

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNUN AİLEDE
ALKOL VE MADDE KULLANIMI İLE İLİŞKİSİ

Yüksek Lisans Tezi

Psikolog
Ezgi COŞKUN

DANIŞMAN
Prof.Dr.Hakan COŞKUNOL

İZMİR

2017

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNUN AİLEDE
ALKOL VE MADDE KULLANIMI İLE İLİŞKİSİ

Yüksek Lisans Tezi

Psikolog
Ezgi COŞKUN

DANIŞMAN
Prof.Dr.Hakan COŞKUNOL

İZMİR

2017

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

(Adı Soyadı)

(İmza)

Asil Üyeler

Prof.Dr.Hakan COŞKUNOL

(Danışman)

Prof.Dr.Ayşe Ender ALTINTOPRAK

Prof.Dr.Artuner DEVECİ

Yüksek Lisans Tezinin kabul edildiği tarih: 03.01.2018.....

ÖNSÖZ

Alkol- madde bağımlılığı son yıllarda dünyada ve ülkemizde en önemli sorunlardan biri haline gelmiştir. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, yapılan birçok çalışmanın sonucunda sadece çocukluk çağı bozukluğu olarak değil erişkinlikte de devam eden önemli bir bozukluk olarak düşünölmeye başlanmış ve DEHB tanısı olan hastalarda madde bağımlılığının ortaya çıkması ve aile özelliklerin de önem taşıdığı tespit edilmiştir. Bu çalışmada da, yapılan araştırmalara katkı sağlamak amaçlanmıştır.

Yüksek lisans tezimin hazırlanması ve sonlandırılması aşamalarında bana rehberlik eden, mesleki gelişimimde bana katkı sağlayan, farklı bakış açıları geliştirmemde emeğı olan değerli hocam Prof. Dr. Hakan COŞKUNOL' a,

Araştırmanın yürütölmesinde kolaylıklar sağlayan, veri toplama sürecinde işbirliği sağlayan “Ege Üniversitesi Tıp Faköltesi Psikiyatri Anabilim Dalı ve Madde Bağımlılığı, Toksikoloji ve İlaç Bilimleri Enstitüsü'ne”,

Bütün eğitim hayatım boyunca bana tüm imkânlarıyla destek olan, sevgi ve özveriyle beni bugönlere getiren ve tercihlerimde yanımda olarak beni yüreklendiren sevgili babam İbrahim İNCESU' ya, annem Fatma İNCESU' ya ve kardeşim Deniz İNCESU' ya,

Bu süreç içerisinde her zaman beni destekleyen, yanımda olan ve motive eden ve sevgili eşim Selim COŞKUN' a tüm katkılarından dolayı en içten duygularıyla teşekkür ederim.

İzmir, Nisan 2017

Ezgi COŞKUN

ÖZET

ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNUN AİLEDE ALKOL VE MADDE KULLANIMI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Bu araştırmada alkol bağımlısı erişkinlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu belirtileri, erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda aile alkol-madde kullanım özelliklerinin etkisi incelenmiştir. Bu amaçla deney grubunda alkol bağımlılığı tanısı almış 50 katılımcı ile 50 sağlıklı katılımcının oluşturduğu toplam 100 kişilik bir örneklem kullanılmıştır. Her gruba “Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)”, ‘Stroop TBAG Formu’ ve Bağımlılık Profil indeksi’ uygulanmıştır. BAPİ bağımlılık şiddeti toplam puanı ile Stroop Testi arasında korelasyon bulunmamıştır. BAPİ bağımlılık şiddeti toplam puanı ile DSM-V kriterleri arasında yüksek şiddette ve pozitif bir korelasyon bulunmuştur. Bu sonuca göre bireylerin BAPİ bağımlılık şiddeti arttıkça DSM-V kriterleri de artacak ya da BAPİ bağımlılık şiddeti azaldıkça DSM-V kriterleri de azalacaktır. Alkol bağımlılarından oluşan grup Stroop Testi TBAG Formunun; 1. Siyah Basılmış Renk İsmi Okuma Bölümü, 2. Renkli Basılmış Renk İsmi Okuma Bölümü ve 3. Şekil Rengi Söyleme Bölümünü kontrol grubundan daha uzun sürelerde tamamlamışlardır. Alkol bağımlısı olanlar ile olmayanların hiperaktivite/dürtüsellik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık mevcuttur :Alkol bağımlısı grubun hiperaktivite/dürtüsellik toplam puan ortalaması kontrol grubuna göre daha yüksektir. Yapılan bağımsız örneklem t testi sonucunda kadın ve erkeklerin “Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği” alt boyutları toplam puanları anlamlı farklılık görülmemiştir. Ailede alkol kullanımı değişkeni ve Alkol Bağımlısı ve kontrol grupları arasında istatistiksel anlamlı fark yoktur : Alkol Bağımlısı Gruptaki katılımcıların 28’inde ailede alkol kullanımı varken 22 kişide yoktur. Kontrol grubundaki 24 kişinin ailesinde alkol kullanımı varken 26 kişinin ailesinde yoktur.

Ailesinde alkol kullanımı olan ve olmayanların Erişkinler İçin Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Ölçeği puanları arasında istatistiksel anlamlı bir fark mevcut değildir. Katılımcıların medeni durumları için hiperaktivite/dürtüsellik puanları arasında istatistiksel anlamlı bir fark vardır: Ayrı yaşayan ve boşanmışların hiperaktivite/dürtüsellik toplam puan ortalaması en yüksekken evlilerin hiperaktivite/dürtüsellik toplam puan ortalaması en düşüktür. Yüksek puanın yüksek hiperaktivite/dürtüsellik özelliklerini gösterdiği esas alınırsa ayrı yaşayan ve boşanmış kişilerde hiperaktivite/dürtüsellik en yüksek evlilerde ise en düşüktür. Sonuç olarak; Alkol bağımlılarında dikkat işlevleri, DEHB belirtileri ve DEHB' ye eşlik eden sorunlar daha fazla görülmektedir.

Anahtar kelimeler: Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu, Bağımlılık.

SUMMARY

THE RELATION BETWEEN ADULT ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AND ALCOHOL AND SUBSTANCE USE IN THE FAMILY

In this study, “Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder” symptoms in alcohol dependent patients, the effect of family alcohol consumption on “Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder” were examined. In the study, 50 participants diagnosed as alcohol dependent were in the experiment group and 50 normal participants were in the control group. First, “Turkish version of the Adult ADHD Self-Report Scale”, “The Addiction Profile Index (API)” and “Stroop T-BAG” version were administered to both groups. There was no correlation between the score of “API” and the “Stroop Test T-BAG Form”. There was positive and high correlation between the total score of API and DSM-V Criteria. According to this result, if the score of “API” increase, the criteria of DSM-V increases. If the score of API decrease, the criteria of DSM-V decreases. The results of Stroop Test TBAG version reviewed that the group of alcohol dependents completed Part 1 (reading the columns of black words), Part 2 (Reading the columns words) and Part 3 (Reading the colours of coloured figures) of this test in a longer time than the control group. A statistically significant difference was found between the total score of hyperactivity / impulsivity of those who were alcohol dependent and those who were not: The total score of hyperactivity / impulsivity of the alcohol dependent group is higher than the control group. As a result of the “independent sample t test”, there was no significant difference in the total scores of the subscales of “Turkish version of the Adult ADHD Self-Report Scale for men and women”. There were no statistically significant differences between the family alcohol consumption and alcohol dependent and control group: In alcohol dependent group, 28 participants’ family members use alcohol and in the control group 24 participants’ family members use alcohol.

There was no statistically significant difference between the scores of “Adult ADHD Self-Report Scale” with and without alcohol use in their families. There is a statistically significant difference between the total score of hyperactivity / impulsivity for the marital status of the participants: the highest total score of hyperactivity / impulsivity of the living alone, divorced and living separate from family participants and the average score of hyperactivity / impulsivity is the lowest among the married. If the high scores indicate high hyperactivity / impulsivity, which is the lowest in married. As a result; attention deficit problems, ADHD symptoms, problems associated with ADHD were detected more often in alcohol dependents.

Key Words: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Addiction.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

Değerlendirme Kurulu Üyeleri	i
Önsöz	ii
Özet	iii
Summary	v
Tablolar Listesi.....	x
Grafik Listesi.....	xii
Kısaltmalar Listesi	xiii
1- GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Konusu	1
1.2. Araştırmanın Amacı	1
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	1
1.4. Araştırmanın Önemi.....	2
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları Ve Karşılaşılan Güçlükler	2
2- GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Alkol Bağımlılığı	3
2.2. Tarihçe.....	3
2.3. Dsm-V-'E Göre Alkol Kullanım Bozukluğu	4
2.4. Icd-10' A Göre Alkol Bağımlılık Sendromu Ölçütleri	5
2.5. Epidemiyoloji.....	6
2.6. Etiyoloji.....	7
2.6.1. Psikanalitik- Davranışçı Kuramlar	7
2.6.2. Biyolojik- Genetik Etkenler	8
2.6.3. Çevre Ve Kültürel Etkenler.....	8

2.7. Komorbidite	9
2.8. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu.....	9
2.9. Tarihçe.....	10
2.10. Epidemiyoloji.....	11
2.11. Etiyoloji.....	11
2.11.1. Nörolojik Etkenler.....	11
2.11.2. Genetik Etkenler.....	12
2.11.3. Nörotransmitterler	13
2.11.4. Psikososyal Ve Çevresel Etkenler.....	13
2.12. Dsm- Iv -Tr’ Ye Göre Dikkat Eksikliği/ Hiperaktivite Bozukluğu Ölçütleri	13
2.13. Tanı Ölçütleri	16
2.14. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğun’un Gidişi.....	17
2.15. Komorbidite	17
2.16. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Ve Alkol Kullanım Bozuklukları.....	18
3- GEREÇ VE YÖNTEM.....	20
3.1. Araştırmanın Tipi	19
3.2. Kullanılan Gereçler	19
3.3. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı.....	22
3.4. Araştırmanın Evreni	22
3.5. Araştırmanın Örneklemi.....	22
3.6. Bağımlı Ve Bağımsız Değişkenler.....	22
3.7. Veri Toplama Yöntemi Ve Süresi.....	22
3.8. Verilerin Analizi.....	23
3.9. Süre Ve Olanaklar	23
3.10. Etik Açıklamalar	23

4- BULGULAR.....	25
5- TARTIŞMA.....	47
6- SONUÇ VE ÖNERİLER	51
7- KAYNAKLAR	53
8- EKLER	62
Ek 1- Bilgilendirilmiş Onam Formu	62
Ek 2- Sosyo Demografik Bilgi Formu	67
Ek 3- Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS).....	68
Ek 4- Bağımlılık Profil İndeksi	70
Ek 5- Etik Kurul Onay Belgesi.....	77
9- ÖZGEÇMİŞ	79

TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa No.

Tablo 1. Stroop Testi TBAG Formu	22
Tablo 2. Araştırmaya Alınan Katılımcıların Demografik Bilgileri.....	24
Tablo 3. Araştırmaya Yer Alan Katılımcıların Aile Özellikleri	25
Tablo 4. Alkol Bağımlısı Grubun Kullandıkları Maddeler Ve Kullanım Sıklığı	27
Tablo 5. Alkol Bağımlısı Olmayanların Kullandıkları Maddeler Ve Kullanım Sıklığı..	29
Tablo 6. Araştırma Grupları İçin Bağımlılık Profil İndeksi Toplam Puanı Betimleyici İstatistiksel Tablosu.....	29
Tablo 7. Stroop Testi TBAG Formu Sonuçları.....	29
Tablo 8. BAPİ Bağımlılık Şiddeti Toplam Puanı ve DSM-V Kriterleri Arası Korelasyon Analizi.....	32
Tablo 9. BAPİ Bağımlılık Şiddeti Toplam Puanı ve Stroop TBAG Testi Arası Korelasyon Analizi.....	32
Tablo 10. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği Sonuçları	31
Tablo 11. Alkol Bağımlısı Grup Ve Kontrol Grubu İle Ailede Alkol Kullanımı Değişkeni Kategorileri Arası Farkın İncelenmesi.....	32
Tablo 12. Alkol Bağımlısı Grup İçin Hiperaktivite/Dürtüsellik Düzeyleri İle Ailede Madde Kullanımı Kategorileri Arası Farkın İncelenmesi.....	33
Tablo 13. Alkol Bağımlısı Grup İçin Hiperaktivite/Dürtüsellik Düzeyleri İle Ailede Alkol Kullanımı Kategorileri Arası Farkın İncelenmesi.....	33
Tablo 14. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği Ve Stroop Testi TBAG Formu Arası Korelasyon Analizi.....	34
Tablo 15. Cinsiyete Göre Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği Puanları Arası Farkın İncelenmesi.....	35
Tablo 16. Ailede Alkol Kullanımı Durumuna Göre Erişkinler İçin Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Ölçeği Puanları Arası Farkın İncelenmesi.....	36
Tablo 17. Katılımcıların Medeni Durumuna Göre Erişkinler İçin Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Ölçeği Puanları Arası Farkın İncelenmesi.....	38

Tablo 18. Katılımcıların Eğitim Durumuna Erişkinler İçin Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Ölçeği Puanları Arası Farkın İncelenmesi.....	39
Tablo 19. Katılımcıların Kiminle Yaşadıkları Değişkenine Göre Erişkinler İçin Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği Puanları Arası Farkın İncelenmesi	41
Tablo 20. Hiperaktivite/Dürtüsellik Toplam Puanını Yordamak İçin Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu	43
Tablo 21. Dikkat Eksikliği Toplam Puanını Yordamak İçin Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu.....	44



GRAFİK LİSTESİ

Sayfa No.

Grafik 1. Gruplar Açısından Katılımcıların Stroop Testi Tbag Formu Sonuçları Ve Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği Sonuçları Sütun Grafiği	30
Grafik 2. Ailede Alkol Kullanımı Olup Olmaması Durumuna Göre Katılımcıların Erişkinler İçin Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Ölçeği Puanları Sütun Grafiği	36
Grafik 3. Medeni Duruma Göre Katılımcıların Erişkinler İçin Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Ölçeği Puanları Sütun Grafiği	38
Grafik 4. Eğitim Durumuna Göre Katılımcıların Erişkinler İçin Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği Puanları Sütun Grafiği.....	40
Grafik 5. Kiminle Yaşanıldığı Durumuna Göre Katılımcıların Erişkinler İçin Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği Puanları Sütun Grafiği..	42

KISALTMALAR LİSTESİ

DEHB : Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

ASRS : Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği

DSM : The Diagnostic and Statistical Manual

ICD : International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems





1- GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Konusu

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı alan hastalarla yapılan araştırmalarda, alkol ve/veya madde bağımlılığının gelişmesi ve aile içi özelliklerin önem taşıdığı tespit edilmiştir. Bu araştırmada, Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Ailede Alkol ve/veya Madde Kullanımı ile İlişkisinin detaylı bir şekilde incelenmesi planlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada alkol bağımlılığı olan ve olmayan “Erişkinlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu” belirtilerinin saptanması ve karşılaştırılması, “Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda” aile alkol-madde kullanımının özelliklerinin herhangi bir rol alıp almadığının araştırılması amaçlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

1. Dikkat eksikliği hiperaktivite belirtileri olan alkol bağımlılıklarının ailelerinde alkol ve/veya madde kullanımı daha fazladır.
2. Alkol bağımlılarında hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileri kontrol grubuna göre daha fazladır.
3. Alkol bağımlılarında dikkat işlevleri kontrol grubuna göre daha düşüktür.
4. Ailede alkol-madde kullanımı olan alkol bağımlılarında hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri daha fazladır.

5. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu belirtileri erkeklerde daha fazla görülür.

6. Alkol bağımlısı olan grupta eş zamanlı yasadışı madde kullanımı vardır.

1.4. Araştırmanın Önemi

Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Ailede Alkol ve Madde Kullanımı ile ilişkisinin belirlenmesi bu konuda önleyici çalışmalar ve tedavi yöntemleri geliştirilmesi için yararlı ve bilgi sağlayıcı nitelikte olabilir.

1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Güçlükler

Araştırmada kullanılan ölçeklerin kendi bildirim yöntemiyle doldurulması nedeniyle, kişiler kendileriyle ilgili bilgileri gizlemiş ya da doğru bilgiler vermemiş olabilirler.

Örneklemdaki kişi sayısının azlığı nedeniyle sonuçların genellenebilirliği zorlaşmaktadır.

2- GENEL BİLGİLER

2.1. Alkol Bağımlılığı

Alkol ve madde kullanımı toplumu her yönü ile olumsuz etkileyen, detaylı ve öncelikli bir sorun olarak değerlendirilmesi gereken, günümüzün ciddi ve kapsamlı toplumsal sorunlarından biridir. Kapsamlı bir şekilde incelenmeli, araştırılmalıdır çünkü sadece alkol ve madde kullanan birey değil, içinde yaşadığı toplum ve bireyin parçası olduğu aile de bu durumdan olumsuz etkilenir. Yoğun ve uzun süreli alkol-madde kullanımı bağımlılığa dönüştür ve günümüzde bağımlılık bir hastalık olarak değerlendirilmekte ve tedavisi yapılmaktadır.

2.2. Tarihçe

Alkol M.Ö. 2000 yıllarından bu yana farklı toplum ve kültürlerde değişik biçimlerde görülmüştür. Müslümanlıkta yasaklanmış, Hristiyanlıkta kutsal sayılmıştır. Alkol binlerce yıl boyunca keyif veren, sakinleştirici ilaç olarak da kullanılmıştır.

Damıtma işlemi M.S. 800'de Arabistan'da keşfedilmiştir. ("Alkol" kelimesi, esans, öz, cevher anlamına gelen Arapça '*alkhul*' kelimesinden gelmektedir.) 17.yüzyılın sonlarına doğru dünyada alkol kullanımı artmaya başlamıştır. Alkolizm terimi ilk kez Magnus Huss tarafından 1849'da ortaya atılmış ve bu terim günümüzde de hala kullanılmaktadır. Mark Keller 1904 yılında; "Alkolizm: Süregiden bir davranış bozukluğudur, bozuk bir beslenme, bedensel, ruhsal ve toplumsal sağlık bozulmasıdır" şeklinde bir tanımlama yapmıştır. Alkolizm ve buna bağlı mental bozukluklar DSM-II ve ICD-9'da daha sistematik olarak sınıflandırılmıştır.

DSM-II’ de alkolizm dönemler halinde içme, aşırı alkol içme alışkanlığı, alkol müptelalığı, tanımlanmamış alkol kullanımı olarak dört grupta incelenmiştir. DSM-III’ de alkolizm yerine “alkol bağımlılığı” terimi kullanılmış ve alkol kötüye kullanımı ile alkol bağımlılığı olarak iki grupta incelenmiştir.

ICD-9’ da alkol bağımlılığı; nevrotik bozukluk, kişilik bozukluğu ve diğer non-psikotik mental bozukluklar ana kategorisinde değerlendirilmiştir. ICD-10’da alkol kullanım bozuklukları, psikoaktif madde kullanımına bağlı mental ve davranışsal bozukluklar başlığı altında incelenmiştir.

DSM-III-R’ de aynı sınıflama devam ettirilmiş fakat bağımlılık şiddetine göre hafif, orta, ağır; kısmi remisyon ve tam remisyon şeklinde tanımlanmıştır. DSM-III-R’ de alkolün neden olduğu mental bozukluklar ve organik sorunlar ise alkol entikasyonu, alkol idiyonsinkratik entoksikasyonu, alkolü komplikasyonsuz bırakma, alkol yoksunluk deliryumu (Delirium Tremens), alkol amnestik sendromu, alkol hallusinozisi ve alkole bağlı demans olarak sınıflandırılmıştır.

DSM-IV alkolle ilgili bozuklukları, “Alkol kullanım bozuklukları” ve “Alkolün yol açtığı bozukluklar” olarak ayırmıştır. “Alkol kullanım bozuklukları,” “Alkol bağımlılığı ve “Alkol kötüye kullanımıdır”. Bunlar alkol kullanma biçimi ile ilişkili bozukluklardır. ICD-10 alkol kullanım bozukluklarını ise “Alkol bağımlılık sendromu” ve “Alkol zararlı kullanımı olarak” ayırmaktadır, zararlı kullanımda ise alkol kullanımında sağlığa zarar verecek şekilde kullanım tanı koymaya yeterlidir.

2.3. DSM V’e Göre Madde Kullanım Bozukluklarının Temel Kriterleri

Amerikan Psikoloji Birliğinin yayınladığı Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabı DSM-V’ de belirtilen madde kullanım bozuklukları kriterleri aşağıdaki şekilde belirlenmiştir (Köroğlu, 2013):

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

1. “İstendiğinden daha büyük ölçüde veya uzun süreli kullanım”

2. “Maddeyi bırakmak veya kontrol altında tutmak için istek veya sonuç vermeyen çabalar”
 3. “Maddeyi elde etmek, kullanmak veya etkilerinden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayırma”
 4. “Madde kullanımı için çok büyük bir istek duyma veya kendini zorlanmış hissetme”
 5. “Tekrar eden kullanım sonucu sorumluluklarını yerine getirememe (işte, okulda, evde)”
 6. “Olumsuz etkilerine rağmen kullanıma devam etme (toplumsal ve kişiler arası sorunlar)”
 7. “Kullanımdan dolayı günlük etkinliklerin bırakılması veya azaltılması (iş, eğlence vb.)”
 8. “Tehlikeli olabilecek durumlarda dahi kullanmaya devam etme”
 9. “Olumsuz bedensel veya ruhsal etkilerinin bilinmesine rağmen kullanmayı sürdürme”
 10. “Maddeye tolerans gelişmiş olması, istenen etkinin ortaya çıkması için artan madde gereksinimi, aynı miktarda maddenin sürekli kullanımı sonucu etkisinin azalması durumu”
 11. “Yoksunluk belirtileri (bulantı, uykusuzluk, kusma, sinirlilik, bunaltı, huzursuzluk, saldırganlık, ishal, terleme, titreme, kas sızıları, ateş vb.). Her madde yoksunluk belirtisi göstermez”
- “1 yıl içinde bulguların 2 veya 3’ü varsa hafif, 4 veya 5’i varsa orta, 6 veya daha fazlası varsa şiddetli kabul edilir.”

2.4. ICD-10’ a Göre Alkol Bağımlılık Sendromu Ölçütleri

Alkol kullanımı sonucunda fizyolojik, davranışsal ve bilişsel değişiklikler olmalı ve tanımlayıcı olarak alkol almak için şiddetli ve önüne geçilmez istek duyulmalıdır.

“Aşağıdaki belirtilerden 3 veya daha fazlası son 1 yıl içinde bulunuyorsa, kesin olarak bağımlılık tanısı konulabilir:”

- a) “Alkolü almak için çok güçlü istek veya zorlanti,”

b) “Alkol alma davranışını kontrol etmede güçlük (başlama, bırakma ve kullanım miktarı bakımından)”

c) “Alkol kullanımı azaltıldığında ya da bırakıldığında fizyolojik bırakma sendromu ortaya çıkar, ya da bırakma belirtilerini giderebilmek için alkol kullanma.”

d) “Dayanıklılık (tolerans) belirtileri, daha düşük dozlarda ortaya çıkan etkilerin ortaya çıkabilmesi için daha yüksek madde dozlarına gereksinim duyulması,”

e) “Alkolü elde etmek, kullanmak, etkilerinden kurtulmak için harcanan zamanın diğer ilgi ve uğraşlara yer bırakmayacak şekilde giderek artması,”

f) “Aşırı alkol nedeniyle fizik ve ruh sağlığında bozulma gibi zarar gördüğüne ilişkin açık verilere karşın alkol kullanımını sürdürme.”

2.6. Epidemiyoloji

Alkol kullanım sıklığı ve buna bağlı ortaya çıkan sorunlar son yıllarda artarak devam etmektedir. DSM- IV –TR’e göre, “ABD’de alkol kötüye kullanımın yaşam boyu riski kadınlarda %10, erkeklerde %20”dir. “Alkol bağımlılığının yaşam boyu riski kadınlarda %3-5, erkeklerde %10’dur”. Aktif alkol kullanımının en yaygın görüldüğü yaş 20–35 yaş olarak tespit edilmiştir. Tüm sosyoekonomik sınıflarda alkol kullanımına rastlanmaktadır. Şehirlerdeki alkol kullanımı kırsal alanlarla kıyaslandığında daha fazladır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada erkeklerde sosyal içicilik oranı %10,4, bağımlılık %1,6 olarak belirlenmiş, diğer bir araştırmada, hastanede yatarak tedavi gören hastaların %74’ünün 30–49 yaş aralığında olduğu, boşanma oranlarının sekiz kat fazla olduğu, hastaların %70’inde boşanma nedeni olarak devamlı alkol kullanımının temel etken olduğu tespit edilmiştir. Ülkemizde son yıllarda kadınlar arasında alkol tüketiminin hızla arttığı gözlemlenmiştir.

2.7. Etiyoloji

Alkol bağımlılığına bağlı olan bozukluklar tek bir neden ve görüşle açıklanamamalıdır. Bağımlılığa ilişkin pek çok görüş ve teori vardır. Alkol bağımlılığının etiyolojisini açıklamak için pek çok görüşten yararlanmak gereklidir.

2.7.1. Psikanalitik- Davranışçı Kuramlar

Psikanalitik Kuramlar ise alkol bağımlılığını aşırı baskıcı süperegö ve oral fiksasyon terimleri üzerinden yorumlamıştır. Bu kuramlar, aşırı katı ve baskıcı süperegö bulunan kişilerin bilinçdışı gerginliklerini azaltmak amacıyla alkolü kullandığını ve genel olarak bağımlı, içe kapanık, yalnız kalmayı tercih eden, gergin, engellenmeye karşı dayanıksız ve cinsel dürtülerini bastırmış kişiler olarak ifade edilir.

Freud'a göre, oral dönemin sağlıklı bir şekilde geçilememesi durumunda oluşan sorunlar bağımlılığa yol açmaktadır ve oral kişilik yapısı gelişmektedir. Bebeklik döneminde bebeklerin gerilimlerini azaltan emme, çiğneme ve ısırmanın engellenmesi (emzirmenin erken bırakılması) veya aşırı karşılanması (aşırı emzirme) durumunda ileriki yaşlarda bu gerilim azaltan ve haz sağlayan nesneler alkol ve maddeye dönüşür. Oral dönemi sağlıklı bir şekilde geçiren bireylerin temel güven duygusu, diğer insanlara verebilme onlardan alabilme duygusu gelişir. Özetle, bireyler, psikoseksüel gelişim dönemlerinde eksik kalan sevgi ve güven duygularının yetişkinlikte yarattığı kaygı ile başa çıkabilmek için alkole yönelirler.

Davranışçı Kuramlar: Davranışçılar, devamlı olarak alkol kullanımını öğrenilmiş bozuk bir davranış olarak değerlendirirler. Alkol kullanımının kaygıyı azaltması, rahatlatıcı olması ilk olarak alkol kullanımından sonra alkol kullanımının devamlı olmasını sağlar. Bireyler baş etme mekanizmaları zayıfladığında alkole yönelirler ya da aldıkları miktarı arttırırlar.

2.7.2. Biyolojik- Genetik Etkenler

Alkol bağımlılığının oluşumunda genetik etkenlerin önemli rol oynadığı düşünülmekte olup, evlat edinme ve ikiz çalışmaları ile bu veriler doğrulanmıştır. Diğer maddelerin kötüye kullanımında ya da bağımlılıkların oluşmasında genetik faktörlerin rol oynayıp oynamadığına dair yeterli veri yoktur. Bağımlılıkların multifaktöriyel, multigenetik etyolojiye sahip olduğu söylenmektedir (Coşkunol, 1999). Madde kullanan bireylerin ailelerinde de madde kullanımının yaygın olduğu görülmüştür. “Aile özellikleri ve aileden öğrenmenin de genetik etkenler dışında ayrı bir faktör olduğu ve hangi etkenin bireyin madde kullanımına yol açtığı tartışılmaktadır (Coşkunol, 1998)”. “Alkol bağımlılarının üçte birinde ailelerinin en az birinin de alkol bağımlısı olduğu tespit edilmiştir. Alkol bağımlılarının çocuklarında da alkol bağımlılığı riski 4-5 kat daha fazladır (Enoch, 2002)”. Schukit’e göre (1972) “alkol bağımlılığında genetik faktörler, çevresel faktörlerden daha önemlidir.” “Alkol bağımlılığındaki genetik faktörlerin erkeklerde daha yüksek oranda olduğu görülmüştür (McGue, 1992)”. “Erkek çocuklarında 4 kat daha fazla alkol bağımlılığı riski vardır (Cadoret, 1980).”

Çocukluk çağında “dikkat eksikliği- hiperaktivite bozukluğu” öyküsü olan bireylerin yetişkinlikte de alkol ile ilgili bozukluklar için risk altında olduğu görülmüştür. Alkolün entoksikasyonu Japonlar, Koreliler, Tayvanlılar ve Amerikan Kızılderililerinde düşük dozlarda görülmekte ve bu da alkol bağımlılığından korunmaya yardımcı olmaktadır.

2.7.3. Çevre ve Kültürel Etkenler

Maddenin o çevrede bulunması, kolay ulaşılabilir olması madde kullanımını arttıran bir faktördür. Sosyoekonomik düzey ile alkol- madde kullanımı arasındaki ilişki hakkında yapılan çalışmalarda, kullanım sıklığı ve sosyoekonomik düzey arasında önemli bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.

Alkol-madde kullanımının uygun görülmediği bazı inanç ve törelerde kullanım oranı düşüktür. Örneğin alkol kullanmayı uygun bulmadıkları için Asyalılar ve muhafazakâr protestanlar daha az alkol kullanmaktadırlar.

2.8. Komorbidite

Alkole bağılı bozukluklar ile en yaygın eşlik eden bozukluklar “Antisosyal kişilik bozukluğu”, “Duygudurum bozuklukları” ve “Anksiyete bozukluklarıdır”. Alkole bağılı bozukluğa sahip olan bireylerde intihar girişimi öyküsü daha çok görülmektedir.

Alkole bağılı bozukluğu olanlarda majör depresif bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı ortalama %30-40’dır. Alkole bağılı bozukluğu olan bireyler diğer madde bozuklukları tanıları alma konusunda da risk taşır. Bipolar 1 bozukluklarında da alkol bağımlılığı risk taşımaktadır. Alkole bağılı bozukluğu olan bireylerin %25-30 civarına da anksiyete bozuklukları tanısı konulmaktadır. Bu hastalarda en sık karşılaşılan komorbid bozukluklar, panik bozukluk, sosyal fobi ve anksiyete bozukluklarıdır. Kaygının azaltılması için alınan alkol sonrasında kalıcı bir bozukluk olarak karşımıza çıkmaktadır.

2.9. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

DEHB, dürtüsellik, dikkatsizlik, aşırı hareketlilik belirtileriyle birlikte ömür boyu sürebilen bir bozukluktur. Yapılan takip çalışmalarında, bu bozukluğa sahip çocukların %11’inde erişkinlikte de bu belirtilerin sürdüğü ortaya konmuştur (Manuzza ve ark.1993). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu yaşam boyu tanısall bir devamlılık gösterir ve erişkinlerde de görülebilmektedir (Faraone ve ark.2000). Çocuklukta aşırı hareketlilik ön planda olup, erişkinlerde ise dürtüsellik ve dikkatsizliklerin belirgin olduğu düşünülmektedir (Woods ve ark.2002). DSM-IV-TR’de erişkinlere özel DEHB tanı kriterleri tanımlanmamıştır. Woods ve arkadaşlarının çalışması (2002) nörobilişsel bozukluklarının Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı konulan erişkinlerdeki belirtilerin bir parçası olduğunu göstermiştir. Bu nedenle erişkinlerde DEHB’nin tanı konması aşamalarında nöropsikolojik değerlendirmelerin katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu nedenle dikkat ve frontal/ yürütücü işlevler üzerinde yapılacak çalışmaların yararlı olacağı düşünülmektedir (Woods ve ark. 2002).

2.10. Tarihçe

DEHB 1902 yılında klinik bir bozukluk George Stil adındaki doktor tarafından hiperaktivite, öğrenme güçlükleri, dikkat problemleri ve davranım bozuklukları olarak tanımlanmıştır ve etiyolojisinde çevresel faktörler olsa da yüksek oranda genetik nedenlere bağlı olabileceğini bildirmiştir.

1960lı yılların sonlarına doğru erişkinlerin de bu bozukluğun belirtilerini sergileyebileceğine ilişkin çalışmalar yapılmış ve DEHB'nin erişkin dönemde de süregeldiği ilk olarak 1968 yılında Hartocollis tarafından yayınlanan makalede belirtilmiştir. 1973 ve 1975 yıllarında Cantwell ve Morison DEHB'li çocukların ebeveylelerinin de hiperaktif olduğunu ve erişkin dönemlerinde sosyopati, histeri ve alkol problemleri olduğunu ortaya çıkaran çalışmalar yapmışlardır.

1965 yılında ICD 9 ve 1968 yılında DSM-2'de DEHB “Çocukluk Çağının Hiperkinetik Sendromu” olarak bahsedilmiş ve aşırı hareketlilik hali belirtilmiştir.

1980 yılında DSM-3'te, dikkatsizlik ortaya konmuş ve “Hiperaktivitenin Eşlik Ettiği Dikkat Eksikliği” ve “Hiperaktivitenin Eşlik Etmediği Dikkat Eksikliği” olarak iki alt tip tanımlanmıştır.

1987 yılında DSM-3-R'de “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu” başlığı altında 14 belirtiden söz edilmiş ve tanı kriterleri de belirtilen 8 tanesinin olması, belirtilerin 7 yaşından önce başlaması ve en az 6 ay sürmesi olarak tanımlanmıştır. DSM-4'te (1994) “Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları” başlığı altında tanımlanmıştır, “Dikkatsizliğin önde geldiği tip, hiperaktivite-dürtüselliğin önde geldiği tip ve birleşik tip” olarak üç alt tip vardır.

2.11. Epidemiyoloji

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun okul çağındaki çocuklarda yaygınlığının %3-5 arasında olduğu tespit edilmiştir. Bozukluğun tüm dünya çapında çocukların %5-10'unu ve yetişkinlerin %4'ünü etkilediği öngörülmektedir. Yapılan çalışmalarda erkeklerde görülme sıklığının kızlardan fazla olduğu bildirilmiştir. Erkeklerde aşırı hareketlilik, ataklık, saldırgan davranışlar ve dürtüsellik olarak, kızlarda ise dikkatsizlik ve bilişsel sorunların önde geldiği bilinmektedir. Yapılan takip çalışmalarında çocukluk DEHB'sinin %50-70'inin erişkinliğe kadar sürdüğü tespit edilmiştir.

ABD'de yapılan epidemiyolojik bir çalışmada Erişkin DEHB sıklığı %4 olarak en yaygın psikiyatrik bozukluklardan biri olduğu tespit edilmiştir.

2.12. Etiyoloji

2.12.1. Nörolojik etkenler

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, araştırmacılar tarafından beyindeki bir gelişim bozukluğu veya yaralanma sonucu ortaya çıkmış olabileceğinin ihtimali üzerinde durulmuştur. Bunun sebebi, beyinlerinin frontal bölgelerinde hasar olan çocukların DEHB belirtilerine benzer davranışlar göstermeleridir. 1970'li yıllardan beri yapılan çalışmalarda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan çocukların %95'inden fazlasında herhangi bir beyin zedelenmesinin bulunmadığının gösterilmiş olması, beyin zedelenmesi sonucu oluşmadığını göstermiş ve bu çocukların beyinlerinde yapısal ya da işlevsel bozukluğun bulunup bulunmadığından şüphe edilmiştir.

DEHB tanısı alan ve almamış olan çocukların, ergenlerin ve erişkinlerin beyinleri Bilgisayarlı Tomografi (BT) ve Manyetik Rezonans (MR) görüntüleme yöntemleriyle incelendiğinde, DEHB tanısı olanlarda beyinlerinin frontal bölgesinde ve bu bölgeyle ilişkili yapılarda normalden farklı simetri ve büyüklük olduğu görülmüştür. Beynin ön bölgesine bilgi aktarımı sağlayan ‘corpus collosum’ adlı bölge ve beynin en ön bölümünün DEHB olan bireylerde normallerden %5 veya %10 oranında küçük olduğu bulunmuştur. Beyinde ‘arka dikkat merkezi’ (posterior parietal kortex) olarak adlandırılan bölge DEHB olan bireylerde DEHB olmayanlara göre daha az gelişmiştir. SPECT ve PET araştırmalarında, DEHB olan bireylerin beyinlerinin ön bölgelerinde glukoz kullanımı ve kan akışının DEHB olmayanlara göre daha düşük olduğu gösterilmiştir. Bu bulgu Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan bireylerin beyinlerinin; kendisini kontrol etmesi, dikkati sürdürmesi, isteklerini içerisinde bulunduğu durumlara göre düzenlemesi ve planlama yapmayı sağlayan bölgelerinin DEHB olmayanlara göre daha az işlev gösterdiğini göstermektedir.

2.12.2. Genetik Etkenler

Birinci ve ikinci dereceden akrabalarla yapılan aile araştırmaları sonucunda birinci dereceden akrabalarda DEHB riski %20–25 bulunurken, DEHB olmayanların akrabalarında bu risk %4–5 olarak bulunmuş ve DEHB çocukların ebeveynlerinde alkol bağımlılığı, antisosyal kişilik bozukluğu ve madde bağımlılığının daha fazla olduğu görülmüştür. Godman ve Stevenson 570 ikiz çocukla yaptıkları çalışmalarında monozigot ikizlerde %51, dizigotlarda %33 genetik geçiş tespit etmişlerdir. Barkley ve arkadaşları DEHB çocukların babalarında %11 oranında antisosyal kişilik bozukluğu olduğunu, kontrol grubundaki çocukların babalarında ise %1.6 olarak saptamışlardır. Bu bulgular DEHB’nin oluşmasında genetik geçişin etkisini desteklemektedir.

2.12.3. Nörotransmitterler

Deney hayvanları ile yapılan çalışmalarda, beyinlerinde dopamin ve noradrenalinin yoğun olarak bulunduğu bölgeler tahrip edildiğinde, DEHB belirtilerinin ortaya çıktığı gözlemlenmiştir. DEHB semptomları olan bireylerde dopamin/noradrenalin etkilerinin artırılması gerekliliği görülmüştür. Bu sistemleri destekleyen ilaçlar verildiği zaman dikkatsizlik sorunları tedavi edilebilmektedir. DEHB olan çocuklarda yapılan bir araştırmada, çocukların dopamin ve noradrenalin düzeylerinin düşük olduğu bulunmuştur.

2.12.4. Psikososyal ve Çevresel Etkenler

Psikososyal ve çevresel etkenler DEHB'nin gelişiminde bir etkenden daha çok ortaya çıkışını hızlandırıcı ve hazırlayıcı olarak rol oynamaktadır. Gebeliklerinde sigara ve alkol kullanan annelerin çocuklarında, sağlıklı bir gebelik geçirenlere göre DEHB riski daha fazladır. Erken doğum, doğum sırasındaki sorunlar, DEHB riskini arttırabilen etkenlerdir. Zorlayıcı yaşam olayları, ailevi problemler ve kaygı oluşturan etmenler DEHB'nin ortaya çıkmasında ve sürmesinde rol oynar.

2.13. DSM- IV -TR' ye Göre Dikkat Eksikliği/ Hiperaktivite Bozukluğu Ölçütleri

A. Aşağıdakilerden 1 veya 2 vardır:

1) “Aşağıdaki dikkatsizlik semptomlarından 6 ya da daha fazlası en az 6 ay süreyle, uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı derecede sürmüştür:

Dikkatsizlik

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

b) “Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı etkinliklerde dikkati dağılır.”

c) “Doğrudan kendisine konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi gözükür.”

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

e) “Çoğu zaman üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemekte zorluk çeker.”

f) “Çoğu zaman sürekli dikkat ve konsantrasyon gerektiren görevlerden kaçınır, bu tür işleri sevmez, ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir.”

g) “Çoğu zaman üzerine aldığı görevler ya da etkinlikler için gerekli olan (oyuncak, kalem, kitap, araç-gereçler) eşyalarını kaybeder.”

h) “Çoğu zaman dikkati başka uyaranlarla kolay bir şekilde dağılır.”

i) “Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unutkanlık görülür.”

2) “Aşağıdaki hiperaktivite- dürtüsellik semptomlarından altısı (ya da daha fazlası) en az 6 ay süreyle uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı derecede sürmüştür.”

Hiperaktivite

a) “Çoğu zaman elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.”

b) “Çoğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar.”

c) “Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşuşturup durur ya da tırmanır (ergenlerde ya da erişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir)”

d) “Çoğu zaman, kesin bir biçimde, boş zamanları geçirme etkinliklerine katılamaz ya da oyun oynama zorluğu vardır.”

e) “Çoğu zaman hareket halindedir ya da sanki bir motor takılıymış gibi davranır.”

f) “Çoğu zaman çok konuşur.”

Dürtüsellik

g) “Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan önce cevabını yapıştırır.”

h) “Çoğu zaman sırasını bekleme güçlüğü vardır.”

i) “Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarını arasına girer (örn. başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına burnunu sokar)”

B. Bozulmaya yol açmış olan hiperaktif-impulsif semptomlar ya da dikkatsizlik semptomları 7 yaşından önce de vardır.

C. İki ya da daha fazla ortamda semptomlardan kaynaklanan bir işlevsel bozulma vardır (örn. okulda (ya da işte) ve evde).

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

E. Bu semptomlar sadece bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Şizofreni ya da diğer bir Psikotik Bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka mental bozuklukla daha iyi açıklanmaz (örn. Duygu durum Bozukluğu, Anksiyete Bozukluğu, Disosiyatif Bozukluk ya da bir Kişilik Bozukluğu)

Alt Tipler

a) **Dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu, birleşik tip:** Son altı ay boyunca hem A1 hem A2 tanı ölçülerini karşılamışsa,

b) Dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu, dikkatsizliğin önde geldiği tip: Son altı ay boyunca A1 tanı ölçütleri karşılanmış ancak A2 tanı ölçütleri karşılanmamışsa,

c) Dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu, hiperaktivite-impulsivitenin önde geldiği tip: Son altı ay boyunca A2 tanı ölçütleri karşılanmış ancak A1 tanı ölçütleri karşılanmamışsa.

2.14. Tanı Ölçütleri

DEHB tanısını belirlemek için en yaygın olarak kullanılan DSM-IV TR ölçütleri vardır. DSM-IV, DEHB alan çalışmaları sadece çocuklar üzerinde yapmıştır. Erişkinlerde DEHB tanısı ilk olarak DSM-3'te dikkat eksikliği rezidüel tip başlığı altında belirtilmiştir. DSM-3-R'de dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olarak belirtilen ve DSM- IV'te yıkıcı davranım bozuklukları başlığı altına alınan DEHB, hala DSM-IV -TR'de, hem de ICD-10'da çocukluk dönemi psikiyatrik bozuklukları başlığı altında değerlendirilmektedir. DSM-IV-TR erişkin tanısına olanak tanımakta, fakat vakaların çoğunluğunda belirtilerin geç ergenlik ve genç erişkinlikte kaybolacağını belirtmektedir.

DEHB tanısını erişkinlerde koyabilmek için aşırı hareketlilik/dürtüsellik ,dikkatsizlik belirtilerinin, ya da her ikisinin birden görülmesi gereklidir. Belirtilerin yedi yaşından önce başlamış olması ve okul ya da iş yaşamı, aile ilişkileri, gibi en az iki farklı alanında sorun oluşması gerekmektedir. Klinik değerlendirme sonucunda Erişkin DEHB tanısı konabilir. Uygulanan ölçek sonuçları ve hasta yakınlarından alınan çocukluk öyküleri klinik tanıya destekleyici olarak kullanılır. Erişkinde DEHB tanısı koymak için destek olabilecek “Erişkin DEHB Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS), Conners Erişkin DEHB Tanısal Görüşme Formu, Barkley Şimdiki Semptomlar Kendi Bildirim Formu, Brown Dikkat Eksikliği Bozukluğu Derecelendirme Ölçeği ve Wender Utah Derecelendirme Ölçeği” gibi araçlar vardır. Bunlardan Dünya Sağlık Örgütü'nün Erişkin DEHB Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) ve ASRS'nin altı soruluk formu

epidemiyolojik araştırmalarda denenmiş olması ve DSM-IV'te olan 18 semptomu içeren sorular olması nedeniyle daha yararlı görülmektedir.

2.15. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun Gidişi

DEHB, uzun süren ve kronik gidişat gösteren bir bozukluktur. Bu tanıyı koyabilmek için belirtilerin 7 yaşından önce başlamış olması gereklidir. DEHB'nin bir çocuklukta olan bir bozukluk olduğu ve çocukluktan erişkinliğe geçişle ortadan kaybolduğu düşünülüyordu. Yapılan alışmalar DEHB'li kişilerin üçte ikisi ile yarısında bozukluğun erişkinlik döneminde de kalıcı olduğu ve erişkinlerde işlev kaybına neden olduğunu ortaya koymuştur.

DEHB tanısı alan çocukların %30 ila %80'i ergenlik döneminde de hiperaktivite belirtileri gösterir, %65'i erişkinlikte de sürer. Hastaların %60'ında dikkat eksikliği belirtileri gençlik ve erişkinlik dönemlerinde de devam eder. DEHB tanısı almış olan ocukların DEHB tanısı almayan çocuklara göre ergenlik döneminde madde deneme oranlarının daha yüksek olduğu bilinmektedir.

2.16. Komorbidite

Ulusal Komorbidite Araştırmasının bir bölümü olarak yapılan araştırma sonucunda, yaşları 18–44 arasında 3.199 erişkin incelendiğinde erişkin DEHB'nin sıklığı %4,4 olarak bulunmuş ve diğer psikiyatrik bozukluklarla güçlü bir ilişkisinin olduğu tespit edilmiştir (Kessler RC, Adier L, Barkiey R ve ark.2006). 2008 yılında yapılan bir diğer araştırma sonucunda, DEHB tanısı alanların DEHB tanısı almayanlara göre daha fazla psikiyatrik bozukluk gösterdikleri, daha fazla suisid teşebbüsünde bulundukları ve yatarak tedavi gördükleri ortaya çıkarılmıştır (Albert J. Arias, Joel Gelernter, Grace Chan, Roger D. Weiss, Kathleen T. Brady, Lindsay Farrer, Henry R. Kranzler). DEHB tanısı alan erişkinlerin %65-89'unun aldığı eş tanılar; Anksiyete Bozuklukları (Panik bozukluk, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Tik Bozukluk), Duygudurum Bozuklukları (Depresyon, Distimi, Bipolar) ve Alkol-madde kullanım bozuklukları (Kessler 2004;Biederman ve ark. 1993; Kooij ve ark. 2004; Spencer ve ark. 2005).

Ek olarak kişilik bozuklukları özellikle antisosyal kişilik bozukluğu yaygın olarak görülmektedir (Manuzza ve ark. 1993; Vermeiren ve ark. 2000; Rösler ve ark. 2004). Bipolar duygu durum bozukluğu tanısı alan 1000 kişi ile yapılan bir çalışmada, DEHB'nin yaygınlığı %9,5 olarak bulunmuş olup erkeklerde %14,7 iken kadınlarda %5,7 oranının olduğu tespit edilmiştir (Sachs ve Thase 2000). Diğer psikiyatrik bozuklukların eşlik etmesi bazen DEHB belirtilerinin saklı kalmasına veya ilaçlarla bir bozukluğu tedavi ederken diğerinde bozulmalar olmasına neden olmaktadır..

2.17. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Alkol/Madde Kullanım Bozuklukları

Erişkin DEHB tanısı alkol- madde kullanım bozuklukları riskini iki kat daha fazla artırmaktadır (Biederman, 1995). DEHB'de alkol-madde bağımlılığı eştanısı %40-50 iken alkol-madde bağımlılarında DEHB eş tanısı %15-25'tir. DEHB'de erken yaşta kullanıma başlama, kötüye kullanım ve bağımlılık arasındaki geçiş süresinin daha kısa olması söz konusudur.

Yenilik arayışı, dürtüsellik gibi DEHB belirtilerinin de madde kullanım riskini arttırdığı görülmüştür. Madde kullanımına başlamanın olumsuz sonuçlarını düşünmeksizin yeni bir maddeyi denemelerini sağlayabilir. DEHB'nin kronik semptomlarından dolayı akademik, mesleki ya da kişilerarası ilişkilerde zorluk yaşarlar ve bunlar benlik saygısında düşme ve depresyona neden olabilir, kişinin baş etme mekanizmalarını zayıflatarak, maddeyi kullanmasıyla neticelenebilir.

3- GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Ailede Alkol ve/veya Madde Kullanımı ile ilişkisinin detaylı bir şekilde araştırılması amacıyla tanımlayıcı desende hazırlanmıştır.

3.2. Kullanılan Gereçler

Yapılan çalışmada anket veri toplama tekniği kullanılmış ve hazırlanan ankette aşağıda yer alan gereçler bulunmaktadır.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu: Araştırmanın kısa bir şekilde açıklandığı, araştırmaya katılacak gönüllülerin sorumlulukları, çalışma dışında bırakılma nedenleri, araştırma sonucunda elde edilen verilerin ne amaçla kimin tarafından kullanılacağı ve bilgilerin gizliliği konularının yer aldığı bir formdur. Çalışmaya katılmak için gönüllü olanlardan bu formu, dikkatlice okumaları ve gönüllü olarak çalışmaya katılmaya karar vermeleri halinde, formu imzalamaları istenmektedir.

Sosyodemografik Bilgi Formu: Araştırmada katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, ailede suç öyküsü, ailede psikiyatrik bozukluk ve alkol-madde kullanım öyküsünün olup olmadığını tespit edebilmek için araştırmacı tarafından hazırlanmış 17 maddeden oluşan formdur.

Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği

(ASRS): Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeğidir ve epidemiyolojik araştırmalarla denenmiş olması ve DSM-IV'te belirtilen 18 semptomu içermesi nedeniyle işlevsel olduğu düşünülmektedir. Ölçek “dikkat eksikliği” ve “hiperaktivite/dürtüsellik” olarak her biri 9 sorudan oluşan iki alt ölçekten oluşur. Sorular her bir semptomun son 6 ay içinde hangi sıklıkta görüldüğünü belirlemeye yöneliktir. *Asla* yanıtı için 0, *nadiren* yanıtı için 1, *bazen* yanıtı için 2, *sık* yanıtı için 3, *çok sık* yanıtı için 4 olmak üzere puanlanmaktadır. Altı soru A bölümünde, diğer 12 soru B bölümünü oluşturmaktadır (Kessler ve ark 2005).

Stroop Testi TBAG Formu: Stroop Testi John Ridley Stroop tarafından geliştirilmiş (1935), frontal bölge faaliyetini yansıtan nöropsikolojik bir testtir. Ülkemizde testin geçerlik güvenirlik çalışmaları Prof. Sirel Karakaş ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Stroop Testi algısal kurulumu, değişen talepler doğrultusunda ve bir “ bozucu etki” altında değiştirebilme becerisini, alışılmış bir davranış örüntüsünü bastırabilme ve olağan olmayan bir davranışı yapabilme yeteneğini ortaya koyar (Spree ve Strauss 1991). Belirli bir sırada sunulan 4 kartın oluşturduğu 5 alt test bulunmaktadır. Her kartın üzerinde seçkisiz olarak 4'er maddeden oluşan 6 satır bulunmaktadır ve bu kartlar testin ‘uyarıcı’ maddelerini içermektedir.

Tablo 1. Stroop Testi TBAG Formu

Stroop Testi			
Bölümler	Uyarıcılar	Uyarıcı Kartın Kapsamı	Görev
1. Bölüm	1. Kart	Siyah Basılmış renk isimleri	Renk isimlerini okuma
2. Bölüm	2. Kart	Farklı renkte basılmış renk isimleri	Renk isimlerini okuma
3. Bölüm	3. Kart	Renkli basılmış daireler	Rengi söyleme
4. Bölüm	4. Kart	Renkli basılmış nötr kelimeler	Rengi söyleme
5. Bölüm	5. Kart	Farklı renkte basılmış renk isimleri	Rengi söyleme

Bağımlılık Profil İndeksi: Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ), Kültegin Ögel, Cüneyt Evren, Figen Karadağ ve Defne Tamar Gürol tarafından bağımlılığın boyutlarını değerlendirmek ve şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. 37 soru ve 5 alt ölçekten oluşur.

Alt ölçekler;

1. “Madde kullanım özellikleri”
2. “Bağımlılık tanı ölçütleri”
3. “Madde kullanımının kişinin yaşamına etkisi”
4. “Şiddetli madde kullanma isteği”
5. “Maddeyi kullanımını bırakma motivasyonu”

Her alt ölçek kendi içinde puanlandırılır. Her alt ölçeğin puanı eşit ağırlıkta BAPİ toplam puanını belirler. BAPİ yetişkinlerde kullanılır.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Ege Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda Mayıs 2014 ile Nisan 2016 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni

Araştırma Ege Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda yatarak ve ayaktan alkol bağımlılığı tedavisi gören hastalarla yapılmıştır.

3.5. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini, alkol bağımlılığı tanısı almış 50 yetişkin ve alkol bağımlısı olmayan ve kullandığı alkol miktarı açısından herhangi bir alkol kötüye kullanımı ya da bağımlılık tanısını düşündürmeyen 50 yetişkin olmak üzere toplam 100 kişiden oluşmuştur.

3.6. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımsız değişkeni alkol bağımlısı olup olmamak, ailede alkol ve madde kullanımı ve araştırmacı tarafından seçilen demografik bilgiler, bağımlı değişkeni ise dikkat işlevleri, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileridir.

3.7. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi

Mayıs 2014 ile Nisan 2016 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda alkol bağımlılığı tanısı almış 50 hastaya araştırmacı tarafından, bilgilendirilmiş onam formunu dikkatlice okumaları istenmiş ardından sosyodemografik

bilgi formunu doldurmaları ve Erişkin DEHB kendi bildirim ölçeğini doldurmaları istenmiştir.

Bağımlılık şiddetini ölçen ‘Bağımlılık profil indeksi’ testi verilmiş ve son olarak dikkati ölçen ‘Stroop Testi’ uygulanmıştır. Bu işlemler DSM-IV’ e göre alkol bağımlılığı tanısı almış katılımcılara ve bu tanıyı almamış kontrol grubundaki katılımcılara uygulanmıştır.

3.8. Verilerin Analizi

Verilerin analizinde SPSS.2 paket programı kullanılmıştır. Demografik verilerin sayı ve yüzde dağılımı için frekans tabloları, bağımlı değişkenlerin betimsel istatistikleri için descriptive tablosu, bağımlı değişkenler arası ilişkinin incelenmesi Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi, bağımlı değişkenler açısından bağımsız değişkenlerin iki kategorisi arasındaki farkın incelenmesi için bağımsız örneklem t testi, bağımlı değişkenler açısından bağımsız değişkenlerin ikiden fazla kategorisi arasındaki farkın incelenmesi için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve son olarak bağımlı değişkenlerin yordayıcılarını bulmak için basit doğrusal regresyon analizi yapılmıştır.

3.9. Süre ve Olanaklar

Bu araştırma iki senede tamamlanmıştır. Verilerin toplanması her katılımcı için yaklaşık 60 dakika sürmüştür. Verilerin toplanması aşamasında hiçbir maddi destek alınmamıştır.

3.10. Etik Açıklamalar

Araştırma gönüllülük esasına dayalıdır. Kişilere Bilgilendirilmiş Onam Formu imzalatılmış ve katılımları konusunda hiçbir baskı yapılmamıştır.

4- BULGULAR

Elde edilen bulgular bilgisayar ortamında aktarıldıktan sonra Spss.21 paket programı aracılığıyla analiz edilmiş ve $p=0,05$ anlamlılık derecesinde değerlendirilmiştir

Tablo 2. Araştırmaya Alınan Katılımcıların Demografik Bilgileri

Değişkenler		Alkol Bağımlısı Grup		Kontrol Grubu	
Yaş		34,96±6,02		35,52±7,35	
		n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	14	28,0	23	46,0
	Erkek	36	72,0	27	54,0
Medeni Durum	Evli	6	12,0	21	42,0
	Bekar	31	62,0	27	54,0
	Boşanmış-Ayrı	13	26,0	2	4,0
Eğitim Durumu	İlkokul-Ortaokul	15	30,0	4	8,0
	Lise	23	46,0	16	32,0
	Üniversite ve üzeri	12	24,0	30	60,0

Yapılan çalışmaya 50 kişi (%50) alkol bağımlısı ve 50 kişi (%50) alkol bağımlısı olmayan katılımcı olmak üzere toplam 100 kişi katılmıştır. Demografik verilerin

dağılımı incelendiğinde alkol bağımlısı grup için yaş $34.96 \pm 6,02$ ve kontrol grubu için $35,52 \pm 7,35$ olarak bulunmuştur.

Alkol bağımlısı gruptaki 50 kişiden 14'ü kadın (%28) ve 36'sı (%72) erkek; kontrol grubundaki 50 kişiden 23'ü kadın (%46,0) ve 27'si (%54) erkektir. Medeni durum değişkeni için alkol bağımlısı grupta 6 (%12,0) evli, 31 (%62) bekar ve 13 (%26) boşanmış-ayrı katılımcı varken kontrol grubunda 21 (%42) evli, 27 (%5) bekar ve 2 (%4) boşanmış-ayrı katılımcı bulunmaktadır.

Alkol bağımlısı olan katılımcılardan 15'i (%30) ilkokul-ortaokul, 23'ü (%46) lise ve 12'si (%24) üniversite ve üzeri eğitim seviyesi mezunudur. Kontrol grubundaki katılımcılardan 4'ü (%8) ilkokul-ortaokul, 16'sı (%32) lise ve 30'u (%60) üniversite ve üzeri eğitim seviyesi mezunudur.

Tablo 3. Araştırmaya Yer Alan Katılımcıların Aile Özellikleri

Değişkenler		Alkol Bağımlısı Grup		Kontrol Grubu	
		n	%	n	%
Kimlerle yaşıyor	Yalnız	22	44,0	10	20,0
	Eşi ve çocukları ile	6	12,0	21	42,0
	Aile ile	22	44,0	19	38,0
Baba Eğitimi	Okur-yazar	6	12,0	1	2,0
	İlkokul	27	54,0	25	50,0
	Lise	7	14,0	12	24,0
	Üniversite ve üzeri	10	20,0	12	24,0
Anne Eğitimi	Okur-yazar	10	20,0	1	2,0
	İlkokul	25	50,0	28	56,0
	Lise	10	20,0	13	26,0
	Üniversite ve üzeri	5	10,0	8	16,0
Ailede alkol kullanımı	Var	28	56,0	24	48,0
	Yok	22	44,0	26	52,0

Alkol bağımlısı gruptan 22 kişi (%44) yalnız, 6 kişi (%12) eşi ve çocukları ile ve 22 kişi (%44) ailesi ile yaşamakta; kontrol grubundan 10 kişi (%20) yalnız, 21 kişi (%42) eşi ve çocukları ile ve 19 kişi (%38) ailesi ile yaşamaktadır.

Anne eğitim durumu değişkeni için alkol bağımlısı grubunda 10 kişinin (%20) annesi okur-yazar, 25 kişinin (%50) ilkokul, 10 kişinin (%20) lise ve 5 kişinin (%10) üniversite ve üzeri eğitim seviyesindedir. Kontrol grubunda 1 kişinin (%2) annesi okur-yazar, 28 kişinin (%56) ilkokul, 13 kişinin (%26) lise ve 8 kişinin (%16) üniversite ve üzeri eğitim seviyesindedir.

Anne eğitim durumu değişkeni için alkol bağımlısı grubunda 10 kişinin (%20) annesi okur-yazar, 25 kişinin (%50) ilkokul, 10 kişinin (%20) lise ve 5 kişinin (%10) üniversite ve üzeri eğitim seviyesindedir. Kontrol grubunda 1 kişinin (%2) annesi okur-yazar, 28 kişinin (%56) ilkokul, 13 kişinin (%26) lise ve 8 kişinin (%16) üniversite ve üzeri eğitim seviyesindedir.

Baba eğitim durumu değişkeni için alkol bağımlısı grubunda 6 kişinin (%12) babası okur-yazar, 27 kişinin (%54) ilkokul, 7 kişinin (%14) lise ve 10 kişinin (%20) üniversite ve üzeri eğitim seviyesindedir. Kontrol grubunda 1 kişinin (%2) babası okur-yazar, 25 kişinin (%50) ilkokul, 12 kişinin (%24) lise ve 12 kişinin (%24) üniversite ve üzeri eğitim seviyesindedir.

Alkol bağımlısı olan gruptaki 28 kişinin (%56) ailesinde alkol kullanımı varken 22 kişinin (%44) ailesinde alkol kullanımı yoktur. Kontrol grubundaki 24 kişinin (%48) ailesinde alkol kullanımı varken 26 kişinin (%52) ailesinde alkol kullanımı yoktur.

Tablo 4. Alkol Bağımlısı Grubun Kullandıkları Maddeler Ve Kullanım Sıklığı

	Hiç	Sadece 1-2 kez	Ayda 1-3 kere	Haftada 1-5 kez	Hemen hemen her gün
Alkol	0	0	0	16 (%32)	34 (%68)
Esrar	3 (%6)	18 (%36)	18 (%36)	4 (%8)	7 (%14)
Ekstazi	30 (%60)	19 (%38)	1 (%2)	0	0
Eroin	27 (%54)	21 (%42)	2 (%4)	0	0
Kokain	32 (%64)	15 (%30)	2 (%4)	1	0
Taş	37 (%74)	12 (%24)	1 (%2)	0	0
Rohipnol, rivotril (roş) gibi haplar	47 (%94)	3 (%6)	0	0	0
Uçucu maddeler	47 (%94)	3 (%6)	0	0	0
Çeşitli haplar	49 (%98)	1 (%2)	0	0	0
Amfetamin türevleri	49 (%98)	1 (%2)	0	0	0
Diğer (LSD,GHB)	49 (%98)	0	0	1 (%2)	0

Alkol bağımlısı olanların kullandıkları maddeler ve kullanım sıklıkları tabloda verilmiştir.

Tablo 5. Alkol Bağımlısı Olmayanların Kullandıkları Maddeler Ve Kullanım Sıklığı

	Hiç	Sadece 1-2 kez	Ayda 1-3 kere	Haftada 1-5 kez	Hemen hemen her gün
Alkol	1 (%2)	17 (%34)	37 (%74)	1 (%2)	0
Esrar	42 (%84)	8 (%)	0	0	0
Ekstazi	0	0	0	0	0
Eroin	0	0	0	0	0
Kokain	0	0	0	0	0
Taş	0	0	0	0	0
Rohipnol, rivotril (roş) gibi haplar	0	0	0	0	0
Uçucu maddeler	0	0	0	0	0
Çeşitli haplar	0	0	0	0	0
Amfetamin türevleri	0	0	0	0	0
Diğer (LSD,GHB)	0	0	0	0	0

Alkol bağımlısı olmayanların kullandıkları maddeler ve kullanım sıklıkları tabloda verilmiştir.

Tablo 6. Araştırma Grupları için BAPİ Toplam Puanı Betimleyici İstatistiksel Tablosu

Gruplar	n	Min.	Max.	$\bar{x}$	ss
Alkol bağımlısı grup	50	9,86	20,46	16,43	2,61
Kontrol grubu	50	0,00	2,00	0,18	0,38

Yapılan çalışmada 50 kişilik alkol bağımlısı grup için BAPİ toplam puanı 9,86-20,46 puan aralığında ($\bar{x}$ =16,43±2,61 puan) 50 kişilik kontrol grubu için 0-2 puan aralığında ($\bar{x}$ =0,18±0,38 puan) bulunmuştur.

Tablo 7. Stroop Testi TBAG Formu Sonuçları

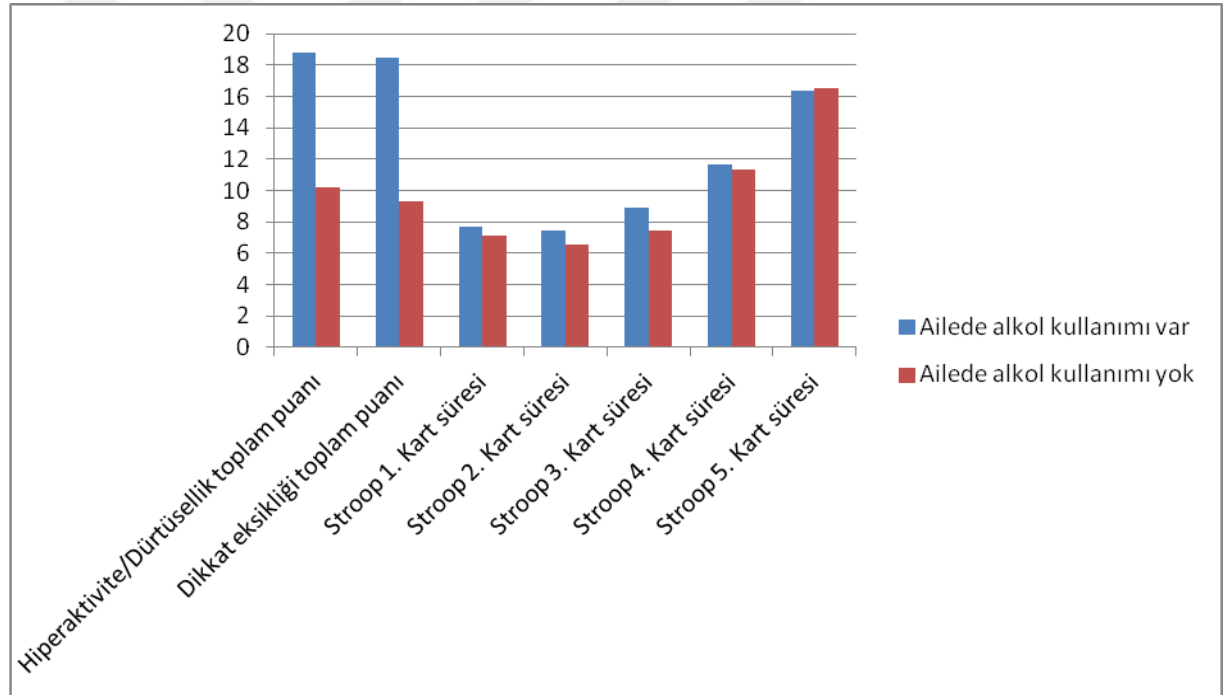
Bağımlı değişken	Gruplar	n	$\bar{x}$	ss	t	p
Stroop 1. Bölüm süresi (siyah basılmış renk ismi okuma)	Alkol bağımlısı grup	50	7,69	0,80	2,473	0,015*
	Kontrol grubu	50	7,11	0,87		
Stroop 2. Bölüm süresi (renkli basılmış renk ismi okuma)	Alkol bağımlısı grup	50	7,44	0,86	6,399	p<0,001
	Kontrol grubu	50	6,53	0,53		
Stroop 3. Bölüm süresi (şekil rengi söyleme)	Alkol bağımlısı grup	50	8,87	1,02	6,494	p<0,001
	Kontrol grubu	50	7,47	1,13		
Stroop 4. Bölüm süresi (renk ismi olmayan kelime rengi söyleme)	Alkol bağımlısı grup	50	11,63	0,90	1,632	0,106
	Kontrol grubu	50	11,34	0,88		
Stroop 5. Bölüm süresi (renk ismi olan kelime rengi söyleme)	Alkol bağımlısı grup	50	16,40	1,22	-0,408	0,684
	Kontrol grubu	50	16,50	1,34		

*p<0,05

Alkol bağımlısı olanlar ile olmayanların Stroop Testi 1. Bölüm süre ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır: $t(98) = 2,473$; $p < 0,05$. Bağımlı olanların Stroop Testi 1. Bölüm süre ortalaması en yüksektir.

Alkol bağımlısı olanlar ile olmayanların Stroop Testi 2. Bölüm süre ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır: $t(98) = 6,399$; $p < 0,001$. Bağımlı olanların Stroop Testi 2. Bölüm süre ortalaması en yüksektir.

Alkol bağımlısı olanlar ile olmayanların Stroop Testi 3. Bölüm süre ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır: $t(98) = 6,494$; $p < 0,001$. Bağımlı olanların Stroop Testi 3. Bölüm süre ortalaması en yüksektir.



Grafik 1. Gruplar Açısından Katılımcıların Stroop Testi TBAG Formu Sonuçları ve Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği Sonuçları Sütun Grafiği

Alkol bağımlısı olanlar ve olmayan arasındaki farklar Grafik 1’de verilmiştir.

Tablo 8. BAPİ Bağımlılık Şiddeti Toplam Puanı ve DSM-V Kriterleri Arası Korelasyon Analizi

n=100	DSM-V Kriterleri
BAFİ Bağımlılık Şiddeti	0,965

BAPİ bağımlılık şiddeti toplam puanı ile DSM-V kriterleri arasında $r=0,965$ 'lik yüksek şiddette ve pozitif bir korelasyon bulunmuştur ($p<0,05$). Bu sonuca göre bireylerin BAPİ bağımlılık şiddeti arttıkça DSM-V kriterleri de artacak ya da BAPİ bağımlılık şiddeti azaldıkça DSM-V kriterleri de azalacaktır.

Tablo 9. BAPİ Bağımlılık Şiddeti Toplam Puanı ve Stroop Testi Arası Korelasyon Analizi

n=100	Stroop testi 1. Kart süre	Stroop testi 2. kart süresi	Stroop testi 3. kart süresi	Stroop testi 4. Kart süresi	Stroop testi 5. kart süresi
BAPİ Bağımlılık Şiddeti	0,012	0,059	0,189	0,120	0,074

BAPİ bağımlılık şiddeti toplam puanı ile Stroop Testi arasında korelasyon bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 10. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği Sonuçları

Bağımlı değişken	Gruplar	n	$\bar{x}$	ss	t	p
Hiperaktivite/ Dürtüsellik toplam puanı	Alkol bağımlısı grup	50	18,82	6,51	8,229	$p<0,001$
	Kontrol grubu	50	10,18	3,57		
Dikkat eksikliği toplam puanı	Alkol bağımlısı grup	50	18,46	6,26	8,720	$p<0,001$
	Kontrol grubu	50	9,34	3,94		

Alkol bağımlısı olanlar ile olmayanların hiperaktivite/dürtüsellik toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır: $t(98) = 8,229$; $p < 0,001$. Alkol bağımlısı olanların hiperaktivite/dürtüsellik toplam puan ortalaması en yüksektir.

Alkol bağımlısı olanlar ile olmayanların dikkat eksikliği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır: $t(98) = 8,720$; $p < 0,001$. Alkol bağımlısı olanların dikkat eksikliği toplam puan ortalaması en yüksektir.

Tablo 11. Alkol Bağımlısı Grup ve Kontrol Grubu ile Ailede Alkol Kullanımı Değişkeni Kategorileri Arası Farkın İncelenmesi

	Ailede Alkol Kullanımı		Toplam
	Var	Yok	
Alkol bağımlısı grup	28	22	50
	%26	%24	%100
Kontrol grubu	24	26	50
	%26	%24	%100

Ailede alkol kullanımı değişkeni ve Alkol Bağımlısı Grup ve Kontrol Grubu kategorileri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır: $\chi^2(1) = 0,641$; $p > 0,05$. Alkol Bağımlısı Gruptaki katılımcıların 28'inde ailede alkol kullanımı varken 22 kişide yoktur. Kontrol grubundaki 24 kişinin ailesinde alkol kullanımı varken 26 kişinin ailesinde yoktur.

Tablo 12. Alkol Bağımlısı Grup İçin Hiperaktivite/Dürtüsellik Düzeyleri İle Ailede Madde Kullanımı Kategorileri Arası Farkın İncelenmesi

	Ailede madde kullanımı		Toplam
	Var	Yok	
Yüksek hiperaktivite/dürtüsellik özellikleri	1	13	14
	%7,1	%92,9	%100,0
Düşük hiperaktivite/dürtüsellik özellikleri	1	35	36
	%2,8	%97,2	%100,0

Alkol bağımlısı olan katılımcılarda ailede madde kullanımı değişkeni ve hiperaktivite/ dürtüsellik düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır: $\chi^2(1)= 0,500$; $p>0,05$. Ailesinde madde kullanımı olmayanların 13'ünde yüksek hiperaktivite/dürtüsellik özellikleri görülürken 35'inde düşük hiperaktivite/dürtüsellik özellikleri görülmektedir.

Tablo 13. Alkol Bağımlısı Grup İçin Hiperaktivite/Dürtüsellik Düzeyleri İle Ailede Alkol Kullanımı Kategorileri Arası Farkın İncelenmesi

	Ailede Alkol Kullanımı		Toplam
	Var	Yok	
Yüksek dikkat eksikliği özellikleri	9	5	14
	%64,3	%35,7	%100,0
Düşük dikkat eksikliği özellikleri	19	17	36
	%52,8	%47,2	%100,0

Alkol bağımlısı grupta olan katılımcılarda ailede alkol kullanımı değişkeni ve hiperaktivite/ dürtüsellik düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır: $\chi^2(1)= 0,542$; $p>0,05$. Yüksek dikkat eksikliği özellikleri olan bağımlı kişilerden 9 kişinin ailesinde alkol kullanımı varken 5 kişinin yoktur. Düşük dikkat

eksikliği özellikleri olan bağımlı kişilerden 19 kişinin ailesinde alkol kullanımı varken 17 kişinin yoktur.

Tablo 14. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği ve Stroop Testi TBAG Formu Arası Korelasyon Analizi

n=100	Stroop testi 1. Bölüm	Stroop testi 2. Bölüm	Stroop testi 3. Bölüm	Stroop testi 4. Bölüm	Stroop testi 5. Bölüm
Hiperaktivite/ dürtüsellik toplam puanı	0,120	0,419**	0,471**	0,223*	-0,007
Dikkat eksikliği toplam puanı	0,149	0,374**	0,411**	0,142	0,035

*p<0,05; **p<0,001

Yapılan korelasyon analizi sonucunda hiperaktivite/dürtüsellik toplam puanı ile Stroop Testi 1. Bölüm süresi arasında $r=0,419$ değerinde anlamlı, pozitif ve orta şiddette bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişkiye göre kişinin Stroop Testi 1. Bölüm süresi arttıkça hiperaktivite/dürtüsellik toplam puanı da artacak Stroop Testi 1. Bölüm süresi azaldıkça hiperaktivite/dürtüsellik toplam puanı da azalacaktır.

Yapılan korelasyon analizi sonucunda hiperaktivite/dürtüsellik toplam puanı ile Stroop Testi 2. Bölüm süresi arasında $r=0,471$ değerinde anlamlı, pozitif ve orta şiddette bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişkiye göre kişinin Stroop Testi 2. Bölüm süresi arttıkça hiperaktivite/dürtüsellik toplam puanı da artacak Stroop Testi 2. Bölüm süresi azaldıkça hiperaktivite/dürtüsellik toplam puanı da azalacaktır.

Yapılan korelasyon analizi sonucunda hiperaktivite/dürtüsellik toplam puanı ile Stroop Testi 3. Bölüm süresi arasında $r=0,223$ değerinde anlamlı, pozitif ve hafif şiddette bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişkiye göre kişinin Stroop Testi 3. Bölüm süresi arttıkça hiperaktivite/dürtüsellik toplam puanı da artacak Stroop Testi 3. Bölüm süresi azaldıkça hiperaktivite/dürtüsellik toplam puanı da azalacaktır.

Yapılan korelasyon analizi sonucunda dikkat eksikliği toplam puanı ile Stroop Testi 1. Bölüm süresi arasında $r=0,374$ değerinde anlamlı, pozitif ve orta şiddette bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişkiye göre kişinin Stroop Testi 1. Bölüm süresi arttıkça dikkat eksikliği toplam puanı da artacak Stroop Testi 1. Bölüm süresi azaldıkça dikkat eksikliği toplam puanı da azalacaktır.

Yapılan korelasyon analizi sonucunda dikkat eksikliği toplam puanı ile Stroop Testi 2. Bölüm süresi arasında $r=0,411$ değerinde anlamlı, pozitif ve orta şiddette bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişkiye göre kişinin Stroop Testi 2. Bölüm süresi arttıkça dikkat eksikliği toplam puanı da artacak Stroop Testi 2. Bölüm süresi azaldıkça dikkat eksikliği toplam puanı da azalacaktır.

Tablo 15. Cinsiyete Göre Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği Puanları Arası Farkın İncelenmesi

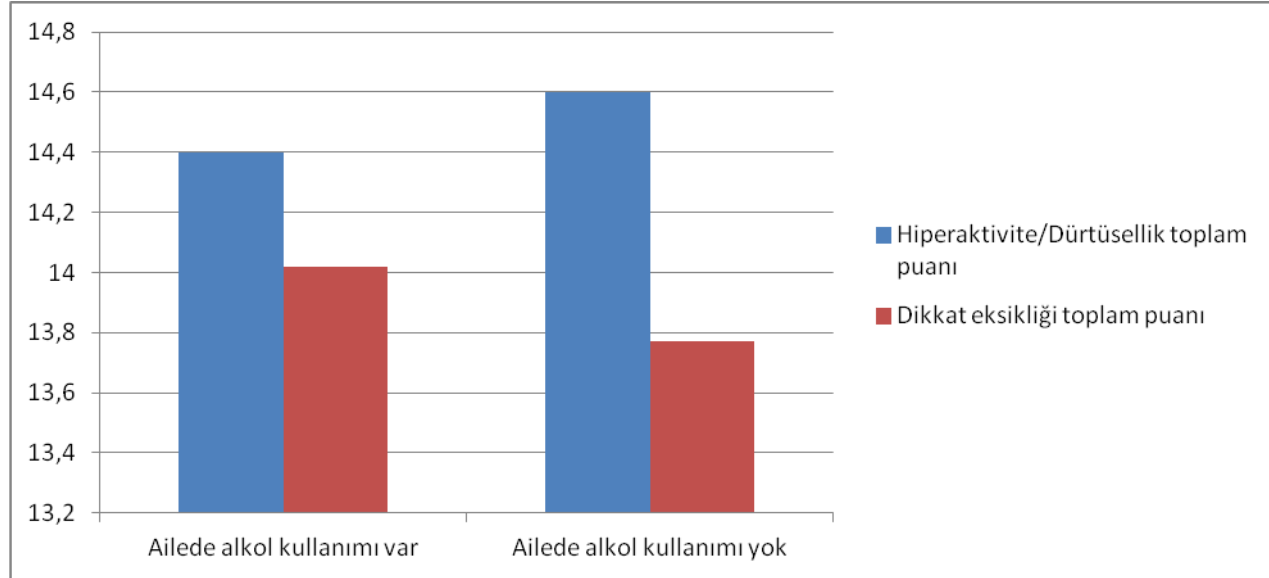
Bağımlı değişken	Cinsiyet	n	$\bar{x}$	ss	t	p
Hiperaktivite/ Dürtüsellik toplam puanı	Kadın	37	12,89	7,05	-1,836	0,069
	Erkek	63	15,44	6,51		
Dikkat eksikliği toplam puanı	Kadın	37	12,46	6,64	-1,605	0,112
	Erkek	63	14,75	7,01		

Yapılan bağımsız örneklem t testi sonucunda kadın ve erkeklerin Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği alt boyutları toplam puanları anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 16. Ailede Alkol Kullanımı Durumuna Göre Erişkinler için Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Ölçeği Puanları Arası Farkın İncelenmesi

Bağımlı değişken	Ailede alkol kullanımı	n	$\bar{x}$	ss	t	p
Hiperaktivite/Dürtüsellik toplam puanı	Var	52	14,40	7,21	-0,147	0,884
	Yok	48	14,60	6,39		
Dikkat eksikliği toplam puanı	Var	52	14,02	6,93	0,178	0,859
	Yok	48	13,77	7,01		

Ailesinde alkol kullanımı olan ve olmayanların Erişkinler İçin Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).



Grafik 2. Ailede Alkol Kullanımı Olup Olmaması Durumuna Göre Katılımcıların Erişkinler için Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Ölçeği Puanları Sütun Grafiği

Ailesinde alkol bağımlılığı olanlar ve olmayanların arasındaki farklar Grafik 2’de verilmiştir.

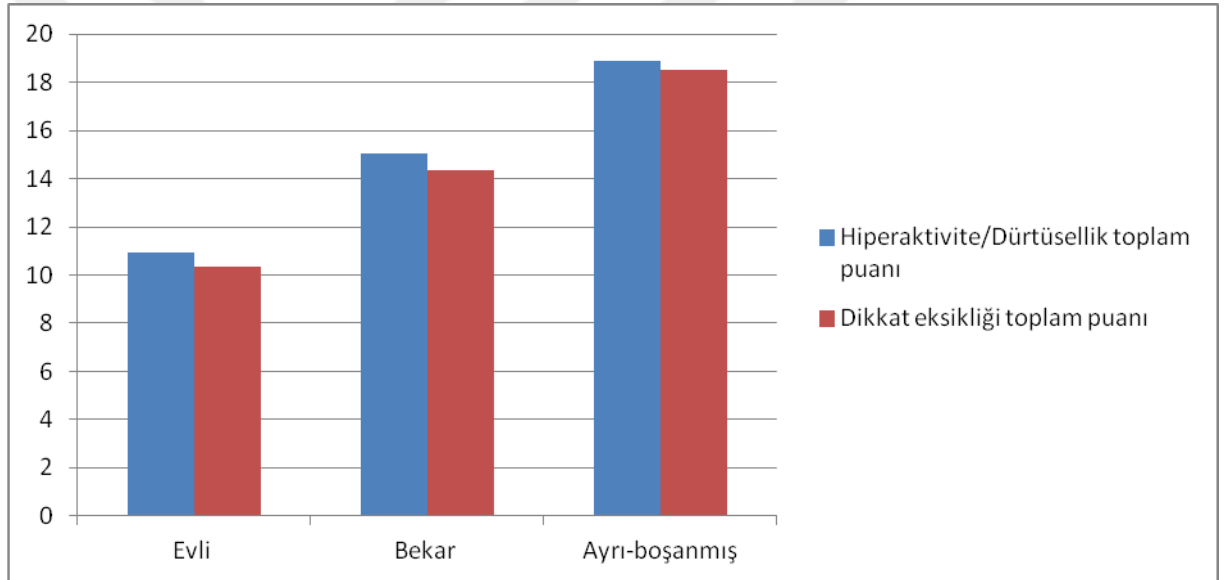
Tablo 17. Katılımcıların Medeni Durumuna Göre Erişkinler için Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Ölçeği Puanları Arası Farkın İncelenmesi

Bağımlı değişken	Medeni durum	n	$\bar{x}$	ss	F	p
Hiperaktivite/ Dürtüsellik toplam puanı	Evli	27	10,93	5,31	8,012	0,001*
	Bekar	58	15,03	6,56		
	Ayrı yaşıyor- boşanmış	15	18,87	7,25		
Dikkat eksikliği toplam puanı	Evli	27	10,37	5,65	7,945	0,001*
	Bekar	58	14,34	6,67		
	Ayrı yaşıyor- boşanmış	15	18,53	7,19		

*p<0,05

Katılımcıların medeni durumları için hiperaktivite/dürtüsellik toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır: $F(2,97) = 8,012$; $p < 0,05$. Farklılığın hangi kategoriden kaynaklandığını belirlemek için yapılan Tukey’s-B (Post Hoc) çoklu karşılaştırma sonucuna göre evlilerin puanı diğer iki kategori ile farklılık göstermektedir. Ayrı yaşayan ve boşanmışların hiperaktivite/dürtüsellik toplam puan ortalaması en yüksekken evlilerin hiperaktivite/dürtüsellik toplam puan ortalaması en düşüktür. Yüksek puanın yüksek hiperaktivite/dürtüsellik özelliklerini gösterdiği esas alınırsa ayrı yaşayan ve boşanmış kişilerde hiperaktivite/dürtüsellik en yüksek evlilerde ise en düşüktür.

Katılımcıların medeni durumları için dikkat eksikliği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır: $F(2,97) = 7,945$; $p < 0,05$. Farklılığın hangi kategoriden kaynaklandığını belirlemek için yapılan Tukey's-B (Post Hoc) çoklu karşılaştırma sonucuna göre ayrı yaşayan ve boşanmışların puanı diğer iki kategori ile farklılık göstermektedir. Ayrı yaşayan ve boşanmışların dikkat eksikliği toplam puan ortalaması en yüksekken evlilerin dikkat eksikliği toplam puan ortalaması en düşüktür. Yüksek puanın yüksek dikkat eksikliği özelliklerini gösterdiği esas alınırsa ayrı yaşayan ve boşanmış kişilerde dikkat eksikliği en yüksek evlilerde ise en düşüktür.



Grafik 3. Medeni Duruma Göre Katılımcıların Erişkinler için Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Ölçeği Puanları Sütun Grafiği

Evli, bekar ve ayrı-boşanmışlar arasındaki farklar Grafik 3’de verilmiştir.

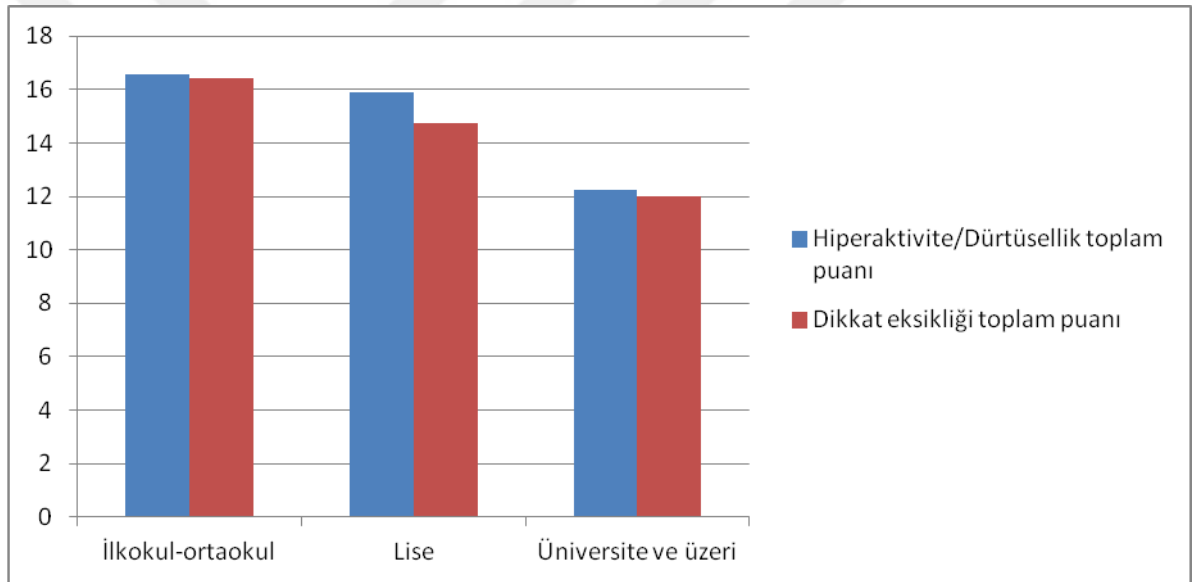
Tablo 18. Katılımcıların Eğitim Durumuna Erişkinler için Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Ölçeği Puanları Arası Farkın İncelenmesi

Bağımlı değişken	Eğitim durumu	n	$\bar{x}$	ss	F	p
Hiperaktivite/ Dürtüsellik toplam puanı	İlkokul- ortaokul	19	16,58	6,03	4,259	0,017*
	Lise	39	15,90	7,05		
	Üniversite ve üzeri	42	12,26	6,35		
Dikkat eksikliği toplam puanı	İlkokul- ortaokul	19	16,42	6,34	3,309	0,041*
	Lise	39	14,74	7,51		
	Üniversite ve üzeri	42	11,98	6,23		

*p<0,05

Katılımcıların eğitim durumları için hiperaktivite/dürtüsellik toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır: $F(2,97) = 4,259$; $p < 0,05$. Farklılığın hangi kategoriden kaynaklandığını belirlemek için yapılan Tukey's-B (Post Hoc) çoklu karşılaştırma sonucuna bütün kategoriler kendi aralarında farklılık göstermektedir. İlkokul-ortaokul mezunu olanların hiperaktivite/dürtüsellik toplam puan ortalaması en yüksekken üniversite ve üzeri eğitim seviyesindekilerin hiperaktivite/dürtüsellik toplam puan ortalaması en düşüktür. Yüksek puanın yüksek hiperaktivite/dürtüsellik özelliklerini gösterdiği esas alınırsa ilkokul-ortaokul mezunu kişilerde hiperaktivite/dürtüsellik en yüksek üniversite üzeri eğitim seviyesindeki kişilerde ise en düşüktür.

Katılımcıların eğitim durumları için dikkat eksikliği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır: $F(2,97) = 3,309$; $p < 0,05$. Farklılığın hangi kategoriden kaynaklandığını belirlemek için yapılan Tukey's-B (Post Hoc) çoklu karşılaştırma sonucuna göre bütün kategoriler kendi aralarında farklılık göstermektedir. İlkokul-ortaokul mezunu olanların dikkat eksikliği toplam puan ortalaması en yüksekken üniversite ve üzeri eğitim seviyesindekilerin dikkat eksikliği toplam puan ortalaması en düşüktür. Yüksek puanın yüksek dikkat eksikliği özelliklerini gösterdiği esas alınırsa ilkokul-ortaokul mezunu kişilerde dikkat eksikliği en yüksek üniversite ve üzeri eğitim seviyesindekilerin ise en düşüktür.



Grafik 4. Eğitim Durumuna Göre Katılımcıların Erişkinler için Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği Puanları Sütun Grafiği

İlkokul-ortaokul, lise ve üniversite ve üzeri eğitim seviyesindeki katılımcılar arasındaki farklar Grafik 4’de verilmiştir.

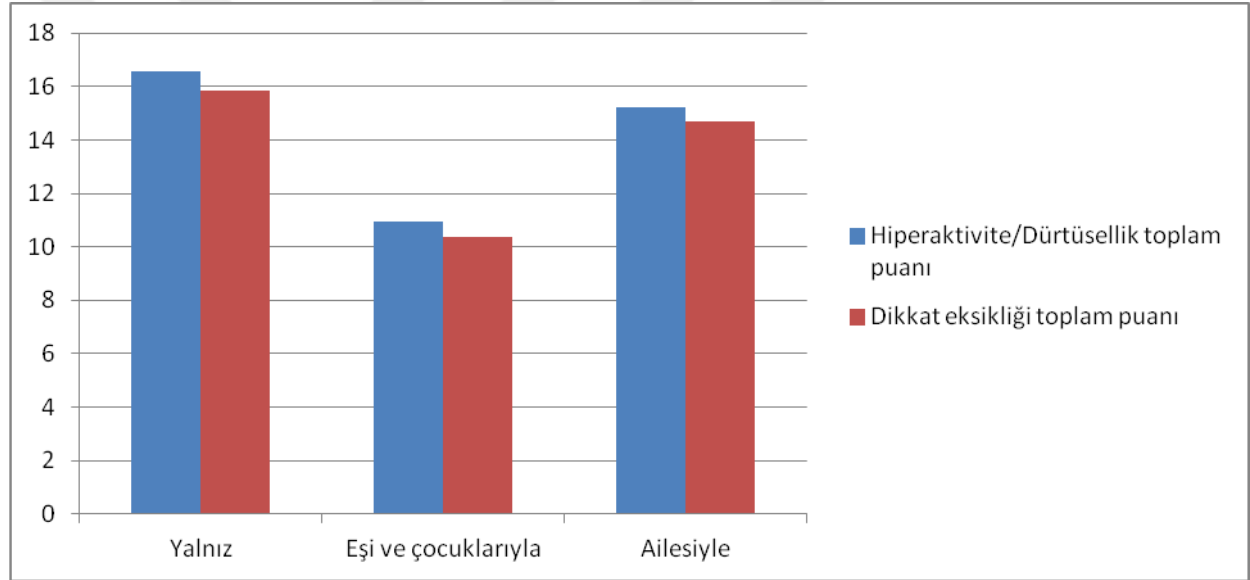
Tablo 19. Katılımcıların Kiminle Yaşadıkları Değişkenine Göre Erişkinler için Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği Puanları Arası Farkın İncelenmesi

Bağımlı değişken	Kiminle yaşıyor	n	$\bar{x}$	ss	F	p
Hiperaktivite/ Dürtüsellik toplam puanı	Yalnız	32	16,56	7,06	6,012	0,003*
	Eşi ve çocuklarıyla	27	10,93	5,31		
	Ailesiyle	41	15,24	6,68		
Dikkat eksikliği toplam puanı	Yalnız	32	15,84	7,28	5,491	0,006*
	Eşi ve çocuklarıyla	27	10,37	5,65		
	Ailesiyle	41	14,71	6,71		

*p<0,05

Katılımcıların kiminle yaşadıkları değişkeni için hiperaktivite/dürtüsellik toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır: $F(2,97) = 6,012$; $p < 0,05$. Farklılığın hangi kategoriden kaynaklandığını belirlemek için yapılan Tukey's-B (Post Hoc) çoklu karşılaştırma sonucuna göre eşi ve çocuklarıyla yaşayanların puanı diğer iki kategori ile farklılık göstermektedir. Yalnız yaşayanların hiperaktivite/dürtüsellik toplam puan ortalaması en yüksekken eşi ve çocukları ile yaşayanların hiperaktivite/dürtüsellik toplam puan ortalaması en düşüktür. Yüksek puanın yüksek hiperaktivite/dürtüsellik özelliklerini gösterdiği esas alınırsa yalnız yaşayan kişilerde hiperaktivite/dürtüsellik en yüksek eşi ve çocukları ile yaşayanlarda ise en düşüktür.

Katılımcıların kiminle yaşadıkları değişkeni için dikkat eksikliği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır: $F(2,97) = 5,491$; $p < 0,05$. Farklılığın hangi kategoriden kaynaklandığını belirlemek için yapılan Tukey's-B (Post Hoc) çoklu karşılaştırma sonucuna göre eşi ve çocuklarıyla yaşayanların puanı diğer iki kategori ile farklılık göstermektedir. Yalnız yaşayanların dikkat eksikliği toplam puan ortalaması en yüksekken eşi ve çocuklarıyla yaşayanların dikkat eksikliği toplam puan ortalaması en düşüktür. Yüksek puanın yüksek dikkat eksikliği özelliklerini gösterdiği esas alınır ise yalnız yaşayan kişilerde dikkat eksikliği en yüksek eşi ve çocuklarıyla yaşayanların ise en düşüktür.



Grafik 5. Kiminle Yaşanıldığı Durumuna Göre Katılımcıların Erişkinler için Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği Puanları Sütun Grafiği

Yalnız, eşi ve çocuklarıyla ve ailesiyle kalan katılımcılar arasındaki farklar Grafik 5’de verilmiştir.

Tablo 20. Hiperaktivite/Dürtüsellik Toplam Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu

Bağımsız değişkenler	B(b)	B'nin standart hatası	Beta	t	p
Stroop Testi 3. Kart süresi (şekil rengi söyleme)	2,034	0,680	0,383	2,991	0,004
Stroop Testi 1. Kart süresi (siyah basılmış renk ismi okuma)	2,857	0,717	0,363	3,982	0,000
Stroop Testi 2. Kart süresi (renkli basılmış renk ismi okuma)	2,227	1,063	0,277	2,094	0,039
Sabit (a) (Constant)	2,032	5,492	-	0,370	0,712

Çoklu R (multiple R)	R ²	F	s.d.	p
0,583	0,340	16,472	3/96	0,000

Hiperaktivite/dürtüsellik toplam puanının yordayıcılarının bulmak için kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlıdır: $F(3/96) = 16,472$; $p < 0,001$. Modele alınan 3 değişkenle birlikte hiperaktivite/dürtüsellik puanının %34'lük kısmı açıklanmaktadır. Kalan %66'lık kısım modele dahil edilmeyen değişkenlerce açıklansa da bu değişkenler istatistiksel olarak anlamlılık göstermeyecektir.

Stroop Testi 3. Kart süresi regresyon analizinde anlamlı bir yordama puanı göstermektedir ($p < 0,001$). Kurulan modelde 3. kart için geçen süredeki 1 birimlik artış hiperaktivite/dürtüsellik puanını 2,034 birim artıracaktır. Bu noktada olumlu bir yordama ilişkisi vardır.

Stroop Testi 1. Kart süresi regresyon analizinde anlamlı bir yordama puanı göstermektedir ($p < 0,05$). Kurulan modelde 1. kart için geçen süredeki 1 birimlik artış hiperaktivite/dürtüsellik puanını 2,857 birim artıracaktır. Bu noktada olumlu bir yordama ilişkisi vardır.

Stroop Testi 2. Kart süresi regresyon analizinde anlamlı bir yordama puanı göstermektedir ($p<0,05$). Kurulan modelde 2. kart için geçen süredeki 1 birimlik artış hiperaktivite/dürtüsellik puanını 2,227 birim artıracaktır. Bu noktada olumlu bir yordama ilişkisi vardır.

Yapılan regresyon analizi sonucunda bir bireyin hiperaktivite/dürtüsellik puanı hesaplanmak istenirse aşağıdaki denklem yardımcı olacaktır. Bu denklem:

$$\text{Hiperaktivite/dürtüsellik toplam puanı} = \text{sabit (a)} + (2,034) * (\text{Stroop Testi 3. Kart süresi}) + (2,857) * (\text{Stroop Testi 1. Kart süresi}) + (2,227) * (\text{Stroop Testi 2. Kart süresi})$$

Tablo 21. Dikkat Eksikliği Toplam Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu

Bağımsız değişkenler	B(b)	B'nin standart hatası	Beta	t	p
Stroop Testi 3. Kart süresi (şekil rengi söyleme)	1,749	0,718	0,322	2,436	0,017
Stroop Testi 1. Kart süresi (siyah basılmış renk ismi okuma)	3,008	0,757	0,374	3,972	0,000
Stroop Testi 2. Kart süresi (renkli basılmış renk ismi okuma)	2,320	1,123	0,282	2,067	0,041
Sabit (a) (Constant)	4,150	5,797	-	0,716	0,476

Çoklu R (multiple R)	R ²	F	s.d.	p
0,542	0,294	13,335	3/96	0,000

Dikkat eksikliği toplam puanının yordayıcılarının bulmak için kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlıdır: $F(3/96)= 13,335$; $p<0,001$. Modele alınan 3 değişkenle birlikte hiperaktivite/dürtüsellik puanının %29'luk kısmı açıklanmaktadır. Kalan %71'lik kısım modele dahil edilmeyen değişkenlerce açıklansa da bu değişkenler istatistiksel olarak anlamlılık göstermeyecektir.

Stroop Testi 3. Kart süresi regresyon analizinde anlamlı bir yordama puanı göstermektedir ($p<0,05$). Kurulan modelde 3. kart için geçen süredeki 1 birimlik artış dikkat eksikliği puanını 1,749 birim artıracaktır. Bu noktada olumlu bir yordama ilişkisi vardır.

Stroop Testi 1. Kart süresi regresyon analizinde anlamlı bir yordama puanı göstermektedir ($p<0,001$). Kurulan modelde 1. kart için geçen süredeki 1 birimlik artış dikkat eksikliği puanını 3,008 birim artıracaktır. Bu noktada olumlu bir yordama ilişkisi vardır.

Stroop Testi 2. Kart süresi regresyon analizinde anlamlı bir yordama puanı göstermektedir ($p<0,05$). Kurulan modelde 2. kart için geçen süredeki 1 birimlik artış dikkat eksikliği puanını 2,320 birim artıracaktır. Bu noktada olumlu bir yordama ilişkisi vardır.

Yapılan regresyon analizi sonucunda bir bireyin hiperaktivite/dürtüsellik puanı hesaplanmak istenirse aşağıdaki denklem yardımcı olacaktır. Bu denklem:

$$\text{Dikkat eksikliği toplam puanı} = \text{sabit (a)} + (1,749) * (\text{Stroop Testi 3. Kart süresi}) + (3,008) * (\text{Stroop Testi 1. Kart süresi}) + (2,320) * (\text{Stroop Testi 2. Kart süresi})$$

Sonuç olarak bireylerdeki dikkat eksikliği ve hiperaktiviteyi yordamada Stroop Testindeki 1, 2 ve 3 numaraları kartlar etkilidir.

5- TARTIŞMA

Araştırmamıza 50 kişi (%50) alkol bağımlısı ve 50 kişi (%50) alkol bağımlısı olmayan katılımcı olmak üzere toplam 100 kişi katılmıştır. Demografik verilerin dağılımı incelendiğinde alkol bağımlısı grup için yaş 34.96 ± 6.02 ve kontrol grubu için 35.52 ± 7.35 olarak bulunmuştur. Alkol bağımlısı gruptaki 50 kişiden 14'ü kadın (%28) ve 36'sı (%72) erkek; kontrol grubundaki 50 kişiden 23'ü kadın (%46,0) ve 27'si (%54) erkektir. Medeni durum değişkeni için alkol bağımlısı grupta 6 (%12,0) evli, 31 (%62) bekar ve 13 (%26) boşanmış-ayrı katılımcı varken kontrol grubunda 21 (%42) evli, 27 (%5) bekar ve 2 (%4) boşanmış-ayrı katılımcı bulunmaktadır. Alkol bağımlısı olan katılımcılardan 15'i (%30) ilkokul-ortaokul, 23'ü (%46) lise ve 12'si (%24) üniversite ve üzeri eğitim seviyesi mezunudur. Kontrol grubundaki katılımcılardan 4'ü (%8) ilkokul-ortaokul, 16'sı (%32) lise ve 30'u (%60) üniversite ve üzeri eğitim seviyesi mezunudur.

Alkol bağımlısı gruptan 22 kişi (%44) yalnız, 6 kişi (%12) eşi ve çocukları ile ve 22 kişi (%44) ailesi ile yaşamakta; kontrol grubundan 10 kişi (%20) yalnız, 21 kişi (%42) eşi ve çocukları ile ve 19 kişi (%38) ailesi ile yaşamaktadır.

Anne eğitim durumu değişkeni için alkol bağımlısı grubunda 10 kişinin (%20) annesi okur-yazar, 25 kişinin (%50) ilkokul, 10 kişinin (%20) lise ve 5 kişinin (%10) üniversite ve üzeri eğitim seviyesindedir. Kontrol grubunda 1 kişinin (%2) annesi okur-yazar, 28 kişinin (%56) ilkokul, 13 kişinin (%26) lise ve 8 kişinin (%16) üniversite ve üzeri eğitim seviyesindedir.

Anne eğitim durumu değişkeni için alkol bağımlısı grubunda 10 kişinin (%20) annesi okur-yazar, 25 kişinin (%50) ilkokul, 10 kişinin (%20) lise ve 5 kişinin (%10) üniversite ve üzeri eğitim seviyesindedir. Kontrol grubunda 1 kişinin (%2) annesi okur-yazar, 28 kişinin (%56) ilkokul, 13 kişinin (%26) lise ve 8 kişinin (%16) üniversite ve üzeri eğitim seviyesindedir.

Baba eğitim durumu değişkeni için alkol bağımlısı grubunda 6 kişinin (%12) babası okur-yazar, 27 kişinin (%54) ilkokul, 7 kişinin (%14) lise ve 10 kişinin (%20) üniversite ve üzeri eğitim seviyesindedir. Kontrol grubunda 1 kişinin (%2) babası okur-yazar, 25 kişinin (%50) ilkokul, 12 kişinin (%24) lise ve 12 kişinin (%24) üniversite ve üzeri eğitim seviyesindedir. Alkol bağımlısı olan gruptaki 28 kişinin (%56) ailesinde alkol kullanımı varken 22 kişinin (%44) ailesinde alkol kullanımı yoktur. Kontrol grubundaki 24 kişinin (%48) ailesinde alkol kullanımı varken 26 kişinin (%52) ailesinde alkol kullanımı yoktur.

DEHB tanılı erişkinlerle yapılan çalışmalarda yüksek oranda alkol-madde kullanım bozukluklarına rastlanmış, alkol-madde kullanım bozukluğu olan erişkinlerle yapılan çalışmalarda ise geriye dönük veya şimdiki DEHB tanısının oldukça sık olduğu sonucuna varılmıştır (Toksoz, Coşkunol, & Ercan, 1998). DEHB tanılı çocuklarla yapılan ileriye dönük izlem çalışmaları, DEHB tanılı çocukların alkol-madde kullanımı açısından risk altında olduğunu ortaya koymaktadır. Murphy ve arkadaşlarının 2002’de, Shekim ve arkadaşlarının 1990’da DEHB üzerine yaptığı çalışmalarda alkol kötüye kullanım ve bağımlılık oranları %35 olarak bulunmuştur.

Yapılan araştırmalarla alkol bağımlılarının üçte birinde ailelerinde en az birinin de alkol bağımlısı olduğu ortaya konmuştur. Alkol bağımlılarının çocuklarında da alkol bağımlılığı riski 4-5 kat daha fazladır (Enoch, 2002). Araştırmamızda da erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun ailede alkol ve madde kullanımı ile ilişkisi incelenmiştir. Alkol bağımlısı grupta olan katılımcılarda ailede alkol kullanımı değişkeni ve hiperaktivite/ dürtüsellik düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bunun sebebi, kendi bildirim ölçeği kullanılması ve katılımcıların doğru bilgi vermemesi olabilir.

Çalışmamızda, alkol bağımlılarının dikkat testinde kontrol grubundan daha düşük performans gösterdiği belirlenmiştir. Dikkat eksikliği, DEHB semptomlarından biri olup, alkol kullanımının yol açtığı bilişsel fonksiyonlarda bozulmanın bir sonucu olarak da bu kişiler testlerde düşük performans göstermiş olabilirler. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, Stroop T-BAG formu ve Wisconsin Kart Eşleme testi kullanılarak yapılan bir çalışmada da alkol bağımlıları dikkat fonksiyonları açısından kontrollerden düşük çıkmıştır. (Nurper Erberk-Özen, Nevzat Yüksel, Cumhuri Boratav, Sirel Karakas, 2005)

Hiperaktivite/ Dürtüsellik belirtilerinin incelendiği ölçekte ise alkol bağımlılarından oluşan grup ile kontrol grubu arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Martin D. ve arkadaşlarının 2007’ de yapmış olduğu çalışmada, alkol bağımlıların %23’nün çocuklukta Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna sahip olduğunu ve bu kişilerin %33’ünün yetişkinlikte de Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu belirtilerinin olduğunu ortaya koymuşlardır.

Yapılan çalışmalar Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan bireylerde alkol kullanım miktarı ve yasadışı madde kullanımlarının daha fazla olduğu gösterilmiştir (Biederman et al. 1997; Wilens et al. 1997; Carroll and Rounsaville 1993).

Alkol bağımlısı grubun %32’si haftada 1-5 kez alkol tüketmekte, %68’i ise hemen hemen her gün alkol tüketmektedir. Eş madde olarak, esrar, ekstazi, eroin ve kokain gibi maddeler kullanmaktadırlar. DEHB sıklığı, çocukluk döneminde çeşitli çalışmalarda erkek: kadın oranı 2:1-6:1 arasında tespit edilmişken, erişkin örnekleme 1:1 olarak bulunmuştur.

Yaşla birlikte ortaya çıkan cinsiyet oranlarındaki bu değişim şu şekilde açıklanmaktadır: Erişkin dönemde dikkat eksikliği belirtilerinin sorun olarak ortaya çıkması ve kadınlarda dikkat eksikliği belirtilerinin ortaya çıkması, diğer bir ihtimal de çocukların aileleri tarafından götürülmeleri, erişkinlerin kendilerinin başvurması ve sorunlarını anlatmasıdır. Bir diğer olasılık da kadınların yakınmalarından daha çok bahsetmesi ve yardım almasıdır. Çalışmamızda yaptığımız bağımsız örneklem t testi sonucunda kadın ve erkeklerin “Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

Kendi Bildirim Ölçeği alt boyutları” toplam puanları arasında anlamlı farklılık görülmemiştir.

Boşanma oranlarının DEHB’li bireylerde iki kat daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Veriler DEHB’nin çocuklukta fark edilmediğinde erişkinlikte de genellikle tespit edilemediğini göstermektedir. Tanı konamayan bu hastaların tanı ve tedavi almış olanlarla karşılaştırıldığında daha yüksek eş tanı oranları gösterdiği, işlevsellikte bozulmanın daha fazla olduğu, depresyon, alkol kullanım bozukluklarının daha sık görüldüğü gösterilmiştir.

Katılımcıların medeni durumları için hiperaktivite/dürtüsellik toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır: Ayrı yaşayan ve boşanmışların hiperaktivite/dürtüsellik toplam puan ortalaması en yüksekken evlilerin hiperaktivite/dürtüsellik toplam puan ortalaması en düşüktür. Yüksek puanın yüksek hiperaktivite/dürtüsellik özelliklerini gösterdiği esas alınırsa ayrı yaşayan ve boşanmış kişilerde hiperaktivite/dürtüsellik en yüksek evlilerde ise en düşüktür.

6- SONUÇ ve ÖNERİLER

DEHB, çocukluk çağının en yaygın görülen bozukluklarından ve bu bozukluğa sahip hastaların ortalama %60'ında erişkinlikte de devam eder. DEHB tanılı çocukların genç erişkinliğe kadar takip edildiği araştırmalarda, vakaların kontrol grubuyla karşılaştırıldığında sigara, alkol ve madde bağımlılığı açısından yüksek risk altında olduğu gösterilmektedir. Yapılan çalışmalar sonucunda DEHB ve alkol ve/veya madde bağımlılığı eş tanısı %35-70 oranlarında tespit edilmiştir. Alkol ve/veya madde bağımlılığı olan bireylerde de erişkin DEHB belirtileri daha sık görülmektedir. 153 alkol bağımlısı ile yapılan bir çalışmada, hastaların 65'inde çocukluk çağı DEHB tanısı olduğu, bunlardan 28'inde erişkin dönemde de belirtilerin devam ettiği tespit edilmiştir.

Yapılan araştırmalarla alkol bağımlılarının üçte birinde ailelerinde en az birinin de alkol bağımlısı olduğu ortaya konmuştur. Alkol bağımlılarının çocuklarında da alkol bağımlılığı riski 4-5 kat daha fazladır (Enoch, 2002).

Sonuç olarak;

Araştırmamızda da erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun ailede alkol ve madde kullanımı ile ilişkisi incelenmiş, alkol bağımlısı grupta olan katılımcılarda ailede alkol kullanımı değişkeni ve hiperaktivite/ dürtüsellik düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir veri elde edilememiştir. Bunun sebebi, örneklem sayısının yetersiz olması, kendi bildirim ölçeği kullanılması ve katılımcıların doğru bilgi vermemesi olabilir, bu nedenle bu konuda yapılacak diğer araştırmalarda aile görüşmesi yapılması ve örneklem sayısının daha geniş tutulması daha iyi olacaktır.

Hiperaktivite/ Dürtüsellik belirtilerinin incelendiği ölçekte ise alkol bağımlılarından oluşan grup ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Alkol bağımlılarının dikkat testinde kontrol grubundan daha düşük performans gösterdiği de belirlenmiştir.

Literatürle uyumlu olarak alkol bağımlısı grubun eş madde olarak, esrar, ekstazi, eroin ve kokain gibi maddeler kullanmakta olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların medeni durumları için hiperaktivite/dürtüsellik toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır: Ayrı yaşayan ve boşanmışların hiperaktivite/dürtüsellik toplam puan ortalaması en yüksekken evlilerin hiperaktivite/dürtüsellik toplam puan ortalaması en düşüktür.

BAPİ bağımlılık şiddeti toplam puanı ile DSM-V kriterleri arasında $r=0,965$ 'lik yüksek şiddette ve pozitif bir korelasyon bulunmuştur ($p<0,05$). Bu sonuca göre bireylerin BAPİ bağımlılık şiddeti arttıkça DSM-V kriterleri de artacak ya da BAPİ bağımlılık şiddeti azaldıkça DSM-V kriterleri de azalacaktır.

BAPİ bağımlılık şiddeti toplam puanı ile Stroop Testi arasında korelasyon bulunmamıştır.

Son olarak kadın ve erkeklerin “Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği” alt boyutları toplam puanları arasında anlamlı farklılık görülmemiştir. İleride yapılacak olan çalışmalarda kadın ve erkek oranı eşit tutularak ve örneklem genişletilerek daha kapsamlı sonuçlara varılacaktır.

7- KAYNAKÇA

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 2nd edition revised (DSM-II). Washington, DC.1968
2. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3rd edition revised (DSM-III). Washington, DC.1980
3. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3rd edition revised (DSM-III-R). Washington, DC.1987
4. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4rd edition revised (DSM-IV). Washington, DC.1994
5. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)
6. Adler L, Cohen J. Diagnosis and Evaluation Of Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2004; 27:187-201
7. Akvardar Y, Alkol Bağımlılığında Kişilik Özellikleri, *Journal Of Dependence* 2003;4:26-30
8. Albert J. Arias, Joel Gelernter , Grace Chan , Roger D. Weiss , Kathleen T. Brady, Lindsay Farrer, Henry R. Kranzler. (2008). Addictive Behaviors, Correlates of cooccurring ADHD in drug-dependent subjects: Prevalence and features of substance dependence and psychiatric disorders. 1199–1207
9. Bácskai, E., Czobor, P., & Gerevich, J. (2012). Trait aggression, depression and suicidal behavior in drug dependent patients with and without ADHD symptoms. *Psychiatry Research*, 200(2-3), 719–23.

10. Barkley, R. (2002). Major life activity and health outcomes associated with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 10–15.
11. Barkley, R., Murphy, K., & Fischer, M. (2008). ADHD in adults (pp. 1–330). New York: The Guildford Pres.
12. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K (2003) Does the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder with stimulants contribute to drug use abuse?
13. Beck T A, Wright F D, Newman C F, Liese B S (1993): Cognitive Therapy of Substance Abuse, Guilford Pres, New York, S22–40
14. Bekçi, B., & Karakaş, S. (2009). Algısal Çelişki ve Tepki Rekabeti : Stroop Etkisine İlişkin Olay- İlişkili Potansiyeller. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(2), 127–137.
15. Biederman J, Faraone SV, Spencer T, Wilens T, Norman D, Lapey KA et al. (1993) Patterns of psychiatric comorbidity and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder, *Am J Psychiatry* 150:1792–1797
16. Biederman J, Wilens TE, Mick E et al. (1998) Does attention deficit hyperactivity disorder impact the developmental course of drug and alcohol abuse and dependence. *Biol Psychiatry* 44:269–273
17. Biederman J, Wilens T, Mick E et al. (1995). Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): Effects of ADHD and psychiatric comorbidity, *Am J Psychiatry* 152:1652–1658

18. Camcıoğlu, T. (2009). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı konmuş çocukların ebeveynlerinde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu sıklığı. Kocaeli üniversitesi.
19. Carroll KM, Rounsaville KJ (1993). History and significance of childhood attention deficit disorder in treatment-seeking cocaine abusers. Compr Psychiatry 34:75–83
20. Çakmak D, Evren C (2006). Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları, Özgül Matbaacılık, İstanbul, s 13
21. Çakmak D, Evren C (2006). Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları, Özgül Matbaacılık, İstanbul, s 13
22. Coskunol H (1996). Alkol Bağımlılığı Tanı ve Tedavisi. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları. Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, s 1–4, 38–39
23. Coşkunol H, Altıntoprak E (1999). Alkol Kullanımının Genetik Yönleri. Klinik Psikiyatri;2:222-229
24. Clure C, Brady KT, Saladin ME et al. (1999) Attention-deficit/hyperactivity disorder: symptom pattern and drug choice. Am J Drug Alcohol Abuse 25:441–448
25. Doğan S, Öncü B, Saraçoğlu G, Küçükgöncü S. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1.1): Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği, Anadolu Psikiyatri Dergisi 2009; 10:77-87
26. Doğan B, Arıkan Z.:Alkol ve Madde Bağımlılığında Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Belirtileri. Balıkesir Bilimleri Dergisi 2014; 3:141-146
27. Duran, Ş.(2006). Psikiyatri kliniğine başvuran hastalarda erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu sıklığı ve eştanı durumları

28. Ercan S E. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Epidemiyolojik Veriler. Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci 2010; 6(2):1-5
29. Evren C (2004). Alkol/Madde Kullanım Bozukluğunda Kişilik Bozukluğu Ek Tanısı: Bir Gözden Geçirme. Klinik Psikiyatri;7:111-119
30. Eakin, L., Minde, K., Hechtman, L., Ochs. E., Krane, E., Bouffard, R., Looper, K.(2004). The marital and family functioning of adults with ADHD and their spouses. Journal of Attention Disorders, 8(1),1-10.
31. Faraone SV, Biederman J, Mick E ve ark. (2000) Family study of girls with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Am J Psychiatry, 157:1077-1083.
32. Faraone SV, Biederman J, Mick E ve ark. (2001) A family study of psychiatric comorbidity in girls and boys with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Biol Psychiatry, 50:586-592
33. Flory K, Lynam DR. The relation between attention deficit hyperactivity disorder and substance abuse: What role does conduct disorder play? Clin Child Fam Psychol Rev 2003; 6:1-16.
34. Güçlü O, Erkıran M. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Konmuş Çocukların Ebeveynlerinde Psikiyatrik Yüklülük. Klinik Psikiyatri 2004;7:32-41
35. Hechtman L, McGough JJ. Dikkat Eksikliği Bozuklukları. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (Çev: Öner Ö, Aysev A.). Aydın H, Bozkurt A. (Editörler), 8.baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi. 2007; 3183-3205
36. Ishii T, Takahashi O, Kawamura Y ve ark.(2003). Comorbidity in attention deficit hyperactivity disorder. Psychiatri Clin Neurosci, 57:457-463.

37. İnce A, Doğruer Z, Türkçapar MH (2002). Erken ve geç başlangıçlı erkek alkol bağımlılarında sosyodemografik, klinik ve psikopatolojik özelliklerin karşılaştırılması.
38. İnci Ö İ. Hatice D, Orhan M K, Yıldırım B D (2004). Alkol Bağımlısı Erkeklerde Dikkat Ve Bellek İşlevlerinin Alkol Kullanım Öyküsüyle İlişkisi, Bağımlılık Dergisi 2004; 5: 3–8
39. Kaplan HI, Sadock BS, Grebb SA (1994) Alcohol-related Disorders. Synopsis of Psychiatry, 7. Baskı, Williams and Wilkins, s.396-411
40. Karakaş S (2004). Bilnot Bataryası El Kitabı: Nöropsikolojik Testler için Araştırma ve Geliştirme Çalışmaları, Dizayn Ofset, Ankara, s245–248, 281–284
41. Kalyoncu A., Mırsal H.(2000). Alkol Kullanım Bozuklukları, Psikiyatri Dünyası 2000;4:22-30
42. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners K, Demler O. et al. The Prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. Am J Psychiatry 2006; 163:716–723
43. Köroğlu E, Güleç C (1998) Temel Psikiyatri Kitabı. HYB Yayıncılık, s 161-173,817-822.
44. Lure C, Brady KT, Saladin ME et al. (1999) Attention-deficit/hyperactivity Disorder: Symptom Pattern and Drug choice. Am J Drug Alcohol Abuse 25:441–448
45. Lynskey, M.T. and W. Hall, Attention deficit hyperactivity disorder and substance use disorders: Is there a causal link? Addiction, 2001; 96(6): 815-22.
46. Martin D. O, Karsten P, Andreas K, Jürgen S, Bert T W, Birgitt W, Marc Z, Hinderk M E, Udo S (2007). Nicotine And Alcohol Dependence In Patients

- With Comorbid Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (Adhd), *Alcohol & Alcoholism* Vol. 42, No. 6, pp. 539–543, 2007
47. Manchini C, Ameringen M van, Oakman JM, Figueredo D (1999). Childhood Attention-deficit/hyperactivity Disorder in Adults with Anxiety Disorders. *Psychol Medicine* 29: 515–525
48. Manuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, La Padula M (1993). Adult outcome of hyperactive boys. Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* 50: 565–567
49. Nadeau, K., & Quinn, P. (2005). Women and AD/HD.
50. Nurper E Ö, Nevzat Y, Cumhur B, Sirel K (2005). Şizofreni, Depresyon ve Alkol Bağımlılığında Frontal Bölge İşlevselliğinin Değerlendirilmesi: Klinik Psikofarmakoloji Bülteni; 15: 93–103
51. Ohlmeier MD, Peters K, Te Wildt BT, Zedler M, Ziegenbein M, Wiese B, Emrich HM, Schneider U. Comorbidity of alcohol and substance dependence with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Alcohol Alcohol.* 2008;43(3):300-4.
52. Ögel K (1997). Uyuşturucu Maddeler ve Bağımlılık. Cep Üniversitesi, İletişim Yayınları, İstanbul
53. Ögel K (2000). Madde Bağımlılarına Yaklaşım Ve Tedavi. IQ yayınları, İstanbul
54. Ögel K (2000). Madde bağımlılığında tartışmalar ve gerçekler. IQ yayınları, İstanbul
55. Ögel K., Madde Kullanım Bozuklukları Epidemiyolojisi, Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2005, 1(47)

56. Ögel K.,Evren C.,Karadağ F.,Gürol D. Bağımlılık Profil İndeksi'nin (BAPİ) Geliştirilmesi, Geçerlik ve Güvenilirliği Türk Psikiyatri Dergisi 2012;23(4):264-73
57. Ögel K.,Evren C.,Karadağ F.,Gürol D.Bağımlılık Profil İndeksi uygulama rehberi, www.bapi.info.tr
58. Önal A, Ögel K, Eke C. Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Belirtileri Bulunan Ergenlerde Madde Kullanımı Ve Aile Özellikleri Üstüne Kesitsel Bir Çalışma. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2011; 21(3):225-31
59. Özden SY (2005). Alkolizm Sebep Ve Sonuçları. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul
60. Saatçioğlu Ö, E.E., Çakmak D, 1998-2002 yılları arasında yatarak tedavi gören alkol ve madde kullanımı olan olguların değerlendirilmesi. Bağımlılık Dergisi, 2003;4:109-117
61. Shekim, W. O. Asarnow, R. F., Hess, E. *et al* . (1990) A Clinical And Demographic Profile Of A Sample Of Adults With Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Residual State. Comprehensive Psychiatry 31, 416-425
62. Shaffer D (1994)Attention deficit hyperactivity disorders in adults. Am J Psychiatry, 151: 633-638
63. Spencer T, Biederman J, Wozniak J ve ark.(2000) Attention deficit hyperactivity disorder and affective disorders in childhood: continuum, comorbidity or confusion. Curr Opin Psychiatry, 13:73-79

64. Spencer T, Biederman J, Wilens T, Doyle R, Surman C, Prince J et al. (2005) A large double-blind, randomized trial of methylphenidate in the treatment of adults with attention deficit/ hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 57: 456–463
65. Spencer T, Nierenberg AA, Miyahara S, Wisniewski SR, Otto MW et al. (2005) Clinical And Diagnostic Implications Of Lifetime Comorbidity Of Attention deficit/ Hyperactivity Disorder in Adults with Bipolar Disorder. Data from the first 1000 STEP-BD participants. *Biol Psychiatry* 57:1467–1473
66. Sprafkin J, Gadow KD, Weiss M. Psychiatric comorbidity in ADHD symptom subtypes in clinic and community adults. *J Atten Disord* 2007; 11:114-124.
67. Thome, J., & Jacobs, K. A. (2004). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in a 19th century children ' s book, 19, 303–306.
68. Torun, N., Özşahin, A., & Sütçügil, L. (2009). Dikkat Eksikliği hiperaktivite bozukluğunun yetişkinlikteki yansımaları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2009(12), 43–50.
69. Tuğlu C. Bipolar bozukluk ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu arasındaki ilişki. *Duygudurum Bozuklukları* 2001;5: 247-351.
70. Tufan E.A, Yaluğ İ. Erişkinlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Türkiye Verilerine Dayalı Bir Gözden Geçirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2010;11:351-359.
71. Tuğlu C, Sahin Ö (2010). Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Nörobiyoloji, Tanı Sorunları ve Klinik Özellikler: Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar; 2(1): 75-116

72. Türkçapar H. Demirel E N, Özbay H: Alkol bağımlılarında eşlik eden psikiyatrik bozukluklar. 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi. Bildiri Özetleri 124, 1993.
73. Türkbay T, Söhmen T (2000) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Psikiyatri Dünyası, 4(2):57-63
74. Wilens, T. E. (1998) AOD use and attention/deficit hyperactivity disorder. Alcohol Health and Research World 22, 127–130
75. World Health Organization. Mental Disorders :10th Revision of the International Classification of Diseases (ICD-10), Geneva,1992.
76. Yazgan Y. Hiperaktif çocuk büyüdüğünde: Erişkinlikte Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. Galenos 2006; 121:135-143.
77. Yiğit Ş, Khorshid L: Ege Üniversitesi Fen Fakültesi Öğrencilerinde Alkol Kullanımı ve Bağımlılığı. Bağımlılık Dergisi 2006; 7: 24-30

8-EKLER

Ek 1- Bilgilendirilmiş Olur Formu

Araştırmanın Adı: *Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Ailede Alkol Ve Madde Kullanımı İle İlişkisi*

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Ailede Alkol Ve Madde Kullanımı İle İlişkisinin incelenmesidir.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dâhil edilebilmeniz için 18-65 yaş aralığında olmanız gerekir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Uygulayıcı tarafından “Sosyo Demografik Bilgi Formu”, “Madde Kullanımına İlişkin Bilgi Formu”, “Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanı ve Değerlendirme Envanteri”, “Stroop Testi” verilecektir. Uygulamada gizlilik esastır, bu nedenle **AD-SOYAD BELİRTMEYİNİZ**. Doldurduğunuz ölçek ve anket formları bireysel olarak kimseyle paylaşılmayacaktır. Katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır ve katılmayı reddetmekte özgürsünüz.

SORUMLULUKLARIM NELERDİR?

Araştırmayla ilgili olarak katılmaya gönüllü iseniz ölçek ve anket formlarının tamamını doldurmaya özen göstermeniz sizin sorumluluklarınızdanır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir ve anket formları geçersiz kabul edilir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 100 kişidir.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEK?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 30 dakikadır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmada sizin için beklenen yararlar; alana bu konu ile ilgili yeni bir çalışma kazandırmaya ve ilgili sağlık personelinin bilgilendirilerek konuya daha duyarlı

olmasına katkı sağlamaktır. Bağımlılıkla ilgili önleyici programların planlanmasına yönelik girişimlerin arttırılmasında fayda sağlayacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NELERDİR?

Size bu araştırmada ölçek ve anket formları uygulanacaktır. Olası herhangi bir risk öngörülmemektedir.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresince herhangi bir sorun çıkmayacaktır. Araştırmacı size yardımcı olacaktır. Tez Danışmanı Prof.Dr. Hakan COŞKUNOL'a (0 232) 390 16 00'dan ulaşabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Yapılacak her türlü araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, ölçek ve anket formlarınız geçersiz sayılacaktır.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Çalışmada gizlilik şartı vardır. Bu nedenle hiçbir kişisel kimlik bilgisi alınmayacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILIM ONAYI

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 2 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI&SOYADI		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN		İMZASI
ARAŞTIRMACININ		
ADI&SOYADI		
TARİH		

Ek 2- Sosyo Demografik Bilgi Formu

Doğum Tarihi:	
Cinsiyet:	☐ Kadın ☐ Erkek
Medeni Durum:	☐ Evli ☐ Bekar ☐ Dul ☐ Ayrı Yaşıyor ☐ Boşanmış
Öğrenim Durumu:	☐ İlkokul Mezunu ☐ Ortaokul Mezunu ☐ Lise Mezunu ☐ Lisans Mezunu ☐ Yüksek Lisans Mezunu ☐ Doktora
Meslek:	
Evinizde Kimlerle Yaşamaktasınız:	☐ Yalnız ☐ Eşyle ☐ Eşyle ve Çocuklarıyla ☐ Ailesiyle ☐ Diğer.....
Annenizin eğitimi	☐ Okur-yazar ☐ İlkokul Mezunu ☐ Ortaokul Mezunu ☐ Lise Mezunu ☐ Lisans veya Yüksekokul Mezunu
Babanızın eğitimi	☐ Okur-yazar ☐ İlkokul Mezunu ☐ Ortaokul Mezunu ☐ Lise Mezunu ☐ Lisans veya Yüksekokul Mezunu
Ailede Alkol Kullanımı:	☐ Var ☐ Yok
Varsa Kimde Var:	☐ Anne ☐ Baba ☐ Kardeş ☐ Diğer
Ailede Madde Kullanımı:	☐ Var ☐ Yok
Varsa Kimde Var:	☐ Anne ☐ Baba ☐ Kardeş ☐ Diğer
Varsa Kullanılan Madde:	☐ Esrar ☐ Amfetamin ☐ Kokain ☐ Sedatif Hipnotik ☐ Opioid ☐ Uçucu ☐ Sigara ☐ Diğer.....
Ailede Suç Öyküsü:	☐ Var ☐ Yok
Varsa Belirtiniz:	☐ Trafik Kazası ☐ Gasp ☐ Yaralama ☐ Kavgaya Karışma ☐ Cinayet ☐ Soygun ☐ Dolandırıcılık ☐ Yasadışı Madde Satımı ☐ Diğer.....
Ailede Psikiyatrik Bozukluğu Olan Var Mı?	☐ Var ☐ Yok
Varsa Belirtiniz:	

Ek 3- Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)

Soruları yanıtlarken son 6 ay içinde nasıl hissettiğiniz ve nasıl davrandığınız konusunda sizi en iyi tanımlayan cevabın altındaki kutuya işareti koyunuz.					
A Bölümü					
	Asla	Nadiren	Bazen	Sık	Çok Sık
1. Üzerinde çalıştığınız bir işin/projenin son ayrıntılarını toparlayıp projeyi tamamlamakta sorun yaşar mısınız?	0	1	2	3	4
2. Organizasyon gerektiren bir iş yapmanız zorunlu olduğunda işlerinizi sıraya koymakta ne sıklıkla zorluk yaşarsınız?	0	1	2	3	4
3. Yükümlülüklerinizi ve randevularınızı hatırlamakta ne sıklıkla sorun yaşarsınız?	0	1	2	3	4
4. Çok fazla düşünmeyi ve konsantrasyonu gerektiren bir iş yapmanız gerekiyorsa ne sıklıkla başlamaktan kaçınır ya da geciktirirsiniz?	0	1	2	3	4
5. Uzun bir süre oturmanız gerektiğinde, ne sıklıkla huzursuzlaşır, kıpırdanır ya da el ve ayaklarınızı kıpırdatırsınız?	0	1	2	3	4
6. Ne sıklıkla kendinizi aşırı aktif ve sanki motor takılmış gibi bir şeyler yapmak zorunda hissedersiniz?	0	1	2	3	4

B Bölümü					
	Asla	Nadiren	Bazen	Sık	Çok Sık
7. Sıkıcı veya zor bir proje üzerinde çalışmanız gerektiğinde, ne sıklıkla dikkatsizce hatalar yaparsınız?	0	1	2	3	4
8. Monoton veya tekrarlayıcı bir iş yaparken ne sıklıkla dikkatinizi sürdürmekte güçlük çekersiniz?	0	1	2	3	4
9. Doğrudan sizinle konuşuyor bile olsalar, insanların size söylediklerine yoğunlaşmakta ve dinlemekte ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?	0	1	2	3	4
10. Evde veya işte eşyaları bulmakta ya da nereye koyduğunuzu hatırlamakta ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?	0	1	2	3	4
11. Etrafınızdaki hareketlilik ve gürültü ne sıklıkla dikkatinizi dağıtır?	0	1	2	3	4
12. Orada oturmanız beklendiğinde, bir toplantı veya benzer durumda ne sıklıkla yerinizden kalkarsınız?	0	1	2	3	4
13. Ne sıklıkla kendinizi huzursuz, kıpır kıpır hissedersiniz?	0	1	2	3	4
14. Kendinize ait boş zamanınız olduğunda ne sıklıkla gevşemekte ve rahatlamakta güçlük çekersiniz?	0	1	2	3	4
15. Sosyal ortamlarda bulunduğunuzda, ne sıklıkla kendinizi çok konuşurken yakalarsınız?	0	1	2	3	4
16. Bir sohbet ya da görüşmede, ne sıklıkla karşınızdaki kişi cümlesini bitirmeden onun cümlesini bitirdiğinizi fark edersiniz?	0	1	2	3	4
17. Sıraya girmek gerektiğinde, ne sıklıkla sıranızın gelmesini beklemekte güçlük çekersiniz?	0	1	2	3	4
18. Başka bir işle meşgul olduklarında diğer insanları araya girip engeller misiniz?	0	1	2	3	4

Ek 4- Bağımlılık Profil İndeksi

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?

☐ Okuryazar ☐ İlkokulu bitirmiş ☐ Ortaokulu bitirmiş ☐ Liseyi bitirmiş ☐ Üniversiteyi bitirmiş

V Medeni durumunuz?

☐ Evli ☐ Bekâr ☐ 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 bir iki kez	Ayda 1-3 kere	Haftada 1-5 kez	Hemen hemen her gün
1 Alkol	☐	☐	☐	☐	☐
2 Esrar (marihuana, joint, gubar vb)	☐	☐	☐	☐	☐
3 Ecstasy (Ekstazi)	☐	☐	☐	☐	☐
4 Eroin	☐	☐	☐	☐	☐
5 Kokain	☐	☐	☐	☐	☐
6 Taş (krak kokain)	☐	☐	☐	☐	☐
7 Rohipnol, rivotril (roş) gibi Haplar	☐	☐	☐	☐	☐
8 Uçucu maddeler (tiner, bali, gaz vb)	☐	☐	☐	☐	☐
9 Çeşitli haplar (akineton, tantum, xanax vb)	☐	☐	☐	☐	☐
10 Amfetamin türevleri (metamfetamin, ice vb)	☐	☐	☐	☐	☐
11 Diğer (LSD, GHB vb)	☐	☐	☐	☐	☐

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 ☐ 1-2yıldır ☐ 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

19 [Maddeyi] aramak, kullanmak veya etkisinden kurtulmak için fazla zaman 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 sağlığını olumsuz yönde etkiledi mi?

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

24 [Madde] kullanmak ruhsal sağlığını 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



ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Ailede Alkol ve Madde Kullanımı ile İlişkisi			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Hakan COŞKUNOL			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UZMANLIK ALANI	Madde Bağımlılığı			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ege Üniversitesi Madde Bağımlılığı Toksikoloji ve İlaç Bilimleri Enstitüsü / Madde Bağımlılığı Anabilim Dalı			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ	FAZ 1 ☐	FAZ 2 ☐	FAZ 3 ☐	FAZ 4 ☐
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon ☐		Yüksek Doz Araştırması ☐	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Diğer ise belirtiniz ☐		İlaç Dışı ☐	
	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	21.02.2014		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	21.02.2014		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	-		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar Nu: 14-3.1/9	Tarih: 02.05.2014
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmacının gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak Kurulumuzca incelenmiş, araştırma giderlerinin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda araştırmaya başlanmasında etik açıdan uygun bulunduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Ayşenur OKTAY					

Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ayşenur OKTAY Başkan	Radyodiagnostik	EÜ. Tıp Fakültesi Radyoloji AD	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Aytül ÖNAL Başkan Yardımcısı	Tıbbi Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Suna TOKSAVUL Üye	Protetik Diş Tedavisi	E.Ü. Diş Hek. Fakültesi Protetik Diş Tedavisi AD	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Sarenur GÖKBEN Üye	Çocuk Nörolojisi	EÜ. Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Abdullah SAYINER Üye	Göğüs Hastalıkları	EÜ. Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	



ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

KARAR BİLGİLERİ		Karar Nu : 14-3.1/9				
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Bülent SEMERCİ Üye	Üroloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Üroloji AD.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Süheyla ALTUĞ ÖZSOY Üye	Halk Sağlığı Hemşireliği	EÜ. Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Doç. Dr. Murat PEHLİVAN Üye	Biyofizik	E.Ü. Tıp Fakültesi Biyofizik AD.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Doç. Dr. Çağatay ÜSTÜN Üye	Tıp Tarihi ve Etik	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Doç. Dr. Şafak TANER Üye	Halk Sağlığı	E. Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Doç. Dr. Ayşe EROL Üye	Tıbbi Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Yard. Doç. Dr. Gülsün AYGÖRMEZ UĞURLUBAY Üye	Ceza Hukuku	Gediz Üniversitesi Hukuk Fakültesi	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Uzm. Ecz. Ebru BEDİR Üye	Eczacı	E.U. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Uzm. Dr. Özlem EKER Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Serbest	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Fatma BÜYÜKAKKUŞ Üye	Ziraat Mühendisi	Emekli	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	

* Araştırma ile İlişki
 ** Toplantıda Bulunma

ASLI GİBİDİR
 Sumru FESİCİOĞLU
 EÜTF Klinik Araştırmaları
 Etik Kurulu Sekreteri

Etik Kurul Başkanının Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ayşenur OKTAY	İMZA 	Araştırma Başvurusu Onay Belgesi	Belge Kodu 22	Rev. Tarihi / No.su: 28.09.2011/05	Sayfa 2/2
--	----------	----------------------------------	------------------	---------------------------------------	--------------

ÖZGEÇMİŞ

Ezgi COŞKUN 2012 yılında İzmir Ekonomi Üniversitesi Psikoloji Bölümünü bitirdi. Aynı yıl Ege Üniversitesi Madde Bağımlılığı Toksikoloji ve İlaç Bilimleri Enstitüsü Madde Bağımlılığı Anabilim Dalı'nda Madde Bağımlılığı yüksek lisans programını kazandı. Yüksek lisans eğitimi sırasında “Erişkinlerde Uyku Özelliklerinin Madde Kullanımı ve Dikkat Eksikliği ile İlişkisi” adlı poster çalışmasını yapmıştır. 2014 yılından bu yana Jandarma Genel Komutanlığı Foça Jandarma Komando Okul ve Eğitim Merkez Komutanlığında Psikolog olarak görev yapmaktadır.

