Persistence and Subtype Stability of ADHD Among Substance Use Disorder Treatment Seekers. *J Atten Disord*. Ekim 2019;23(12):1438-53.

63. Estévez N, Dey M, Eich-Höchli D, Foster S, Gmel G, Mohler-Kuo M. Adult attention-deficit/hyperactivity disorder and its association with substance use and substance use disorders in young men. *Epidemiol Psychiatr Sci*. Haziran 2016;25(3):255-66.

64. Carpentier PJ, van Gogh MT, Knapen LJM, Buitelaar JK, De Jong CAJ. Influence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Conduct Disorder on Opioid Dependence Severity and Psychiatric Comorbidity in Chronic Methadone-Maintained Patients. *Eur Addict Res*. 2011;17(1):10-20.

65. van Emmerik-van Oortmerssen K, van de Glind G, van den Brink W, Smit F, Crunelle CL, Swets M, vd. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: A meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug Alcohol Depend*. Nisan 2012;122(1-2):11-9.

66. Wilens TE, Faraone SV, Biederman J, Gunawardene S. Does Stimulant Therapy of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Beget Later Substance Abuse? A Meta-analytic Review of the Literature. *PEDIATRICS*. 01 Ocak 2003;111(1):179-85.

67. Mao AR, Findling RL. Comorbidities in Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Practical Guide to Diagnosis in Primary Care. *Postgrad Med*. Eylül 2014;126(5):42-51.

68. Evren, C., Gürol, D. T., & Ögel, K. (2011). Reliability and validity of the Penn Alcohol Craving Scale (PACS) Revised Version for substance craving in male substance dependent inpatients. *Türk Psikiyatri Derg*, 22(Suppl 1), 70.

69. Ögel K , Evren C , Karadağ F , Tamar Gürol D, Bağımlılık Profili İndeksi'nin

- (BAPİ) Gelişti-rilmesi, Geçerlik ve Güvenilirliği, Türk Psikiyatri Dergisi 2012;23.
70. Kessler RC, Adler LA, Gruber MJ, Sarawate CA, Spencer T, Van Brunt DL. Validity of the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener in a representative sample og health plan members. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2007; 6(2):52-65.
71. Doğan S, Öncü B, Varol-Saraçoğlu G, Küçüköncü S. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1.1): Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği (Validity and reliability of the Turkish version of the Adult ADHD. *Anadolu Psikiyatr Derg.* 2009;10:77–87.
72. Doğan S, Öncü B, Varol-Saraçoğlu G, Küçüköncü S. Üniversite Öğrencilerinde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Belirti Sıklığı ve Belirti Düzeyi ile İlişkili Gelişimsel, Akademik ve Psikolojik Etmenler. *Türkiye’de Psikiyatr.* 2008;10(3).
73. Öncü B, Ölmez Ş, Şentürk V, Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği Türkçe Formunun Erişkin Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu’nda Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması, *Türk Psiki-yatri Dergisi* 2005; 16(4):252-259.
74. Bilici R, Beker Şanlı D, Süner Ö, Çıtak S, İzci F. Sociodemographic characteristics of Turkish patients who violated a supervised probation program. *J Ethn Subst Abuse.* 03 Temmuz 2018;17(3):335-44.
75. Eren F, Gündüz N, Turan H, Erzincan E, Dilbaz N. SOCIODEMOGRAPHIC EXAMINATION OF PATIENTS APPLYING TO PROBATION POLICLINIC IN ERZURUM PROVINCE. *Curr Addict Res.* 2018;(0):1.
76. Yazıcı AB, Yazıcı E, Akkisi Kumsar N, Erol A. Addiction profile in probation practices in Turkey: 5-year data analysis. *Neuropsychiatr Dis Treat.* Ağustos 2015;2259.
77. Ogel K, Bilici R, Bahadır G, Mackan A, Tuna O. The effectiveness of the tobacco, alcohol and drug dependence treatment program (SAMBA) on drug users in probation. *Anatol J Psychiatry.* 2016;17(4):270.
78. Bilici R, Ögel K, Bahadır GG, Maçkan A, Orhan N, Tuna O. Treatment outcomes of drug users in probation period: three months follow-up. *Psychiatry Clin Psychopharmacol.* 03 Nisan 2018;28(2):149-55.
79. Aldemir E, Berk G, Coskunol H. The Effects of the Addiction Programme of Probation on Treatment Motivation, Abstinence and Quality of Life: A Comparative Study with Motivational Interviewing and Individual Intervention. *Noro Psikiyatri Arsivi [Internet].* 18 Eylül 2017 [a.yer 07 Ekim 2019]; Erişim adresi: <http://www.noropsikiyatriarsivi.com/crossref?doi=10.5152/npa.2017.19440>
80. Evren C, Ogel K, Demirci AC, Evren B, Yavuz BG, Bozkurt M. Prevalence of Lifetime Tobacco, Alcohol and Drug Use Among 10<sup>th</sup> Grade Students in Istanbul. *Klin Psikofarmakol Bül-Bull Clin Psychopharmacol.* Eylül 2014;24(3):201-10.
81. Kahveci Düztaş S. Madde Kullanım Suçu ile Denetimli Serbestlik Kurumuna Yönlendirilen Kişilerin Profil Özellikleri ve Bağımlılık Şiddetlerinin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2011.
82. D’Amico EJ, Edelen MO, Miles JNV, Morral AR. The Longitudinal Assosiation Between Substance Use and Delinquency Among High-Risk Youth. *Drug and Alcohol Dependence,* 2008; 93:85-92.
83. Ögel K, Aksoy A. TUTUKLU VE HÜKÜMLÜ ERGENLERDE MADDE KULLANIMI. 2007;8(1):7.

84. Decker KP, Peglow SL, Samples CR, Cunningham TD. Long-Term Outcomes After Residential Substance Use Treatment: Relapse, Morbidity, and Mortality. *Mil Med*. Ocak 2017;182(1):e1589-95.
85. Cuttler C, Spradlin A. Measuring cannabis consumption: Psychometric properties of the Daily Sessions, Frequency, Age of Onset, and Quantity of Cannabis Use Inventory (DFAQ-CU). Ito E, editör. *PLOS ONE*. 26 Mayıs 2017;12(5):e0178194.
86. Capella M del M, Adan A. The age of onset of substance use is related to the coping strategies to deal with treatment in men with substance use disorder. *PeerJ*. 15 Ağustos 2017;5:e3660.
87. Poudel A, Gautam S. Age of onset of substance use and psychosocial problems among individuals with substance use disorders. *BMC Psychiatry*. Aralık 2017;17(1):10.
88. strain, E. C., Lofwall, M. R., & Jaffe, J. H. (2009). Opioid-related disorders. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1371-7.
89. Department of Fight Against Smuggling and Organized Crimes. (2013). EMCDDA 2013 national report: Reitox national meeting point. Turkey, Ankara, New developments, trends, selected issues, KOM publications No.103.
90. Reingle Gonzalez JM, Walters ST, Lerch J, Taxman FS. Gender differences in substance use treatment and substance use among adults on probation. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 04 Temmuz 2018;44(4):480-7.
91. Paliwal P, Hyman SM, Sinha R. Craving predicts time to cocaine relapse: Further validation of the Now and Brief versions of the cocaine craving questionnaire. *Drug Alcohol Depend*. Mart 2008;93(3):252-9.
92. Longshore D, Teruya C. Treatment motivation in drug users: A theory-based analysis. *Drug Alcohol Depend*. Şubat 2006;81(2):179-88.
93. Simpson, D.D., Joe, G.W., 1993. Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment. *Psychotherapy* 30, 357–368.
94. Sibley MH, Mitchell JT, Becker SP. Method of adult diagnosis influences estimated persistence of childhood ADHD: a systematic review of longitudinal studies. *Lancet Psychiatry* 2016;3:1157–65.
95. Caye A, Swanson J, Thapar A, Sibley M, Arseneault L, Hechtman L, et al. Life Span Studies of ADHD-Conceptual Challenges and Predictors of Persistence and Outcome. *Curr Psychiatry Rep* 2016;18:111.
96. van Emmerik-van Oortmerssen K, Crunelle CL, Carpentier PJ. Substance use disorders and ADHD: an overview of recent Dutch research. *Tijdschr Psychiatr*. 2013;55:861–6.
97. Susan Y, Gisli H G, Emily J G, Amit J, Romana F, David H, vd. Beyond the Gates: Identifying and Managing Offenders with Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Community Probation Services. *AIMS Public Health*. 2014;1(1):33-42.
98. Knecht C, de Alvaro R, Martinez-Raga J, Balanza-Martinez V. Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD), substance use disorders, and criminality: a difficult problem with complex solutions. *Int J Adolesc Med Health*. 01 Mayıs 2015;27(2):163-75.
99. Önal Musalar Ö, Denetimli Serbestlik Tedbiri İle Teda Vi Kararı Verilenlerde Madde Kullanım Özellikleri I. Eksen Ve Iı. Eksen Tanılarının Araştırılması. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul,

2011.

100. Uzunyayla Kahraman Z, Madde Kullanım Suçlarında Denetimli Serbestlik Tedbiri Uygulamasının Etkinliğinin Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp fakültesi adli tıp Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlıktezi, İstanbul, 2015.

101. De Leon, G., & Jainchill, N. (1986). Circumstance, motivation, readiness and suitability as correlates of treatment tenure. *Journal of Psychoactive Drugs*, 18(3), 203-208.

102. Kessler RC, Adler L, Ames M, et al. The prevalence and effects of adult attention deficit/hyperactivity disorder on work performance in a nationally representative sample of workers. *J Occup Environ Med*. 2005;47(6):565-572.

103. Wu SY, Gau SS. Correlates for academic performance and school functioning among youths with and without persistent attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Res Dev Disabil*. 2013;34(1):505-515.

104. Kessler RC, Lane M, Stang PE, Van Brunt DL. The prevalence and workplace costs of adult attention deficit hyperactivity disorder in a large manufacturing firm. *Psychol Med*. 2009;39(1):137-147.

105. Raggi VL, Chronis AM. Interventions to address the academic impairment of children and adolescents with ADHD. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2006;9(2):85-111.

106. de Weert-van Oene GH, Gongora V, von Sternberg K, de Jong CAJ. Motivation for Treatment and Motivation for Change in Substance-Dependent Patients with Co-Occurring Psychiatric Disorders. *J Psychoactive Drugs*. 20 Ekim 2015;47(5):393-400.

107. Stevens A, Berto D, Heckmann W, Kersch V, Oeuvery K, van Ooyen M, Steffan E, Uchten- hagen A: Quasi-compulsory treatment of drug dependent offenders: an international litera- ture review. *Subst Use Misuse* 2005;40:269– 283.

108. Prendergast ML, Podus D, Chang E, Urada D: The effectiveness of drug abuse treatment: a meta-analysis of comparison group studies. *Drug Alcohol Depend* 2002;67:53–72.

109. DiClemente C, Bellino L, Neavins T: Motivation for change and alcoholism treatment. *Alcohol Res Health* 1999;23:86–92.

110. yazici esra, Bilici R, Mutlu E, Karakas Ugurlu G, Tufan AE, Izci F. Motivation for treatment in patients with substance use disorder: personal volunteering versus legal/familial enforcement. *Neuropsychiatr Dis Treat*. Ağustos 2014;1599.

111. Stevens A, Berto D, Frick U, Hunt N, Kersch V, McSweeney T, vd. The Relationship between Legal Status, Perceived Pressure and Motivation in Treatment for Drug Dependence: Results from a European Study of Quasi-Compulsory Treatment. *Eur Addict Res*. 2006;12(4):197-209.

112. bapi. “BAPİ’nin alt ölçekleri boyutları” erişim:01.10.2019, [http://www.bapi.info.tr/bapi\\_boyut.asp](http://www.bapi.info.tr/bapi_boyut.asp).

113. Fatséas M, Hurmic H, Serre F, Debrabant R, Daulouède JP, Denis C, Auriacombe M: Ad- diction severity pattern associated with adult and childhood attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in patients with addic- tions. *Psychiatry Res* 2016;246:656–662.

114. Young JT, Carruthers S, Kaye S, Allsop S, Gilsenan J, Degenhardt L, van de Glind G, van den Brink W, Preen D: Comorbid attention deficit hyperactivity disorder and substance use disorder complexity and chronicity in treatment-seeking adults. *Drug Alcohol Rev* 2015;34:683–693.

115. Elliott H. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: a guide for the

primary care physician. *South Med J* 2002;95(7):736–42.

116. Paliwal P, Hyman SM, Sinha R. Craving predicts time to cocaine relapse: further validation of the now and brief versions of the cocaine craving questionnaire. *Drug Alcohol Depend* 2008;93:252–259.



## 9. EKLER

### Ek 1. Aydınlatılmış Onam Formu

## ARAŞTIRMAYA KATILACAK HASTALAR İÇİN AYDINLATILMIŞ

### ONAM FORMU

‘Denetimli Serbestlik Kapsamında Uygulanan Bağımlılık Programı Tedavisine Alınan Kişilerdeki Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğunun Tedavi Uyumuna Etkisi’ İSİMLİ araştırma, Dr. Burcu Yüce tarafından açıklandı.

Araştırmanın, çeşitli psikiyatrik testler uygulanmak üzere kendisi tarafından yürütüleceği; araştırmaya katılmam halinde uygulanan testlerin gizlilik içerisinde sürdürüleceği; testlere başladıktan sonra araştırmadan ayrılmak istediğim takdirde araştırmadan ayrılabilceğim tarafıma açıklandı.

Bu araştırma hakkında sözel olarak bilgilendirildim ve araştırmanın amacı tarafıma açıklandı. Kendi isteğim ve arzumla bu araştırmaya gönüllü olarak katılıyorum.

**Tarih:**

**Araştırmaya katılan gönüllü katılımcının;**

Adı soyadı :

İmzası :

**Araştırmayı yürüten ve bilgilendirmeyi yapan doktorun;**

Adı soyadı :

Bölümü :

İmzası :

## Ek 2. Sosyodemografik Veri Formu

### Sosyodemografik Veri Formu

Tarih:

1-Ad Soyad;

2-Doğum tarihi:

3-Cinsiyet: Kadın; Erkek;

4-Adres:

Tel (Ev):

(Cep):

5-Medeni durum: Evli; Bekar; Boşanmış; Ayrı yaşıyor; Dul;

6-Eğitim Düzeyiniz; Okur-yazar;  
İlkokul mezunu;  
Ortaokul mezunu;  
Lise mezunu;  
Üniversite mezunu;

7-Meslek: Çalışmıyor; Serbest;..... Memur;..... İşçi;.....

8-Kiminle yaşıyorsunuz?; yalnız;..... sadece eş;..... eş ve çocuk;.... anne ve baba ile;... diğer;..

9-Aylık gelir düzeyi:0-500 tl;...  
500-1000tl;...  
1000-2000tl;...  
2000 tl ve üzeri; ....

10-Askerlik durumunuz; Yapmadım;.....  
Sorunlu yaparak tamamladım;....  
Tamamlayamadım;....  
Sorunsuz bitirdim;....

11-Madde kullanımı nedeni ile daha önce ceza aldınız mı? evet; (sayı belirtiniz);  
hayır;

12-Daha önce hakkınızda denetimli serbestlik tedbir kararı verildi mi?; evet (sayı belirtiniz)  
hayır;

13-Daha önce başka bir suç işlediniz mi; evet( isimlerini yazınız.) ;  
hayır;

.....  
..  
.....  
..

14-Cezaevinde yatışınız oldu mu? Evet; (süre belirtiniz) hayır;

15-Aile ile ilişkileriniz nasıldır? ; çok iyi; iyi; orta; kötü; çok kötü;

16- Halen kullandığınız maddeler (sıklık sırası ile) :

1- 2- 3-  
4- 5- 6-

17- Maddeye kullanımına başlama yaşıınız;

18-En son ne zaman madde kullandınız?;

19-Madde kullanım sıklığı ve yoğunluğunuz ?

1)hergün 2) haftada 2-4 defa 3) haftada 5-6 defa  
4) haftada 1 defa ; 5) ayda birkaç defa  
6) diğer

20- Madde kullanım şekliniz;

1)ağızdan; 2)damar yolu ile; 3)burun yolu ile;  
4)sigara şeklinde; 5)soluyarak (kova, folyo, kaydırma vb..) 6)diğer ;.....

21-Madde kullanımına başlamanızda aşağıdakilerden hangisinin etkisi daha fazla olmuştur?

1)Arkadaş grubu 2) Aile  
3)İş/okul stresi 4) Sosyalleşme gereği  
5) Özenmek 6) Diğer .....

22-Madde kullanımına devam etmenizde aşağıdakilerden hangisinin etkisi daha fazla olmuştur? 1)Arkadaş grubu 2) Aile

3)İş/okul stresi 4) Sosyalleşmek  
5) Özenmek 6) Diğer .....

23-Daha önceden tedavi başvurusunda bulundunuz mu? ; evet;(sayı belirtiniz)  
hayır;

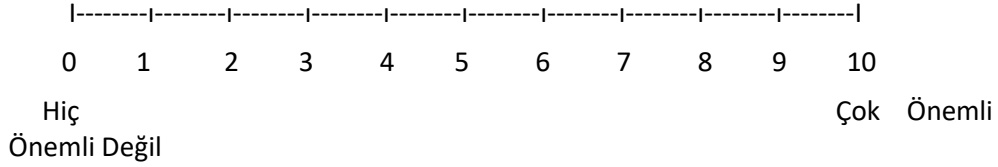
24-En uzun ayıklık süreniz; yok...

1 aydan az...  
1-3 ay....  
3-6 ay....  
6ay-1yıl...  
1 yıl ve üzeri

25-Ne sıklıkla alkol kullanırsınız?

- 1) Hiç
- 2) Ayda birden daha az
- 3) Ayda bir-iki kez
- 4) Haftada bir-iki kez
- 5) Haftada 4 ve daha fazla

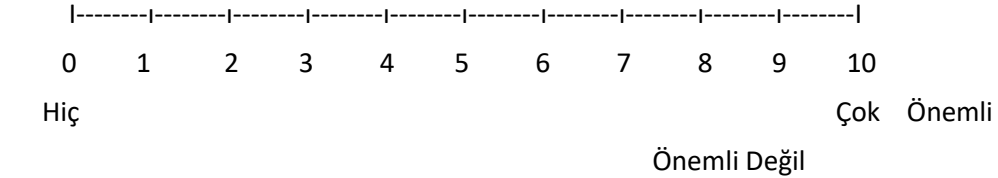
26-Madde kullanmayı bırakmanın sizin için önem derecesini size uygun olan rakamı yuvarlak içine alacak şekilde belirtiniz.



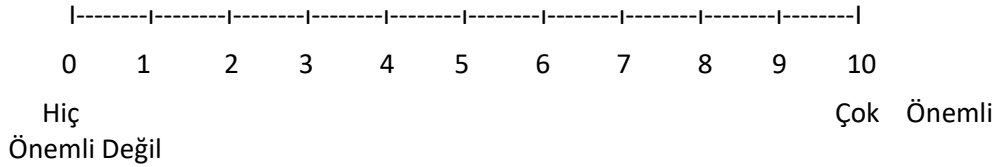
27-Madde kullanımını bırakmanın sizin için **ekonomik açıdan** önem derecesini aşağıdaki cetvelde değerlendiriniz (size uygun olan rakamı yuvarlak içine alınız).



28-Madde kullanımını bırakmanın sizin için **sağlığınız açısından** önem derecesini aşağıdaki cetvelde değerlendiriniz (size uygun olan rakamı yuvarlak içine alınız).



29-Madde kullanımını bırakmanın sizin için **sosyal (eş,iş, aile vb) açıdan** önem derecesini aşağıdaki cetvelde değerlendiriniz (size uygun olan rakamı yuvarlak içine alınız).



30-En çok kullandığınız maddeyi, gün içinde kullanmayı arzulama (isteme, aşırma) şiddet derecenizi belirtiniz.

- a. Hiç
- b. Hafif
- c. Orta düzeyde
- d. Fazla

e. Aşırı düzeyde

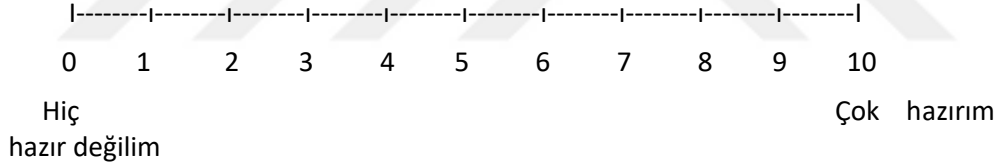
31-En çok kullandığınız maddeyi gün içinde arzulama (isteme, aşırma) sıklığınızı belirtiniz.

- a. Hiç
- b. Hemen hemen hiç
- c. Bazen
- d. Sık sık
- e. Hemen her zaman

32-En çok kullandığınız maddeyi gün içinde arzularak (isteyerek) geçirdiğiniz zamanın uzunluğunu belirtiniz.

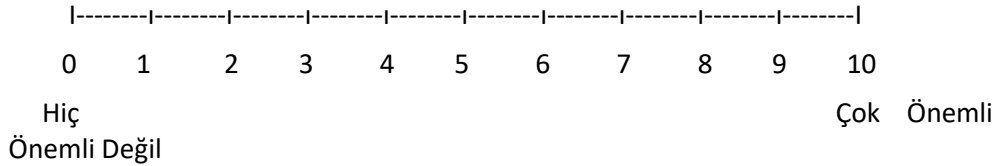
- a. Hiç
- b. Çok kısa süre
- c. Kısa süre
- d. Uzun süre
- e. Çok uzun süre

33-Maddeyi bırakmak için hazır olma derecenizi aşağıdaki cetvelde size uygun olan rakamı yuvarlak içine alarak belirtiniz.

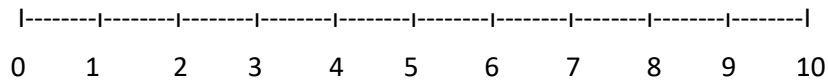


34-Madde kullanımını bırakmak için kendinize ne kadar güvendiğinizi aşağıdaki cetvelde değerlendiriniz

(size uygun olan rakamı yuvarlak içine alınız).



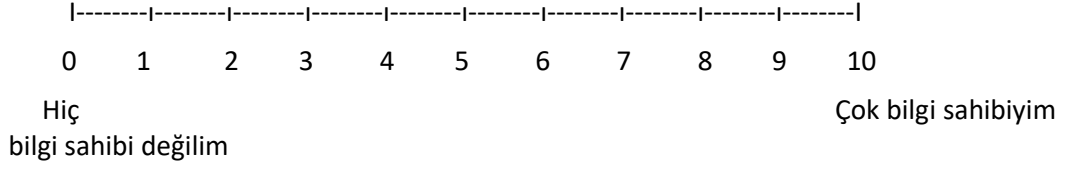
35-Madde kullanımını bırakmak için profesyonel yardım/tedavi almak bırakmak için ne kadar önemlidir aşağıdaki cetvelde değerlendiriniz (size uygun olan rakamı yuvarlak içine alınız).



Hiç  
Önemli Değil

Çok Önemli

36-Madde kullanımını bırakmak konusundaki tedavi yöntemleri hakkında ne kadar bilgi sahibi olduğunuzu düşünüyorsunuz?



### Ek 3. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)

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

|                                                                                                                                         |      |          |       |     |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------|-------|-----|---------|
| İsim: _____                                                                                                                             |      |          |       |     |         |
| Tarih: _____                                                                                                                            |      |          |       |     |         |
|                                                                                                                                         | Asla | Nadi-ren | Bazen | Sık | Çok sık |
| 1. Üzerinde çalıştığınız bir işin/projenin son ayrıntılarını toparlayıp projeyi tamamlamakta sorun yaşıyor mısınız?                     |      |          |       |     |         |
| 2. Organizasyon gerektiren bir iş yapmanız zorunlu olduğunda işlerinizi sıraya koymakta ne sıklıkla zorluk yaşıyorsunuz?                |      |          |       |     |         |
| 3. Yükümlülüklerinizi ve randevularınızı hatırlamakta ne sıklıkla sorun yaşıyorsunuz?                                                   |      |          |       |     |         |
| 4. Çok fazla düşünmeyi ve konsantrasyonu gerektiren bir iş yapmanız gerekiyorsa ne sıklıkla başlamakta kaçınıyor ya da geciktirirsiniz? |      |          |       |     |         |
| 5. Uzun bir süre oturmanız gerektiğinde, ne sıklıkla huzursuzlaşıyor, kıpırdanıyor ya da el ve ayaklarınızı kıpırdatırsınız?            |      |          |       |     |         |
| 6. Ne sıklıkla kendinizi aşırı aktif ve sanki motor takılmış gibi bir şeyler yapmak zorunda hissedersiniz?                              |      |          |       |     |         |
| <b>A BÖLÜMÜ</b>                                                                                                                         |      |          |       |     |         |
| 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 yaşıyorsunuz? |      |          |       |     |         |
| 10. Evde veya işte eşyaları bulmakta ya da nereye koyduğunuzu hatırlamakta ne sıklıkla güçlük yaşıyorsunuz?                             |      |          |       |     |         |
| 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?                                                    |      |          |       |     |         |
| <b>B BÖLÜMÜ</b>                                                                                                                         |      |          |       |     |         |

#### Ek 4. Wender Utah Derecelendirme Ölçeği

Yaş: Medeni Durum:  
Cinsiyet: Eğitim:

| ÇOCUKKEN;                                                                      | Hayır ya da çok hafif | Hafif | Orta derecede | Fazla | Çok fazla |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------|---------------|-------|-----------|
| 1. Dikkatimi toplama sorunum vardı, dikkatim kolayca dağılırdı.                |                       |       |               |       |           |
| 2. Kaygılı, tasalı, sıkıntılıydım.                                             |                       |       |               |       |           |
| 3. Asabi ve kıpır kıpırdım.                                                    |                       |       |               |       |           |
| 4. Dikkatsizdim, hayallere daldırdım.                                          |                       |       |               |       |           |
| 5. Kolayca kızar, öfkelenirdim.                                                |                       |       |               |       |           |
| 6. Hemen tepem atardı, öfke nöbetlerim olurdu.                                 |                       |       |               |       |           |
| 7. Başladığım bir işi sürdürmekte, takip etmekte ya da bitirmekte zorlanırdım. |                       |       |               |       |           |
| 8. Kararlı, sebatkar ve inatçıydım, iradem güçlüydü.                           |                       |       |               |       |           |
| 9. Mutsuz, çökkün, karamsardım                                                 |                       |       |               |       |           |
| 10. Anne babamın sözünü dinlemez, onlara karşı gelir, isyankar davranırdım.    |                       |       |               |       |           |
| 11. Kendimi küçük görürdüm.                                                    |                       |       |               |       |           |
| 12. Alıngandım, buluttan nem kapardım.                                         |                       |       |               |       |           |
| 13. Huysuzdum, duygusal dalgalanmalar yaşırdım.                                |                       |       |               |       |           |
| 14. Kızgındım, çabuk gücenirdim.                                               |                       |       |               |       |           |
| 15. Düşünmeden hareket ederdim.                                                |                       |       |               |       |           |
| 16. Çocuksu davranırdım.                                                       |                       |       |               |       |           |
| 17. Suçluluk duyardım, yaptıklarına pişman olurdum.                            |                       |       |               |       |           |

|                                                                                     |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 18. Kontrolümü kaybederdim                                                          |  |  |  |  |  |
| 19. Akılsızca ya da mantıksızca davranırdım.                                        |  |  |  |  |  |
| 20. Popüler değildim, arkadaşlıklarım uzun sürmezdi, diğer çocuklarla anlaşamazdım. |  |  |  |  |  |
| 21. Olayları diğerlerinin bakış açısından görmekte zorlanırdım.                     |  |  |  |  |  |
| 22. Otoriteyle, okulla sorunlarım olurdu, müdür beni odasına çağırırdı              |  |  |  |  |  |
| <b>BEN ÇOCUKKEN OKULDA;</b>                                                         |  |  |  |  |  |
| 23. Genel olarak başarısızdım, yavaş öğrenirdim                                     |  |  |  |  |  |
| 24. Matematikle ve sayılarla aram iyi değildi.                                      |  |  |  |  |  |
| 25. Potansiyeliime ulaşamadım.                                                      |  |  |  |  |  |

**Ek 5. Madde Kullananlar için Değişime Hazır Olma Aşamaları ve Tedaviyi İsteme Ölçeği (SOCRATES-M)**

| <p><b>Yönerge:</b> Aşağıdaki ifadeleri lütfen dikkatlice okuyun. Her biri madde kullanımınız ile ilgili hissedebileceğiniz (ya da hissetmeyebileceğiniz) durumları tanımlıyor. Her ifade için şu anda ne kadar katıldığınız ya da katılmadığınızı 1’den 5’e kadar olan bir sayıyı yuvarlak içine alarak belirtin. Lütfen her ifade için sadece bir sayı işaretleyin.</p> |                         |              |            |             |                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------|------------|-------------|------------------------|
| Madde Kullananlar için Değişime Hazır Olma Aşamaları ve Tedaviyi İsteme Ölçeği (SOCRATES-M)                                                                                                                                                                                                                                                                              | Kesinlikle katılmıyorum | Katılmıyorum | Bilmiyorum | Katılıyorum | Kesinlikle katılıyorum |
| 1.Madde kullanmamla ilgili gerçekten değişiklik yapmak istiyorum.                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 1                       | 2            | 3          | 4           | 5                      |
| 2.Bazen ben madde bağımlısı mıyım diye merak ediyorum.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1                       | 2            | 3          | 4           | 5                      |
| 3.Eğer yakın zamanda madde kullanmamı değiştirmesem sorunlarım giderek kötüleşecek.                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 1                       | 2            | 3          | 4           | 5                      |
| 7.Bazen madde kullanmamın diğer insanlara zarar verip vermediğini merak ediyorum.                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 1                       | 2            | 3          | 4           | 5                      |
| 8.Ben sorunlu bir madde kullanıcısıyım.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1                       | 2            | 3          | 4           | 5                      |
| 10.Madde kullanmamı halihazırda değiştirdim ve eski alışkanlığıma geri dönmek için yollar arıyorum.                                                                                                                                                                                                                                                                      | 1                       | 2            | 3          | 4           | 5                      |
| 11.Madde kullanmakla ilgili ciddi sorunum var.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 1                       | 2            | 3          | 4           | 5                      |
| 12.Bazen madde kullanmamı kontrol edebiliyor muyum diye merak ediyorum.                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1                       | 2            | 3          | 4           | 5                      |
| 13.Madde kullanmam birçok zarara yol açıyor.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 1                       | 2            | 3          | 4           | 5                      |
| 14.Madde kullanmayı azaltmak ya da kesmek için şimdi aktif olarak bir şeyler yapıyorum.                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1                       | 2            | 3          | 4           | 5                      |
| 15.Daha önce sahip olduğum madde kullanma sorunlarıma geri dönmek istemiyorum.                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 1                       | 2            | 3          | 4           | 5                      |
| 16.Madde kullanma sorunum olduğunu biliyorum.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 1                       | 2            | 3          | 4           | 5                      |
| 17.Maddeyi çok fazla mı kullanıyorum diye merak ettiğim                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1                       | 2            | 3          | 4           | 5                      |

|                                                                                                             |   |   |   |   |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| zamanlar olur.                                                                                              |   |   |   |   |   |
| 18.Ben bir madde bağımlısıyım.                                                                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19.Madde kullanmamı değiştirmek için çok fazla çalışıyorum.                                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20.Madde kullanmamda bazı değişiklikler yaptım ve eskisi gibi kullanmaya geri dönmek için yardım istiyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |



## Ek 6 Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ)



Lütfen her maddeyi dikkatlice okuyun.  
Soruları boş bırakmayın, kendinizi en yakın hissettiğiniz tek bir şıkkı işaretleyin.

**I Adınız soyadınız** [ ]

**II Doğum tarihiniz** [..... ]

**III Cinsiyetiniz?**

☐ Kadın ☐ Erkek

**IV Eğitiminiz?**

☐ Okur yazar ☐ İlkokulu bitirmiş ☐ Ortaokulu bitirmiş ☐ Liseyi bitirmiş ☐ Üniversiteyi bitirmiş

**V Medeni durumunuz?**

☐ Evli ☐ Bekar ☐ Ayrı ☐ Boşanmış ☐ Dul ☐ Diğer

**VI Çocuğunuz var mı?**

☐ Evet ☐ Hayır

**VII Daha önce herhangi bir psikiyatrik veya psikolojik tedavi gördünüz mü?**

☐ Evet ☐ Hayır

Son BİR yıl içinde aşağıdaki maddeleri kullanıp kullanmadığınızı veya ne sıklıkta kullandığınızı belirtiniz

Son bir yıl içinde...

|           |                                                            | Hiç                   | Sadece<br>bir iki kez | Ayda 1-3<br>kere      | Haftada<br>1-5 kez    | Hemen<br>hemen her<br>gün |
|-----------|------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|
| <b>1</b>  | <b>Alkol</b>                                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     |
| <b>2</b>  | <b>Esrar</b><br>(marihuana, joint, gubar vb).....          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     |
| <b>3</b>  | <b>Ecstasy (Ekstazi)</b>                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     |
| <b>4</b>  | <b>Eroin</b> .....                                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     |
| <b>5</b>  | <b>Kokain</b> .....                                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     |
| <b>6</b>  | <b>Taş (krak<br/>kokain).....</b>                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     |
| <b>7</b>  | <b>Rohipnol, rivotril (roş) gibi<br/>haplar.....</b>       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     |
| <b>8</b>  | <b>Uçucu maddeler</b><br>(tiner, bali, gaz vb).....        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     |
| <b>9</b>  | <b>Çeşitli haplar</b><br>(akineton, tantum, xanax vb)..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     |
| <b>10</b> | <b>Amfetamin türevleri</b><br>(metamfetamin, ice vb).....  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     |
| <b>11</b> | <b>Diğer (LSD, GHB<br/>vb).....</b>                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     |

**Dikkat!**

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

**Örneğin...**

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

**12 [Madde] etkisinde olduğunuz zamanlarda, ne sıklıkta problem yaşıyorsunuz?** (örneğin film kopması, aşırı doz alma, kontrol kaybı vb)

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

**VIII [Madde] kullanmanın sizin için bir sorun olduğunu düşünüyor musunuz, eğer düşünüyorsanız, ne kadar zamandır?**

- ☐ Benim için sorun değil ☐ 1 yıldan az ☐ 1-2 yıldır ☐ 3-4 yıldır ☐ 5 yıl ve daha fazla

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

**13 Kullandığınız [maddenin] miktarı zaman içinde giderek arttı mı?** (örneğin giderek daha fazla miktarda [madde] kullanmak)

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

**14 Her zamanki dozda kullanmanıza rağmen kullandığınız [maddenin] etkisinde azalma oldu mu?** (örneğin her zamanki kadar [madde] kullandığınız halde sarhoş olmama veya kafanızın güzel olmaması)

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

**15 Kullandığınız [maddeyi] kestiğinizde veya azalttığınızda bazı sorunlar ortaya çıktı mı?** (örneğin uykusuzluk, terleme, sinirlilik, huzursuzluk, titreme vb)

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

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

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

**17 [Madde] kullanmaya başladıktan sonra, kullanmayı durdurmakta zorlanıyor musunuz?** (örneğin az içmeyi düşünüp fazla içmek veya kısa süre kullanmayı planlayıp uzun süre kullanmak)

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

**18** Kullandığınız [maddeyi] bırakmayı veya azaltmayı isteyip bunu başaramadığınız oldu mu?

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

[Maddeyi] aramak, kullanmak veya etkisinden kurtulmak için fazla zaman

**19** **harcadığınız oldu mu?** (örneğin [madde] bulmak, kullanmak veya etkisinden kurtulmak zamanınızın büyük bir kısmını kaplıyor mu?)

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

**20** **[Madde] kullandığınız için hayatınızdaki başka etkinliklerden vazgeçtiğiniz oldu mu?** (örneğin aile ziyaretleri, hobiler, sosyal ilişkiler vb)

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

SON BİR YIL İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz

**21** **[Madde] kullanmak aile ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi?**

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

**22** **[Madde] kullanmak eğitim/ iş hayatınızı olumsuz yönde etkiledi mi?**

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

**23** **[Madde] kullanmak beden sağlığınızı olumsuz yönde etkiledi mi?**

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

**24** **[Madde] kullanmak ruhsal sağlığınızı olumsuz yönde etkiledi mi?**

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

**25** **[Madde] kullanmak sizi ekonomik açıdan olumsuz yönde etkiledi mi?**

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

**26** **[Madde] kullanmak arkadaş veya diğer insanlarla olan ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi?**

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

**27** **[Madde] kullanmak başınızı derde soktu mu?** (örneğin kavga, kaza, istenmeyen cinsel ilişki-gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalık vb)

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

**28** **[Madde] kullanmak yasal sorunlar yaşamanıza neden oldu mu?** (örneğin maddeyle yakalanmak, ehliyeti kaptırmak, karakola düşmek vb)

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

---

**29 Gündüz saatlerinde de [madde] kullandığınız oldu mu?**

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

---

**30 [Madde] kullanmayı istememenize rağmen yine de gidip [madde] kullandığınız oldu mu?**

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

---

**31 Aileniz veya çevreniz sizin çok fazla [madde] kullandığınızdan endişeleniyor mu?**

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

SON BİR HAFTA İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz

---

**32 Ne sıklıkta aklınıza [madde] kullanmak ya da [maddenin] keyif verici/rahatlatıcı etkisi geliyor?**

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

---

**33 Ne sıklıkta [madde] kullanmak için kuvvetli bir istek, arzu veya dürtü hissediyorsunuz?**

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

---

**34 [Madde] ile karşılaştığınızda [madde] kullanmaya direnmek veya kullanmamak sizin için zor olur mu?**

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

---

**35 [Madde] kullanmanın sizin için bir sorun olduğunu düşünüyor musunuz?**

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

---

**36 [Madde] kullanmayı bırakmayı veya azaltmayı düşünüyor musunuz?**

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

---

**37 [Madde] kullanmayı bırakmak veya azaltmak sizin için önemli mi?**

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

