T.C
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUK VE GENÇLERDE SİGARA ALKOL VE MADDE KULLANIMINI YORDAYAN ETMENLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Zeynep ESENKAYA USTA

ÇOCUK ve ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Birim Günay KILIÇ

ANKARA
2012

TUTANAK

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı araştırma görevlisi Dr.Zeynen Esenkaya Usta'nın tez değerlendirme jürisi (Doç.Dr.Birim Günay KILIÇ, Doç.Dr.C.Kağan GÜRKAN, Doç.Dr.İnci ÖZGÜR İLHAN) 27.11.2012 Salı günü saat 09:30'da Anabilim Dalımız dershanesinde toplanarak adayın ***"Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan Çocuk ve Ergenlerde Sigara Alkol ve Madde Kullanımını Yordayan Etmenlerin Değerlendirilmesi"*** isimli tezi ile ilgili savunması alınmış ve değerlendirilmiş olup çalışmasının Fakültemizce kabul edilen Uzmanlık Tez Yazım Klavuzuna uygun olduğu ve sözlü savunmasının da başarılı olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Doç.Dr.C.Kağan GÜRKAN
(Üye)

Doç.Dr.İnci ÖZGÜR İLHAN
(Üye)

Doç.Dr.Birim Günay KILIÇ
(Başkan)

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın başlangıç aşamasından itibaren değerli katkılarını ve desteğini esirgemeyen tez danışmanım ve değerli hocam Doç. Dr. Birim Günay Kılıç'a, mesleki kimliğimin oluşumunda ve gelişmesinde önemli katkıları olan, kendi bilgi ve deneyimlerini bizlerle paylaşan hocalarım Prof. Dr. Ayla Aysev, Prof. Dr. Melda Akçakın, Prof. Dr. Runa Uslu, Prof. Dr. Efser Kerimoğlu, Prof. Dr. Neşe Erol ve Doç. Dr. Cihat Kağan Gürkan'a, asistanlık eğitiminde ve tez çalışmamın her aşamasında değerli katkılarından dolayı Doç. Dr. İnci Özgür İlhan'a, psikiyatri rotasyonum sırasında birlikte çalışmış olmaktan dolayı gururlandığım saygıdeğer hocam Oğuz Erkan Berksun ve birlikte çalışma şansını yakaladığım diğer bütün hocalarıma,Prof. Dr. Gülhis Deda başta olmak üzere birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum Çocuk Nörolojisi bölümü çalışanlarına,

Bilgi ve deneyimlerini içtenlikle paylaşan birlikte çalışmaktan keyif aldığım çocuk gelişim uzmanı sevgili Gönül Erdoğan'a, başta Hesna Gül Bulut olmak üzere birlikte çalıştığım asistan arkadaşlarıma, eğitimim süresince bana yardımcı olan tüm anabilim dalı çalışanlarına,

Bu çalışmaya gönüllü olarak katılan ve gösterdikleri sabır ve anlayışla araştırmamıza katkıda bulunan tüm ailelere, çocuklara ve öğretmenlere teşekkür ederim.

Yaşamım boyunca hep yanımda olan, ilgi ve sevgileriyle her zaman beni destekleyen sevgili annem ve babama, sevgi ve şefkatleriyle her zaman yanımda olan, Fatma ve gülsüm ablama, Asım, Ömer ve Halil abime, ailemize neşe katan, her ne kadar uzakta olsalar da özlemleriyle kalbimizi ısıtarak hep bizimle olan canım yeğenlerim Zeynep ve Zehra'ya, varlığıyla hayatımı anlamlandıran şefkat, sabır ve anlayışla hep yanımda olan sevgili eşim Akif Usta'ya sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR ..... **i**
İÇİNDEKİLER ..... **ii**
KISALTMALAR DİZİNİ ..... **vii**
TABLOLAR DİZİNİ ..... **viii**

1.GİRİŞ ve AMAÇ **1**
2. GENEL BİLGİLER **3**
2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) 3
2.1.1.Klinik Değerlendirme ve Tanı 3
2.1.2.Sıklık 5
2.1.3.Etyoloji 6
2.1.3.1. Genetik 6
2.1.3.2. Nörogelişimsel, Nörofizyolojik, Nörokimyasal Farklılıklar 7
2.1.3.3. Psikososyal Faktörler 8
2.1.4.Klinik Seyir 8
2.1.5.Eştanı 9
2.1.6.Ayırıcı tanı 10
2.2. Sigara 10
2.2.1. Tanım 10
2.2.2. Tarihçe 11
2.2.3. Sigara Kullanımı 11
2.2.3.1. Dünyada ve Türkiye'de Sigara Kullanımı 12
2.2.3.2. Çocuk ve Gençlerde Sigara Kullanımı 12
2.2.4. Sigara Kullanımında Belirleyici Faktörler 14
2.2.4.1. Yaş ve Cinsiyet Faktörü 14
2.2.4.2. Aile Faktörü 15
2.2.4.3. Arkadaş Faktörü 16
2.2.4.4. Sosyolojik Faktörler 17
2.2.4.5. Psikolojik Faktörler 17

2.2.4.6. Biyolojik Faktörler 18
2.2.5. Sigara Kullanımının Etkileri 19
2.2.5.1. Genel Sağlık Üzerine Etkileri 19
2.2.5.2. Sigara Kullanımı ve Ruh Sağlığı 19
2.2.5.2.1. Nikotin Bağımlılığı 21
2.2.5.2.2. Nikotin Yoksunluğu 21
2.2.6. Tütün Kontrolü 22
2.3.Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları 23
2.3.1. Alkol Kullanım Bozuklukları 23
2.3.1.1. Alkol Kötüye Kullanımı 24
2.3.1.2. Alkol Bağımlılığı 25
2.3.2. Madde Kullanım Bozuklukları 26
2.3.2.1. Madde Kötüye Kullanımı 26
2.3.2.2. Madde Bağımlılığı 27
2.3.3. Dünyada ve Türkiye'de Çocuk ve Gençlerde Alkol ve Madde Kullanımı 27
2.3.4. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluklarında Risk Faktörleri ... 30
2.4. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ile Sigara Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları 35
3. GEREÇ VE YÖNTEM 46
3.1. Uygulama Alanı ve Örneklem 46
3.1.1. Araştırma Grubunun Seçim Kriterleri 46
3.1.1.1. Dahil Olma Kriterleri 46
3.1.1.2. Dışlama Kriterleri 46
3.1.2. Kontrol Grubunun Şeçim Kriterleri 47
3.1.2.1. Dahil Olma Kriterleri 47
3.1.2.2. Dışlama Kriterleri 47
3.2. Değerlendirme Araçları 47
3.2.1.Sosyodemografik Bilgi Formu (Ek-1) 48
3.2.2.Çocuk ve Ergenlerde Sigara Alkol ve Madde Kullanımı Değerlendirme Anketi (Ek-2) 48

3.2.3.Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli Türkçe Uyarlaması (K-SADS-PL) 48
3.2.4. Piers-Harris Çocuklarda Öz-Kavramı Ölçeği (PHÇÖKÖ) (Ek-5) 49
3.2.5. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) (The Strengths and Difficulties Questionnaire- GGA) (ebeveyn-öğretmen-ergen formu) (Ek-6, Ek-9, Ek-3) 50
3.2.6. Conners-Wells Ergen Özbildirim Ölçeği -Uzun Form (Ek-4) 51
3.2.7.Yenilenmiş Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği-Uzun Form (Ek -7) 52
3.2.8.Yenilenmiş Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği-Uzun Form (Ek-10) 53
3.2.9. Ruhsal Belirti Tarama Çizelgesi (SCL-90) (Ek-8) 54
3.3.Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi 56
3.4 İstatistiksel Analiz 58
4. BULGULAR 59
4.1. Sosyodemografik Veriler 59
4.2 DEHB ve Kontrol Grubundaki Olguların Okul Hayatı ile ilgili Özellikler 60
4.3. DEHB Grubunda Hastalık ile ilgili Özellikler 62
4.4. DEHB Grubunda Tedavi Süreci ile ilgili Özellikler 62
4.5. DEHB Grubu ile Kontrol Grubunda Çocuk ve Ergenlerde Sigara Alkol ve Madde Kullanımı Değerlendirme Anketi (ÇESAMKDA) Sonuçlarının Karşılaştırılması 63
4.6. DEHB Grubu ile Kontrol Grubunda Ek Psikiyatrik Tanılar ve Dağılımları 66
4.7. DEHB Grubu ile Kontrol Grubunun Piers Harris Çocuklar İçin Öz Kavram Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması 68
4.8.DEHB Grubu ile Kontrol Grubunun Güçler Güçlükler Anketi (GGA) Ebeveyn, Öğretmen ve Ergen Formları Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması 68

4.9. DEHB Grubu ile Kontrol Grubunun Yenilenmiş Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması 71
4.10 DEHB Grubu ile Kontrol Grubunun Yenilenmiş Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması 72
4.11. DEHB Grubu ile Kontrol Grubunun Yenilenmiş Conners-Wells Ergen Özbildirim Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması 73
4.12. DEHB Grubu ile Kontrol Grubunun Belirti Tarama Listesi (SCL-90R) Anne ve Baba Formları Toplam ve Alt ölçek Puanlarının Karşılaştırılması . 74
4.13.DEHB Grubu ve Kontrol Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Sosyodemografik Özellikleri Açısından Karşılaştırılması 76
4.14 DEHB Grubu ve Kontrol Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Okul Hayatları ile İlgili Özellikleri Açısından Karşılaştırılması 80
4.15. DEHB Grubu ve Kontrol Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Sosyal Çevreleri ile İlgili Özellikleri Açısından Karşılaştırılması 83
4.16.DEHB Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Hastalık ile İlgili Özellikleri Açısından Karşılaştırılması 85
4.17 DEHB Grubu ve Kontrol Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Ek Psikiyatrik Tanı Özellikleri Açısından Karşılaştırılması 87
4.18 DEHB Grubu ve Kontrol Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Piers Harris Çocuklar İçin Öz Kavramı Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması 88
4.19 DEHB Grubu ve Kontrol Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Güçler Güçlükler Anketi (GGA) Ebeveyn, Öğretmen ve Ergen Formları Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması..... 90
4.20. DEHB Grubu ve Kontrol Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Conners Ebeveyn ve Öğretmen Derecelendirme Ölçeği ile Conners-Wells Ergen Özbildirim Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması 94

4.21 DEHB Grubu ve Kontrol Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Belirti Tarama Listesi (Scl-90-R) Anne ve Baba Formlarının Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması 102
4.22. DEHB Grubu Sigara ile Alkol Denemesinin Yordayıcı Faktörlerini Belirlemek için Uygulanan Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları 106
4.23. Kontrol Grubunda Sigara ile Alkol Denemesinin Yordayıcı Faktörlerini Belirlemek için Uygulanan Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları 108

5. TARTIŞMA 109
6. SONUÇLAR 120
ÖZET 125
SUMMARY 128
KAYNAKLAR 131
EKLER……167
EK 1: Sosyodemografik Bilgi Formu……...167
EK 2: Çocuk ve Ergenlerde Sigara Alkol ve Madde Kullanımı Değerlendirme Anketi (ÇESAMKDA) ……..169
EK 3: Güçler Güçlükler Anketi (GGA) Ergen Formu……172
EK 4: Conners-Wells Ergen Özbildirim Ölçeği (C-WEÖÖ)…….174
EK 5: Piers Harris Çocuklar İçin Öz Kavram Ölçeği (PHÇÖKÖ)……..176
EK 6: Güçler Güçlükler Anketi (GGA) Ebeveyn Formu……...179
EK 7: Yenilenmiş Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği (Y-CEDÖ)…….181
EK 8: Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) ……...183
EK 9: Güçler Güçlükler Anketi (GGA) Öğretmen Formu……187
EK 10: Yenilenmiş Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği (Y-CÖDÖ)…189

KISALTMALAR DİZİNİ

ADHD	**:** Attention Deficit Hyperactivity Disorder
AKB	**:** Alkol Kullanım Bozukluğu
AMKB	**:** Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları
C-WEÖÖ	**:** Conners-Wells Ergen Özbildirim Ölçeği
ÇESAMKDA	**:** Çocuk ve Ergenlerde Sigara Alkol ve Madde Kullanımı Değerlendirme Anketi
DA	**:** Dopamin
DB	**:** Davranım Bozukluğu
DEHB	**:** Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DSM-IV-TR	**:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV-Text Revised
DSÖ	**:** Dünya Sağlık Örgütü
GGA	**:** Güçler Güçlükler Anketi
KOKGB	**:** Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu
K-SADS-PL	**:** Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu
MKB	**:** Madde Kullanım Bozukluğu
NA	**:** Noradrenalin
OB	**:** Opioid bağımlısı
PHÇÖKÖ	**:** Piers Harris Çocuklar İçin Öz Kavram Ölçeği
SCL-90R	**:** Belirti Tarama Listesi
Y-CEDÖ	**:** Yenilenmiş Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği-Uzun Form
Y-CÖDÖ	**:** Yenilenmiş Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği-Uzun Form
Ort.	**:** Ortalama
S.s	**:** Standart sapma

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. DEHB ve Kontrol Grubundaki Olguların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı-I 59
Tablo 4.2. DEHB ve Kontrol Grubundaki Olguların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı-II 60
Tablo 4.3. DEHB ve Kontrol Grubundaki Olguların Okul Hayatı ile İlgili Özelliklerin Dağılımı ve Karşılaştırılması 61
Tablo 4.4. DEHB Grubunda Hastalığa Ait Özelliklerin Dağılımı 62
Tablo 4.5. DEHB grubunda Tedavi Sürecine Ait Özelliklerin Dağılımı 63
Tablo 4.6. DEHB Grubu ile Kontrol Grubunda Çocuk ve Ergenlerde Sigara Alkol ve Madde Kullanımı Değerlendirme Anketi Sonuçlarının Karşılaştırılması-I..... 64
Tablo 4.7. DEHB Grubu ile Kontrol Grubunda Çocuk ve Ergenlerde Sigara Alkol ve Madde Kullanımı Değerlendirme Anketi Sonuçlarının Karşılaştırılması-II 66
Tablo 4.8. DEHB Grubu ile Kontrol Grubunda Ek Psikiyatrik Tanılar 67
Tablo 4.9. DEHB Grubu ile Kontrol Grubunda Ek Psikiyatrik Tanılar ve Dağılımları 67
Tablo 4.10. DEHB Grubu ile Kontrol Grubunun Piers Harris Çocuklar İçin Öz Kavram Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması 68
Tablo 4.11. DEHB Grubu ile Kontrol Grubunun Güçler Güçlükler Anketi (GGA) Ebeveyn Formu Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması 69
Tablo 4.12. DEHB Grubu ile Kontrol Grubunun Güçler Güçlükler Anketi (GGA) Öğretmen Formu Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması 70
Tablo 4.13. DEHB Grubu ile Kontrol Grubunun Güçler Güçlükler Anketi (GGA) Ergen Formu Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması..... 70
Tablo 4.14. Yenilenmiş Conners Ebeveyn (Anne) Derecelendirme Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması 71
Tablo 4.15. Yenilenmiş Conners Ebeveyn (Baba) Derecelendirme Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması 72
Tablo 4.16. DEHB Grubu ile Kontrol Grubunun Conners Öğretmen Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması 73

Tablo 4.17. DEHB Grubu ile Kontrol Grubunun Yenilenmiş Conners-Wells Ergen Özbildirim Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması..... 74
Tablo 4.18. DEHB Grubu ile Kontrol Grubunun Belirti Tarama Listesi (Scl-90 R) Anne Formları Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması..... 75
Tablo 4.19. DEHB Grubu ile Kontrol Grubunun Belirti Tarama Listesi (Scl-90-R) Baba Formları Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması 76
Tablo 4.20. DEHB Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Sosyodemografik Özellikleri Açısından Karşılaştırılması 78
Tablo 4.21. Kontrol Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olgularının Sosyodemografik Özellikleri Açıdan Karşılaştırılması..... 79
Tablo 4.22. DEHB Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Okul Hayatları ile İlgili Özelliklerinin Karşılaştırılması 81
Tablo 4.23. Kontrol Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Okul Hayatları ile İlgili Özelliklerinin Karşılaştırılması..... 82
Tablo 4.24. DEHB Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Sosyal Çevreleri ile İlgili Özellikleri Açısından Karşılaştırılması 84
Tablo 4.25. Kontrol Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Sosyal Çevreleri ile İlgili Özellikleri Açısından Karşılaştırılması... 85
Tablo 4.26. DEHB Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Hastalığa Ait Özellikler Açısından Karşılaştırılması 86
Tablo 4.27. DEHB Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Eştanı ve Dağılım Özellikleri Açısından Karşılaştırılması..... 87
Tablo 4.28. Kontrol Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Eştanı ve Dağılım Özellikleri Açısından Karşılaştırılması 88
Tablo 4.29 DEHB Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Piers Harris Çocuklar İçin Öz Kavramı Ölçeği Toplam ve Alt ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması..... 89
Tablo 4.30. Kontrol Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Piers Harris Çocuklar İçin Öz Kavramı Ölçeği Toplam ve Alt ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması 89

Tablo 4.31. DEHB Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Güçler Güçlükler Anketi (GGA) Ebeveyn Formu Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması. 90
Tablo 4.32. Kontrol Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Güçler Güçlükler Anketi (GGA) Ebeveyn Formu Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması 91
Tablo 4.33. DEHB Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Güçler Güçlükler Anketi (GGA) Öğretmen Formu Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması 92
Tablo 4.34. Kontrol Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Güçler Güçlükler Anketi (GGA) Öğretmen Formu Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması 92
Tablo 4.35. DEHB Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Güçler Güçlükler Anketi (GGA) Ergen Formu Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması 93
Tablo 4.36. Kontrol Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Güçler Güçlükler Anketi (GGA) Ergen Formu Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması 94
Tablo 4.37. DEHB Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Conners Ebeveyn (Anne) Derecelendirme Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması 95
Tablo 4.38. Kontrol Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Conners Ebeveyn (Anne) Derecelendirme Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması 96
Tablo 4.39. DEHB Grubu ve Kontrol Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Conners Ebeveyn (Baba) Derecelendirme Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması 97
Tablo 4.40. Kontrol Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Conners Ebeveyn (Baba) Derecelendirme Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının karşılaştırılması 98

Tablo 4.41. DEHB Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması 99
Tablo 4.42. Kontrol Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması 100
Tablo 4.43. DEHB Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Conners-Wells Ergen Özbildirim Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması 101
Tablo 4.44. Kontrol Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Conners-Wells Ergen Özbildirim Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması 102
Tablo 4.45. DEHB Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Belirti Tarama Listesi (Scl-90-R) Anne Formlarının Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması 103
Tablo 4.46. Kontrol Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Belirti Tarama Listesi (Scl-90-R) Anne Formlarının Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması 104
Tablo 4.47. DEHB Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Belirti Tarama Listesi (Scl-90-R) Baba Formlarının Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması 105
Tablo 4.48. Kontrol Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Belirti Tarama Listesi (Scl-90-R) Baba Formlarının Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması 106
Tablo 4.49. DEHB Grubunda Sigara Denemesini Yordayacak Faktörlerin Belirlenmesi 107
Tablo 4.50. DEHB Grubunda Alkol Denemesini Yordayacak Faktörlerin Belirlenmesi 107
Tablo 4.51 Kontrol Grubunda Sigara Denemesini Yordayacak Faktörlerin Belirlenmesi 108
Tablo 4.52 Kontrol Grubunda Alkol Denemesini Yordayacak Faktörlerin Belirlenmesi 108

1.GİRİŞ ve AMAÇ

DEHB, etkileri yaşam boyu süren, topluma tedavi dışında yan maliyetler de getiren, etkilenen bireylerde yaşam boyu süren yeti yitimine neden olan, süreğen nörogelişimsel bir hastalıktır. DEHB'de klinik belirtiler dikkat, hareketlilik ve dürtü kontrolü alanlarındaki sorunlarla karakterizedir. DEHB'de sık karşılaşılan klinik belirtiler arasında; derse ilgisizlik, okul ve toplum kurallarına uymada zorluklar, ilişkilerde güçlükler, plan ve organizasyon yapmada güçlük, riskli davranışlarda bulunma, aşırı duygusallık ve düşük benlik değeri vardır. Buna bağlı sosyal, duygusal ve akademik alanlarda işlev kaybı gelişir ve tedavi edilmediği takdirde çocuğun ruhsal ve sosyal gelişimini ve eğitim hayatını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (2,3).

DEHB belirtileri olguların bir kısmında genç erişkinlikte kaybolmakta, bir kısmında sosyal ve duygusal güçlüklerle devam etmekte, diğer bir kısmında ise alkolizm, madde kullanımı ve antisosyal kişilik bozukluğu gibi psikopatolojiler tabloya eklenebilmektedir. Yaşam boyu yol açabileceği riskler arasında akademik ve mesleki alanda başarısızlık ve ilişki sorunlarının yanında sigara ve alkol-madde kullanım bozuklukları, yasal sorunlar, kaza ve yaralanmalar gibi sağlıksız yaşam biçimi de yer alır (2,12,34,35).

Çağımızın en önemli sorunlarından birini alışkanlık yapıcı madde kullanımı ve bağımlılığı oluşturmakta ve bu konuda genel olarak ilk sıralarda sigara ve alkol kullanımı yer almaktadır. Sigara, alkol ve madde kullanımı çeşitli nedenlerle ergenlik yaşlarında başlanan ve yaşam süresince devam eden bir davranış biçimi olmaktadır. Bu dönemde sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı bağımlılık düzeyine ulaşmasa bile gençlerin gelecekteki ruh sağlıklarını etkileyecek ciddi sorunlar yaratabilmektedir. Sigara, alkol ve madde kullanımının önlenmesinde ergenlik dönemi oldukça önemlidir ve genel olarak 12–24 yaş grubu bireyler risk grubu olarak tanımlanmaktadır (248). Bu nedenle ulusal sağlık politikamızda hedeflendiği gibi, sigara, alkol ve madde kullanımı ilgili sağlıklı verilerin elde edilmesi, ilgili hedeflerin saptanması ve bu doğrultuda sorunların çözümünde öncelikle risk

altındaki grupların eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi, gerekli politikaların geliştirilerek kararlılıkla uygulanması ve değerlendirilmesi gerekmektedir.

Ergenlik çağında sigara, alkol ve madde kullanımına sıklıkla yıkıcı davranış bozuklukları, depresyon, anksiyete ve mental retardasyon gibi psikiyatrik sorunlar eşlik etmektedir. Ayrıca madde kullanan ergenlerde istismar ve ihmal gibi çocukluk çağı kötüye kullanımının araştırılması gerektiği vurgulanmaktadır (239). Mevcut psikiyatrik rahatsızlıklar alkol ve madde kullanımını artıran bir risk faktörü olduğu gibi bu maddelerin kullanımı çocuk ve gençlerde varolan psikiyatrik belirtilerin kötüleşmesine ya da direkt olarak psikiyatrik bozukluklara yol açabilmektedir. DEHB olan çocuk ve gençlerde klinik seyirde sigara alkol ve madde kullanım sorunlarının daha sık olduğunun bildirilmesi ve AMKB'u olan bireyler değerlendirildiğinde bu bireylere DEHB semptomlarının daha çok eşlik etmesi bu iki bozukluk arasındaki ilişkiye odaklanılmasına sebep olmuştur.

DEHB tanısıyla tedavi ve takip edilmekte olan çocuk ve ergenlerde alışkanlık yapıcı maddeler açısından riskli hasta gruplarının belirlenmesi ve tedavi stratejilerini belirlerken sağaltımda bunların göz önünde bulundurulması prognoz açısından önem kazanmaktadır. Ayrıca sigara alkol ve madde kullanımı ile ilgili koruyucu halk sağlığı politikalarının oluşturulmasında, hedef kitle ile ilgili özelliklerin ayrıntılı olarak bilinmesi etkin koruma ve tedavi stratejilerinin belirlenmesi ve müdahale programlarının oluşturulmasında gereklidir. Sigara, alkol ve madde kullanım bozuklukları ile DEHB arasındaki ilişkide öngörücülerin, risk faktörlerinin ve koruyucu faktörlerin araştırılması bu açıdan önem kazanmaktadır.

Bu nedenle bu çalışmada;

DEHB tanısı konan çocuk ve ergenlerde sigara, alkol ve madde kullanım sıklığının ve şiddetinin belirlenmesi,

DEHB tanısı konan çocuk ve gençlerde sigara alkol ve madde kullanımında bozukluğa, çocuğa ve psikososyal çevreye ilişkin etkileyici değişkenlerin araştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) çocuklukta başlayan ve erişkinlikte de devam edebilen yaşa ve gelişim düzeyine göre uygun olmayan dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik ile kendini gösteren nörogelişimsel bir bozukluktur (1).

2.1.1.Klinik Değerlendirme ve Tanı

DEHB klinik bir tanıdır; kesin tanıyı koymak için herhangi bir laboratuar tetkiki ya da özgün bir test yoktur. Klinisyenin tanı araçları klinik gözlem, ebeveyn ve çocuk ile yapılan görüşmeler, fizik ve nörolojik muayene, davranış değerlendirme ölçekleri ve bilişsel testlerdir. Değerlendirme sürecinde ebeveynler, öğretmenler ve gerekli diğer kişilerden ölçekler ve formlar yardımıyla bilgi toplanabilir. Üç yaş dolaylarında bozukluğa özgü belirtiler gözlenmekle birlikte, tanı düzenli öğrenim için gerekli dikkat süresi ve yoğunlaşmanın gelişmesinin beklendiği ilkokul yıllarında konmaktadır (4).

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV-Text-Revised (DSM-IV-TR) tanı ölçütlerine göre 9 özelliğin 6'sının bulunduğu durumlarda DEHB tanısından söz edilebilir. DEHB olan bireyler genellikle 7 yaşından önce belirti verirler ve bu belirtiler en az 6 aydır vardır. Ayrıca tanı koymak için, sorunların en az 2 farklı ortamda ortaya çıkması gerekmektedir (1).

DEHB için DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri
Aşağıdakilerden bir ya da ikisi vardır:

1. Aşağıdaki dikkatsizlik semptomlarından en az 6'sı, en az 6 ay süreyle, uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür;

Dikkatsizlik;

a) Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.

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

c) Doğrudan kendisine konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür.

d) Çoğu zaman yönergeleri izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da iş yerindeki görevlerini tamamlayamaz.

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

f) Çoğu zaman sürekli zihinsel çaba gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir.

g) Çoğu zaman üzerine aldığı görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder.

h) Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağılır.

i) Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unutkandır.

2. Aşağıdaki hiperaktivite-impulsivite semptomlarından en az 6'sı, en az 6 ay süreyle, uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir 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, sakin bir biçimde, boş zamanları geçirme etkinliklere katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır.

e) Çoğu zaman hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi davranır.

f) Çoğu zaman çok konuşur.

İmpulsivite (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 yaptıklarının arasına girer.

B. İşlevsel bozulmaya yol açmış olan bazı 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 açıdan, okuldaki ya da mesleki 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 bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

DSM-IV-TR'ye göre DEHB'nin, dikkat eksikliğinin belirgin olduğu tip, aşırı hareketlilik ve dürtüselliğin belirgin olduğu tip ve bileşik tip olmak üzere üç alt tipi bulunmaktadır (5).

2.1.2.Sıklık

DEHB, çocuk ve ergenlerde en çok görülen nöropsikiyatrik bozukluklardan birisidir. Dünya genelinde yapılan araştırmalarda sıklık değerleri %3-12 arasında görülmektedir (10,11,14). Bir meta-analiz çalışmasında DEHB' nin tüm dünyada sıklığının %5,29 olduğu bildirilmiştir(6). Ülkemizde bu konuda farklı bölgelerde yapılmış epidemiyolojik çalışmalar mevcuttur. Malatya'da ilk öğretim yaş grubunda yapılan bir çalışmada DEHB sıklığı % 9.5, erkek/kız oranı da 2.75 bulunmuştur (7). Toros ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada ise DEHB' nin yaygınlığını okul öncesi dönemde %3- 6, ilkokul ve ortaokul döneminde %3-10 arasında değiştiği bildirilmektedir(8). Erşan ve arkadaşları tarafından çocuk ve ergenler üzerinde yapılan çalışmada da; DSM-IV-TR ölçütlerine göre toplum örneklemlerindeki yaygınlığının %8.1-8.6; klinik örneklemlerdeki yaygınlığının ise %8.6-29.44 arasında değiştiği saptanmıştır (9). DEHB erkeklerde kızlara oranla daha sık görülen

bir bozukluktur (12). Bu sıklığın örneklemin genel toplumdan ya da kliniğe başvuran olgulardan oluşmasına bağlı olarak 2:1 ile 9:1 arasında değiştiği belirtilmiştir (13,15-17).

Kız çocuklarda DEHB'nin sıklıkla dikkatsizlik, kognitif sorunlar, depresyon ve kaygı bozuklukları ile seyrettiği ve davranış sorunlarının nadir olarak ortaya çıktığı belirtilmektedir. Erkeklerde saldırganlık tipi belirtilerin ön planda olması ve genellikle yıkıcı davranış bozukluklarının eşlik etmesi nedeniyle, kızlara oranla kliniklere daha sık getirildikleri düşünülmektedir (15,17).

2.1.3.Etyoloji

Biyopsikososyal bir bozukluk olan DEHB'de etyoloji tam olarak bilinmemektedir. Konu ile ilgili araştırmalarda bazı olası sebepler ileri sürülmektedir. Bu olası sebepler üzerinde yapılmış çalışma sonuçları genetik; nörokimyasal, nörofizyolojik, nörogelişimsel farklılıklar; psikososyal etkiler olarak sınıflandırılarak açıklanmıştır.

2.1.3.1. Genetik

İkiz ve evlat edinme çalışmalarında DEHB' nin yaklaşık % 75 oranında kalıtımsal olduğu vurgulanmıştır (18-20). Konkordans oranı monozigot ikizlerde %50-84, dizigot ikizlerde ise %30-40 olarak bulunmuştur (18-20).

Bu alanda yapılmış bazı moleküler genetik çalışmalar D2, D3, D4 ve D5 dopamin reseptörleri, dopamin taşıyıcıları (DAT), dopaminin yıkımında rol oynayan enzimler (COMT: Katekol-O-Metiltransferaz, MAO-A: Monoamino Oksidaz A) gibi dopamin sistemiyle ilişkili bazı aday genleri işaret etmiştir. Bu aday genlerden en fazla vurgulanan ve olumlu bulguların elde edildiği genler DRD4 ve DAT1 genleridir (21-23). Ayrıca noradrenalin, serotonin, glutamat ve asetilkolin sistemlerinin düzenlenmesini sağlayan genlerin, sinaptozomal ilişkili protein 25

(SNAP 25) ve tiroid β reseptör genlerini etkilendiğini gösteren kanıtlar da mevcuttur ama bulgular çelişkilidir (24).

2.1.3.2. Nörogelişimsel, Nörofizyolojik, Nörokimyasal Farklılıklar

Beyin hacminin %90'ından fazlasının 5 yaşa kadar kazanıldığı ve maksimum beyin hacmine erken ergenlikte ulaşıldığı bildirilmiştir (25). İki yüz yirmi üç DEHB tanısı alan çocuk üzerinde yapılan kapsamlı bir araştırmada, DEHB'li çocukların kontrollere göre en yüksek kortikal kalınlığa anlamlı olarak daha geç ulaştığı bulunmuştur. Çalışmada en belirgin gecikmenin dikkat ve motor planlamadan sorumlu olan prefrontal bölgede olduğu belirtilmiştir (26). Görüntüleme çalışmalarında DEHB tanılı bireylerde prefrontal korteks, kaudat nukleus, globus pallidus, korpus kallosum ve serebellum hacminin düşük olduğu bulunmuştur (27,28). İşlevsel beyin görüntüleme çalışmalarında prefrontal korteks bölgeleri ve striatumda kan akımı ve metabolik hızda azalmanın olduğu gözlenmiştir (29,30). Dorsolateral prefrontal korteks dikkatin sürdürülmesinin, dorsal anterior singulat korteks seçici dikkatin, orbitofrontal korteks dürtüselliğin, prefrontal motor korteks ise aşırı hareketliliğin düzenlenmesinden sorumludur. Özgül olarak seçici dikkatin ölçüldüğü bir çalışmada (stroop testi ile), DEHB tanılı bireylerin sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldıklarında anterior singulat korteksi etkinleştirmekte daha başarısız oldukları gösterilmiştir (31). DEHB etyolojisinde frontal lobun gelişimsel ve işlevsel anormalliklerinin önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Dopamin (DA) ve noradrenalin (NA) dikkat, yoğunlaşma, motivasyon ve uyanıklık gibi bilişsel işlevlerde rol oynamaktadır. Ayrıca DEHB tedavisinde kullanılan psikostimulanlar ve seçici noradrenalin geri alım inhibitorleri etkilerini DA ve NA sistemleri üzerinden göstermektedirler. Metilfenidat tedavisi sonrasında ise prefrontal korteksde kan akımı ve metabolizma hızının normale döndüğü bildirilmiştir (32). Bu nedenle, özellikle frontal lob DA ve NA nörotransmitter işlevlerindeki bozuklukların DEHB etyolojisinde rol oynadığı düşünülmektedir.

2.1.3.3. Psikososyal Faktörler

Psikososyal etkilerin DEHB gelişiminde hazırlayıcı ve ortaya çıkışı hızlandırıcı rol oynadıkları düşünülmektedir. DEHB'li olgularda, parçalanmış aile yapısı, anne baba arasında ciddi sorunlar, anne ve babada psikiyatrik bozukluk öyküsü ile bireyin ailenin tek ya da ilk çocuğu olması gibi psikososyal özelliklerin sağlıklı kontrollere göre daha fazla görüldüğü bildirilmektedir. Yetiştirme yurtlarında kalan çocukların uzun süreli duygusal yoksunluk sonucu olarak dikkat sürelerinin kısa olduğu ve aşırı hareketli oldukları gözlenmiştir. Bu çocuklarda evlat edinilme sonucu belirtilerde iyileşmeler gözlenmiştir. Annenin gebelik öncesi ya da gebelik sırasında tıbbi ve duygusal sorunları bulunması, gebelikte sigara ve alkol kullanım öyküsü, doğum komplikasyonları, düşük doğum ağırlığı öyküsü ve çocuğun anne sütü alma süresinin az olması DEHB gelişim riskini arttırmaktadır (33).

2.1.4.Klinik Seyir

Bozuklukta 3 ayrı gidişten söz edilmektedir. DEHB belirtileri olguların bir kısmında genç erişkinlikte kaybolmakta, bir kısmında sosyal ve duygusal güçlüklerle devam etmekte, diğer bir kısmında ise alkolizm, madde kullanımı ve antisosyal kişilik bozukluğu gibi psikopatolojiler tabloya eklenebilmektedir. Aşırı hareketlilik genellikle yaşla birlikte azalmakta, ancak dikkatsizlik, yoğunlaşma ve organizasyon zorlukları ve de dürtü denetim sorunları kalıcı olabilmektedir. Yaşam boyu yol açabileceği riskler arasında akademik başarısızlık ve ilişki sorunlarının yanında sigara ve alkol-madde kullanım bozuklukları, yasal sorunlar, kaza ve yaralanmalar, mesleki alanda başarısızlık ve sağlıksız yaşam biçimi yer alır. Bu kişilerde sıklıkla özgüven azalması ve bununla ilişkili psikiyatrik sorunlar görülmektedir (2,12,34,35).

Çocuklukta tanı konan DEHB olgularının %30-%80 (37-42) oranlarında erişkin dönemde farklı düzeylerde belirtilerinin devam ettiği bildirilmiştir (37). Olumsuz ebeveyn tutumları, arkadaşları tarafından kabul edilmeme, düşük doğum ağırlığı, ailede DEHB öyküsü, DAT1 ve DRD4 genlerinde polimorfizm ve COMT (katekol-o-metil-transferaz) geninin valin-valin genotipinin bulunması olumsuz gidiş

etkenleri olarak bildirilmiştir (43). Çocukluktan erken ergenlik dönemine kadar bulgulardaki değişimin genetik etkenler tarafından belirlendiğini fakat aynı zamanda bu dönemdeki çevresel etkenlerden de etkilendiği gösterilmiştir (10,34).

2.1.5.Eştanı

Eş hastalanım tüm psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi DEHB'de de sık olarak saptanmakta olup bozukluğa eşlik eden psikopatolojilerin, bozukluğun seyrini olumsuz yönde etkilediği ve tedavi planında değişikliklere neden olduğu bilinmektedir.

DEHB'li hastaların %60-100'ünde bir veya daha fazla eştanı olduğu öne sürülmektedir (44). Bu çalışmalarda oransal farklılıklar olsa da sıklık sırasına göre DEHB'ye en çok eşlik eden rahatsızlıklar, Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu (KOKGB), Öğrenme Bozuklukları, İletişim Bozuklukları, Davranım Bozukluğu (DB), Anksiyete Bozuklukları, Tik Bozuklukları, Majör Depresyon, Bipolar Affektif Bozukluk, Enkoprezis ve Enürezis olarak sıralanabilir (50-55). DEHB'nin KOKGB (%50), Depresyon ve Bipolar Duygudurum Bozukluğu, Anksiyete Bozuklukları (%20-25), Öğrenme Bozukluğu (%20-25) ve Tourrette Sendromu (%2) ile beraber görülebildiği bildirilmiştir (45).

DEHB'ye eşlik eden diğer psikiyatrik bozukluklar ile ilgili literatür gözden geçirildiğinde gelişimsel koordinasyon bozukluğunun %50'nin üzerinde, İletişim Bozukluklarının %15–75, Anksiyete Bozukluğunun %10–40, Tik Bozukluklarının %3–34, Majör Depresyonun %0–45 ve Bipolar Bozukluğun %0–27 arasında değişen oranlarda tabloya eşlik edebileceği vurgulanmıştır (47).

DEHB'ye hangi psikiyatrik bozukluğun ne sıklıkta eşlik ettiği kullanılan tanı kriterlerine, çalışmaların yöntemine ve desenine, bilgi kaynaklarına ve örneklem gruplarına göre değişiklik göstermektedir. Epidemiyolojik çalışmalarda eştanı oranları daha düşükken klinik çalışmalarda bu oranlar artmaktadır. Örneklemlerdeki

yaş ve cinsiyet farklılıkları da eş tanı oranlarının etkilemektedir (41,48). Erkeklerde KOKGB, DB ve madde bağımlılığı daha sık birlikte görülürken, kızlarda Anksiyete Bozukluğu, depresyon ve düşük akademik başarının daha sık görüldüğü bildirilmiştir (16).

DEHB'de diğer yıkıcı davranım bozukluklarının etkileri ve sonuçları üzerine yapılan çalışmalarda eşlik eden bozukluğun, belirtilerin şiddetini arttırdığı, sosyal alanda daha fazla sorunlara neden olduğu ve tedavide yanıtı değiştirdiği görülmüştür (48).

2.1.6.Ayırıcı tanı

Ayırıcı tanıda KOKGB, Davranım Bozukluğu, Depresyon ve Bipolar Duygudurum Bozukluğu, Kaygı Bozuklukları, Tik Bozuklukları, madde kullanımı, Yaygın Gelişimsel Bozukluklar, Öğrenme Bozukluğu, Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Zeka Geriliği gibi psikiyatrik bozukluklar; ihmal ya da istismar, kötü beslenme, kaotik aile yapısı gibi psikososyal durumlar; işitme ve görme sorunları, epilepsi, genetik anormallikler, sedatize edici ya da uyarıcı ilaç kullanımı, tiroid hormon düzensizlikleri, ağır metal zehirlenmesi gibi organik durumlar göz önünde bulundurulmalıdır (33).

2.2. Sigara

2.2.1. Tanım

Tütün bitkisinin yapraklarının kurutulup kıyılarak özel ince kağıtlara sarılmasıyla elde edilen keyif verici bir maddedir. Tütün sigara dışında başka şekillerde de tüketilmektedir fakat insanlar tarafından günümüzde en fazla bilinen ve en sık tüketilen tütün ürünü sigaradır. Sigaranın yanı sıra nargile, puro, pipo, tütün çiğneme diğer tütün tüketim biçimleridir (80,81).

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre her gün en az bir kez bir tütün ürününü içen kişiler günlük, düzenli içicidir. Herhangi bir tütün ürününü içen ama bu işi her gün yapmayan kişiler de düzensiz içicidir (82).

2.2.2. Tarihçe

Tütün kullanımı ilk kez tütünden yapılmış sakızları çiğnemek veya tütün tozlarını deriye sürmek şeklinde Amerika yerlilerinde görülmüştür. Tütün, Kristof Kolomb'un Amerika'yı keşfinden sonra 16. Yüzyılda Amerika'dan Avrupa'ya getirilmiştir (83).

Osmanlı İmparatorluğu'na tütün, 1600 yılların başında Birinci İbrahim döneminde, İngiliz ve Venedik tüccarları tarafından getirilmiştir. Birinci Ahmet'in padişahlığı sırasında tütün içmenin çok yaygınlaştığı fakat Sultan Ahmet'in oğlu IV. Murat döneminde ise tütün içme yasağı konularak tütün içenlerin çok ağır cezalandırıldığı bilinmektedir. Padişah IV. Sultan Mehmet 1648 yılında tütün kullanılmasını tekrar serbest bırakmıştır (84).

Türkiye'de sigara yapımına ilk defa 1864 yılında başlanılmıştır. İlk sigara fabrikası İstanbul Cibali sigara fabrikasıdır. Osmanlı 1895 yılında Fransız Reji şirketi ile anlaşmış ve bununla İstanbul, İzmir ve Samsun'da sigara fabrikaları kurulmuştur. Bu anlaşma, ilk TBMM Hükümeti dönemine kadar devam etmiştir. Cumhuriyet döneminde 1930 yılında 1701 sayılı kanun ile tütün tekeli kurulmuş ve 10 Haziran 1938 tarihinde kabul edilen 3487 sayılı kanun ile sigara sanayi devlet denetiminde yürütülmüştür. Sigara üretim ve pazarlaması 1986 yılından sonra devlet tekeli olmaktan çıkarılıp, serbest bırakılmıştır (85). İstanbul, İzmir, Samsun, Tokat, Malatya, Adana ve Bitlis'te sigara fabrikaları bulunmaktadır.

2.2.3. Sigara Kullanımı

Sigara kullanımı, çok yaygın bir bağımlılık çeşidi olmasının yanı sıra, sigara ve dumanında bulunan maddelerin insan sağlığı üzerine yaptığı olumsuz etkiler

nedeniyle dünyanın ve ülkemizin en önemli ve önlenebilir halk sağlığı sorunlarından biridir.

2.2.3.1. Dünyada ve Türkiye'de Sigara Kullanımı

Tüm dünyada 15 yaş üstü nüfusun yaklaşık %45'inin ülkemizde %43'ünün sigara kullanıyor olması, sorunun özellikle gençlik açısından önemli olduğunu göstermektedir (87). Dünyada yaşı 15'in üzerinde olan 1.2 milyar kişi (her üç erişkinden birisi) tütün bağımlısı olup bunların %80'i orta ve gelişmekte olan ülkelerdedir (88). DSÖ'nün verilerine göre dünya genelinde, erkeklerin % 47'si, kadınların ise % 12'si tütün içmektedir (82). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre; günümüzde dünyada sigara içme alışkanlığı ortalama %7.1' lik artış göstermiş, Türkiye'de bu artış %10 oranındadır (87). Amerika da ise son 10 yılda erişkin nüfusta sigara içimi %28.1'den %24.1'e gerilemiştir (89). Amerika Birleşik Devletleri'nde sigaranın adet olarak tüketimi 1981 yılı ile 2000 yılı arasındaki 20 yıllık dönemde %32.8'e düşmüştür. Türkiye'de 1985 yılı ile 2000 yılı arasındaki 15 yıllık dönemde sigaranın adet olarak tüketimi %89,2 oranında artmıştır (90).

Literatür incelendiğinde, bu konuda yapılan en son ve en kapsamlı araştırmanın Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (TUIK) olduğu görülmektedir. Türkiye genelinde 15 ve daha yukarı yaştaki bireylerin %31.3'ü her gün ya da ara sıra tütün ve tütün ürünlerini kullanmaktadır (91). DSÖ de 2009 da Türkiye'de sigara içme sıklığı yetişkinlerde %33,4, gençlerde %6,9 olduğunu bildirmiştir (94).

2.2.3.2. Çocuk ve Gençlerde Sigara Kullanımı

DSÖ'nün 10-19 yaş arası olarak tanımladığı ergenler, dünyadaki her beş kişiden birini oluşturur; ergenlerin yaklaşık %85'i gelişmemiş ülkelerde yaşar (92). Türkiye'de 2010 yılı Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi verilerine göre ergen yaş grubu nüfusu 12.846.048 (%17,4) kişidir (93).

Dünya genelinde 300 milyon genç sigara bağımlısıdır ve her beş sigara kullanıcısından biri 13-15 yaşları arasındadır (95). Yapılan çalışmalarda sigara bağımlısı olan erişkinlerin çoğunun bu alışkanlığı 18 yaşından önce kazandıkları saptanmıştır (96-98). Tütün, alkol ve diğer psikoaktif maddelere başlama yaşı genellikle ergenlik ya da genç erişkinlik dönemidir (99, 100). Tütün, alkol ve madde kullanımı genç yaşlarda başlamakta çoğu kez de hayat boyu sürmektedir

Türkiye'de ergenler arasında yapılan çeşitli çalışmalarda sigara içme yaygınlığı %4.1 ile %37.5 arasında değişmektedir.

Ortaöğretimlerde yapılan çalışmalara bakıldığında sigara kullanımı şu şekilde özetlenebilir. Tokat'ta 1986'da yapılan çalışmada %13.6 (erkek %17.8, kadın %2.8) bulunmuştur (101). İstanbul'da orta dereceli okullarda %17.9 (erkek %23.8, kadın %12.1) bulunmuştur (102). Genel olarak bakıldığında ilk ve orta öğretimlerde sigara içimi %11.6 ile %28.3 arasında değişmektedir.

Lise öğrencileri arasında yapılan araştırmalar gözden geçirildiğinde sigara kullanım sıklığı %16 ile % 28 arasında, erkek öğrencilerde % 37- % 20 , kız öğrencilerde ise % 11- % 21 arasında değişik oranlar saptanmıştır (103-107). Sağlık Bakanlığı 2002 verilerinde Türkiye genelinde lise öğrencilerinin %20'si, 7–13 yaş grubundaki ilköğretim öğrencilerinin ise %11.7'si sigara içmektedir (108).Ülkemizde lise öğrencilerinde yapılan bir araştırmada, öğrencilerin %65.1'inin yaşamlarında en az bir kez sigara kullandıkları, %49.5'inin son bir yıl içinde en az bir kez sigara kullandığı rapor edilmiştir (109). Başka bir araştırmada ise bu oran %37.9 bulunmuştur (110).

Yüksek öğretimlerde yapılan çalışmalar incelendiğinde sigara kullanma erkeklerde % 56, kadınlarda % 12- % 41 arasında değerler saptandığı görülmüştür (110-122). Sağlık Bakanlığı 2002 verilerinde Türkiye genelinde üniversite öğrencileri arasında sigara içme sıklığı ise %48 olduğu belirtilmiştir. Genel olarak yüksek öğretimlerde sigara kullanımı %20 ile %48 arasında değişmektedir.

İlk öğretim, ortaöğretim, lise ve üniversite yaş grubunda yapılmış olan bu araştırma sonuçları birlikte değerlendirildiğinde ergenlerde yaşla orantılı olarak sigara kullanım sıklığının arttığını göstermektedir.

2.2.4. Sigara Kullanımında Belirleyici Faktörler

Sigara kullanma davranışı biyolojik, psikolojik ve sosyolojik bakımdan ele alınması gereken önemli bir sorundur (128). Sigara kullanımı için tanımlanmış ve araştırmalarda risk faktörü olarak tespit edilmiş pek çok etken mevcuttur.

Bu risk etkenleri yaş, cinsiyet, sosyoekonomik düzey, ebeveyn sigara kullanım durumu, ebeveyn tutum ve davranışı, ebeveyn çocuk ilişkisi ve aile ortamı gibi ailesel etmenler, yakın arkadaş ilişkileri ve arkadaş ortamı, çocuk ve ergenin kişisel özellikleri, psikolojisi ve psikopatolojisi, biyolojik yatkınlığı, toplumsal risk faktörleri sosyal özendirici ve zorlayıcılar ile çevresel etkenler olarak kısaca özetlenebilir (123-126). Bu risk faktörleri ile ilgili yapılmış araştırma ve değerlendirme sonuçları alt başlıklar halinde kısaca incelenmiştir.

2.2.4.1. Yaş ve Cinsiyet Faktörü

Sigara kullanımı genellikle genç yaşta başlar ve alışkanlık haline gelerek devam eder. Sigara içen insanların yaklaşık %80'i sigaraya 18 yaşın altında başlamaktadır. Sigarayı ilk kez çocukluğunda içenler sigara tiryakiliği açısından yüksek risk taşımaktadır (96). Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı Araştırması'nın (SAMAY) Türkiye verilerinde 6. sınıf öğrencilerinde sigara içme sıklığı %4,3 iken lise öğrencilerinde %23'e çıktığı saptanmıştır (136). Türkiye'de bireylerin %50,9'u sigara ile ilk kez 11 ya da daha önceki yaşlarda, %13,6'sı 12 yaşında tanışmaktadır (138). Sigarayı erken yaşlarda denemek, erişkin yaşlarda sigara içiciliğinin kuvvetli bir belirleyicisidir (137). Öğrencilerin sigara ile tanışma yaşı ve ilk sigara içme deneyimi bu açıdan önemlidir.

Değişik kültürlerde yapılan araştırmalarda tütün kullanımı erkeklerde daha sık bulunmuştur (109, 130-133). Aksine bazı araştırmalarda kadın ve erkeklerin sigara içme oranları arasında anlamlı farklar gözlenmemiştir (134).

2.2.4.2. Aile Faktörü

Çocuk ve gençler hayatlarının ilk yıllarında bilişsel, duygusal ve sosyal gelişimlerini aile ortamında tamamlamaktadır. Çocuk ve gençlerin gelişimlerini sorunsuz şekilde tamamlayabilmeleri için aile ortamının da sorunsuz olması gerekmektedir (139,140). Sigara kullanımı davranışında ailenin rolü farklı yönleriyle araştırılmıştır.

Gençlerde, sigara içen ebeveyn ya da kardeşe karşı duyulan hayranlık hissi ile gelişen özdeşleştirme (identifikasyonla) sonucunda sigara kullanma davranışı görülebilir (175). Anne, baba veya kardeşleri sigara içen bireylerin anne baba veya kardeşleri sigara içmeyen bireylere oranla daha çok sigara kullandıkları bildirilmektedir (166). Oniki-ondört yaş arası ergenlerde, anne ve babalarının sigara içmesi ile ergenin sigara içmesi arasında anlamlı ilişki bulunuştur (149, 152).

Sigara deneyenlerde ailede ‘birlik’, ‘yetkinlik’ ve ‘duygusal bağlam’ ve “yönetim” daha düşük tanımlanmıştır. Ailede ‘birliğin’ düşük oluşu aile üyeleri arasında yakınlık ve bağlılık olmadığı, ‘duygusal bağlamın’ düşük oluşu aile ortamındaki duygusal atmosferin destekleyici ve yapıcı olmadığı, ‘yetkinlik’ in düşük oluşu ailede problem çözme, sağlık, yeterlilik, amaçların gerçekleştirilmesinde başarılı olunmadığı, ‘yönetim’ düşük oluşu ailede yapısal örgütlenme, karar alma ve davranışsal kontrolün olumsuz olması anlamındadır. Bütün bu özelliklerin sigara deneyen öğrencilerin ailelerinde düşük olması, ailede genel uyumun zayıf olduğunu göstermektedir (145,147).

Sigara deneyen gençlerin aile yapısında ‘otoriter baskıcı tutum’ daha yüksek bulunmuştur. Anne-babanın kendi istek ve görüşlerini kabul ettirebilmek için yaptıkları baskı, gencin sözel ve fiziksel istismarı ve katı disiplin anlayışı madde

denemede koruyucu değil, aksine riski artıran bir etken olarak dikkat çekmektedir. Benzer şekilde, sigara içme davranışında anne-baba tutumu ve sosyokültürel düzeyin etkisini araştırıldığı bir çalışmada, anne-baba tutum ölçeği puanlarının otoriter olmaya kaydıkça kişilerin sigara içme oranında artış olduğunu saptamıştır (147). Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada da anne-baba davranışını ilgisiz ve otoriter olarak değerlendiren öğrencilerde sigara içme oranını daha yüksek bulmuştur (148). Sigara deneyenlerin aile ortamında 'ilişkilerde duyarsızlık ve tutarsızlık'; yani gencin duygusal ihmali, aile içi iletişimsizlik, aile kurallarında belirsizlik, tutarsızlık ve çok gevşek disiplin anlayışı olduğu ve 'anne-baba ilişkilerinde uyumsuzluk' olduğu yönündedir(146). İngiltere'de yapılan bir çalışmada ise anne-baba tutumunun sigarayı denemede değil de sürdürmede etkili olduğunu bulunmuştur(151).

Cohen ve arkadaşları sigara içme ve ebeveyn davranışları arasındaki ilişkiyi araştırmış, sigara ve alkol kullanan çocukların anne-babalarının, çocuklarına daha fazla vakit ayırıp, iletişimlerini artırmaları sonucunda, bu çocukların son bir ay içinde içki ve sigara kullanma düzeylerinin düştüğünü bulmuşlardır(150).

Anne-babanın gence karşı tutumlarında tutarsızlıklar, aşırı sertlik veya aşırı rahatlık, uygun denetimin sağlanmaması, gencin davranışlarının anne-baba tarafından izlenmemesi önemli risk etkenleri arasında yer almaktadır. Anne-babanın evlilik ilişkilerinde çatışmanın fazla olması, geniş ve kalabalık aileler, işsiz aile üyelerinin varlığı, düşük eğitim düzeyine sahip anne-baba, aile içinde alışkanlıkların ve düzenin olmaması (birlikte yemek yemek gibi), parçalanmış ve boşanmış aileler, anne-babadan birinin ya da her ikisinin kaybı, anne-babanın madde kullanması veya kullanıma tolerans göstermesi ve evde bu maddelerin bulunması da ailesel risk etkenleri olarak bulunmuştur (124,126,141,144).

2.2.4.3. Arkadaş Faktörü

Ergenlerin sigara kullanımında arkadaş etkisi önemli risk faktörlerinden biridir(153-155). Kendi akranlarının sigaraya karşı tutumu ergenin de sigaraya karşı tutum ve davranışlarını etkilemektedir ve akran etkisi altında kalmaktadır(155).

Sigara kullanımı bir dereceye kadar arkadaşlıkları kolaylaştırmakta, yeni arkadaşlıkların oluşturulması ve ilişkilerin geliştirilmesini sağlamaktadır(154). Hatta çocuk ve ergenler sosyal kabul görme ihtiyacı ile akran baskısı altında sigaraya yönlenebilmektedir (96,154).

2.2.4.4. Sosyolojik Faktörler

Sigara kullanımı davranışında çevresel etkenler başlama, sürdürme ve sonlandırmada önemli belirleyicilerdir. Birey sosyal çevresini, toplumda üstlendiği rolü ve bu rolün gerektirdiği davranış kalıplarını benimser. Örneğin, kadınların sosyal ve ekonomik yaşamda rolleri arttıkça sigara kullanma oranları artmaktadır. Kitle iletişim araçları da sigarayı teşvik yönünde etkili olmakta ve promosyon ve reklamlar sigara kullanımını arttırmaktadır (158-161). Sigaranın yetişkinler tarafından kullanılmasının kabul edilebilir bir davranış olarak gösterilmesi, gençleri bu maddeyi kullanmada destekleyici bir rol oynamaktadır (162). Ayrıca, toplumda sigaranın sadece büyüklere ait bir davranış kalıbı olarak sunulması, gençlerin sigara kullanmasında etkili olabildiği gibi büyüme çağındaki gençler sigarayı otoriteye başkaldırı sembolü olarak algılayarak sigara kullanabilmektedirler. Farklı bir kimlik ve görünüş oluşturmak isteyen ergen sigarayı; bağımsızlığın ve kişiliğin sembolü olarak düşünerek sigaraya yönelebilmektedir (153).

2.2.4.5. Psikolojik Faktörler

Psikoanalitik görüşe göre sigara kullanımı erişkin oral erotizmi olarak değerlendirilir ve sigara içme davranışı oral dönemdeki tatminsizliği ya da mevcut aşağılık kompleksini gidermek için ortaya çıktığı iddia edilir (164).

Davranışçı ekole göre, sigara içme davranışı bozuk ve hatalı öğrenme sonucu oluşan psiko-sosyal etkenlerle ilişkili bir alışkanlıktır. Sigara kullanımını sosyal öğrenme ve büyüklerle özdeşime bağlayan görüşler, psikolojide çoğunluktadır (175).

Benlik saygısı bireyin çevresinden aldığı değerlilik duygusudur. Çocuğun benlik saygısının gelişmesi, çevresindeki kişilerin kendisini olduğu gibi ve koşulsuz olarak kabul etmesine bağlıdır (176,177). Literatürde, yüksek benlik saygısının okul başarısı, sağlık davranışları ve üretkenlik ve sosyal uyumla ilişkili olduğu; düşük benlik saygısının ise düşük akademik başarı, yalnızlık, sigara içme, madde kullanımı, depresyon, intihar ve istenmeyen hamilelik gibi olumsuz sağlık ve sosyal davranışlarıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (178). Yüksek benlik saygısının da kişileri kötü alışkanlıklardan koruyucu özelliği bulunmaktadır (182).

Her insanın doğumundan ölümüne kadar hayatının her evresinde olumlu ve olumsuz bir takım yaşantıları ve deneyimleri vardır. Olumsuz yaşantılar, insanda farklı şekillerde ve düzeylerde olmakla beraber strese yol açabilir. Strese yol açan durumlarda bireyler bu rahatsızlığı giderme çabası içine girerler. Bireylerin stres yapıcı durumların üstesinden gelebilmek için kişisel ya da çevresel olarak geliştirdikleri bilişsel ve davranışsal tepkileri vardır. Sigara içme davranışı da insanların bu şekilde korku, gerilim, kızgınlık gibi negatif duygularla başa çıkmak ve streslerini azaltarak uyumlarını sağlamak için başvurdukları bir davranış olarak değerlendirilmiştir (179,180). Bir başka görüşe göre ise sigara içme davranışı stresle baş etmek dışında salt memnuniyet ve keyif verici bir alışkanlık olarak da tanımlanmıştır (181).

2.2.4.6. Biyolojik Faktörler

Başlangıçta ister merak, ister benzeşme, ister başkaldırı sembolü olarak görülüp başlanılan sigara birkaç yıl içinde kullananların %50'sinde bağımlılık yapar (166,167). Psikososyal nedenlerle başlanan sigaranın bağımlılık haline geçişinde, tütünün içindeki nikotinin farmakolojik etkilerinin önemli katkısı vardır. Tütün ya da nikotine karşı fizyolojik bağımlılık olması ve yoksunluk belirtilerinin görülmesi, bağımlılık ölçütüdür (165).

Sigara içme miktarı arttıkça nikotine duyulan bağımlılık da artmaktadır (168,169). Biyokimyasal başa çıkma nikotin bağımlılığı ile ilgili bir durumdur.

Bireylerin nikotin bağımlılığı arttıkça, sigara içme oranında da artış olur. Bağımlılık düzeyleri yüksek olanların olmayanlara oranla sigarayı bırakmaları daha zordur (170).

Nikotin bağımlısı olan ve olmayanların davranışsal özellikleri yanında biyolojik yapılarında da bazı farklılıklar vardır (171). Biyolojik farklılıklar dopamin taşıyıcısı genlerde gözlenmektedir. Bu genler sigara içme davranışından kalıtımsal olarak etkilenmeye adaydır (172). Dopamin taşıyıcılarında SLC6A3-9 genotipi olanlar sigara içmeye daha az eğilimlidir. Bu bireylerde dopamin reseptör geni DRD2-A2 genotipi varsa bu eğilim daha da azalmaktadır (173). Sigara içme davranışında genetik yüklülüğün araştırıldığı bir çalışmada da ikizlerde sigara içme oranı tek yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizlerine oranla daha yüksek bulunmuştur (164).

2.2.5. Sigara Kullanımının Etkileri

Tütün ve hastalıklar arasındaki ilişki ilk kez 1761 yılında, İngiliz Doktor John Hill'in "Cautions Against the Immoderate Use of Snuff" (Aşırı Enfiye Kullanımına Karşı Önlemler) adlı ve tarihte bilinen ilk tütün-kanser araştırması olan raporunda belirtilmiştir (193).

2.2.5.1. Genel Sağlık Üzerine Etkileri

Sigara 4000 kimyasal madde içerir ve bunlardan 43'ünün kansere neden olduğu bulunmuştur (194,195). Sigaranın başta kansere yakalanma riski olmak üzere, koroner kalp hastalığı, serebrovasküler hastalıklar, akciğer hastalıkları, osteoporoz gibi insan sağlığı üzerinde pek çok olumsuz etkisi vardır (196).

2.2.5.2. Sigara Kullanımı ve Ruh Sağlığı

Psikiyatri hastalarında sigara içmenin ve nikotin bağımlılığının genel nüfusa göre daha çok görüldüğü bilinmektedir. İçicilik oranı şizofreni hastalarında %90,

Bipolar Bozuklukta %70, başka psikiyatrik bozukluğu olanlarda ise %45-70 arasında bildirilmektedir (183). Sigara içenlerde Duygudurum Bozuklukları, Anksiyete Bozuklukları, Madde Kötüye Kullanımı ve Kişilik Bozukluklarına da yüksek oranda rastlanmıştır (186).

Çocukluk çağında anksiyöz, agresif ve genel olarak nevrotik kişilik özelliklerinin sonraki çağlarda sigara içmeye eğilimli olma ile ilişkili olduğu, ileriye yönelik bir çalışma ile gösterilmiştir (185).

Depresyon nikotin bağımlılığı açısından önemli bir risk etkenidir. Sigara içenlerde majör depresyon öyküsü bulunma olasılığı daha yüksektir ve majör depresyon öyküsü bulunan kişilerin sigarayı bırakma olasılığı, depresyon öyküsü bulunmayanlara göre daha düşüktür. Sigara içme ve depresyon arasındaki bu ilişkinin iki bozukluğa karşı ortak bir genetik yatkınlıktan kaynaklanabileceği öne sürülmüştür.

Nikotin bağımlılığı açısından diğer risk etkenleri arasında alkol, kokain ve eroin olmak üzere birden çok maddenin kötüye kullanımı yer almaktadır. Özellikle sigara ile madde kötüye kullanımı/bağımlılığı arasında doğrudan ilişki bulunmuş, çalışmaya katılan genç yaştakilerde bu oran daha yüksek çıkmıştır (186). Bağımlılık davranışları sıklıkla birbirini tetikleyici rol oynuyor ve sigara içmeye devam etmek alkol ve madde kullanımı için uyaran oluşturabiliyor. Alkol kullanırken sigara içmeyi sevenlerin alkolü bıraktıktan sonra sigarayı daha kolay bırakabildikleri söylenmektedir (189). Alkol tedavisi öncesi sigarayı bırakanların alkol içme davranışını daha iyi kontrol ettikleri gösterilmiştir (188).

Bu nedenle, sigara içmeye devam edenlerin çoğunun psikiyatrik ya da başka sosyal sorunları olma olasılığı yüksektir. Ayrıca, bu kişilerin tütüne daha fazla bağımlı olma olasılıkları da daha yüksek ve sigarayı bırakma olasılıkları daha düşüktür (184) .

Sigara kullanımı tek başına bile olsa kabul edilebilir bir sosyal davranış olmaktan çıkmış ve DSM IV-TR da Nikotin Bağımlılığı ve Nikotin Yoksunluğu tanı kriterleri ile ruhsal hastalıklar içerisinde sınıflanmıştır.

2.2.5.2.1. Nikotin Bağımlılığı

Dünyada en kolay ve en yaygın bağımlılık türü sigara bağımlılığıdır. Tütün ve tütün mamülleri içerdikleri nikotin nedeniyle bağımlılık yaparlar. Sigara içmeyi bir kez deneyen her dört kişiden üçünün sigara tiryakisi olması, durumun ne kadar ciddi ve tehlikeli olduğunu ortaya koymaktadır (107,197). Devamlı sigara içen kişilerde fizyolojik bir bağımlılık oluşur, alışkanlığı oluşturan nikotin tütün bitkisi yapraklarında bulunan alkaloittir (192).

Nikotin bağımlılığı diğer yasadışı maddelerle aynı ölçüde sosyal, mesleki ve hukuki sorunlara yol açmamakla birlikte, tıbbi sakıncaları ve yaşamın erken dönemlerinde düzenli kullanımının zamanla diğer maddelerin kullanımına yol açması nedeniyle önlenmelidir(199).

Nikotin Bağımlılığı , DSM-IV-TR ölçütlerinde şu şekilde tanımlanmıştır;

A. 3 veya daha fazlasının 1 yıllık zaman içerisinde olması:

1) Azalmış etki veya aynı etkiyi sağlamak için artan dozlarla belirli nikotin toleransı

2) Kesilmede geri çekilme belirtilerinin çıkması

3) Azaltma çabalarına karşılık ısrar eden sigara içme isteği

4) Sigara içme veya tütün satın alma için yoğun zaman harcama

5) Sigara içme için iş, sosyal, ve keyif verici aktiviteleri erteleme

6) Sağlık risklerine karşın sigara içmeyi sürdürme

2.2.5.2.2. Nikotin Yoksunluğu

Nikotin yoksunluğu, nikotin içeren maddeleri kullanan bireylerde kesilme sonrası görülen geri çekilme belirtilerini tarifler ve bu durum DSM-IV-TR ölçütlerinde şu şekilde tanımlanmıştır;

A-En az birkaç hafta süre ile nikotin kullanılması

B-Nikotin kullanımının birden bırakılmasının ya da nikotin miktarının azaltılmasının ardından 24 saat içinde aşağıdaki bulgulardan dördünün (ya da daha fazlasının) ortaya çıkması:

1-Disforik ya da depresif duygudurum

2-İnsomni

3-İrritabilite,sinirlenme ya da öfkelenme

4-Anksiyete

5-Düşüncelerin yoğunlaştırılamaması

6-Huzursuzluk

7-Kalp hızında azalma

8-İştah artması ya da kilo alma

C-B tanı ölçütündeki belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal,mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur

D-Bu belirtiler genel tıbbi duruma bağlı değildir ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

2.2.6. Tütün Kontrolü

Sigaranın insan sağlığı üzerindeki ciddi olumsuz etkileri araştırmalarda kanıtlandıkça sigara kullanımının önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu anlaşılmıştır. Bu nedenle bu soruna yönelik önleyici stratejiler ve müdahale planları oluşturulmaya başlanmış ve başta gelişmiş devletler olmak üzere pek çok ülkede koruyucu önlemler devlet politikalarıyla belirlenmiştir.

Bu konuda tütün kontrolü ile ilgili dünya üzerinde bilinen ilk uygulama 1993 yılında ABD'nin Kaliforniya eyaletinde başlamıştır. Hollanda ve İrlanda'da 1 Ocak 2004, Norveç'te 1 Haziran 2004, İsveç'te 1 Mayıs 2005 , İspanya'da 1 Ocak 2006, Fransa'da 1 Şubat 2007, İngiltere'de 1 Mayıs 2007, Almanya'da 1 Ocak 2008 ve Kosova'da 1 Mart 2011 tarihinde kapalı yerlerde sigara içilmesi yasaklanmıştır.

Türkiye'de sigara tüketimine ilişkin ilk yasal kısıtlama, 26 Kasım 1996 tarih ve 22829 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan 4207 sayılı Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun ile öngörülmüştür. 4207 sayılı Kanunda 19 Ocak 2008 tarih ve 26761 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan 5727 sayılı Kanun'la esaslı değişikliklere gidilmiş, sigara başta olmak üzere tütün ürünlerinin, evler hariç, her türlü kapalı ortamda tüketimi yasaklanmıştır. 5727 sayılı Kanun'un bu hükümleri, anılan kanunun yayımından 1,5 yıl sonra tam olarak yürürlüğe girmiştir. Bu bağlamda Türkiye'de 19 Temmuz 2009 tarihinden itibaren evler hariç her türlü kapalı ortamda sigara tüketimi yasaktır. Sonuç olarak Türkiye, sigara tüketimi ile en sert mücadele eden ülkeler arasında sayılmaktadır.

2.3.Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları

2.3.1. Alkol Kullanım Bozuklukları

Alkol kullanımı üç evrede ele alınabilir; bunlar sorunsuz içicilik, sorunlu içicilik ve bağımlılıktır. Bir eğlence veya davette alınan alkol veya kişinin evinde dinlenmek için aldığı az miktarda alkol sosyal içicilik ya da sorunsuz içicilik olarak tanımlanır. Kişinin aile ilişkilerini ve iş yaşamını olumsuz etkileyecek biçimde alkol alma ise sorunlu içicilik olarak tanımlanır. Yüksek riskli içicilik sonucu birçok sosyal ve tıbbi sorunlar yaşayan, fakat alkole bağımlı olmayan insanlar alkol kötüye kullananlar veya sorunlu içiciler olarak değerlendirilirler (36). Ancak eğlence veya sosyal içicilik ile kötüye kullanım arasındaki fark belirsizlik gösterir. Yüksek dozda uzun süre alkol alımının fiziksel bağımlılığa neden olduğu belirtilmiştir. Alkol kullanımında içme davranışı üzerindeki kontrol kaybının alkol bağımlılığının ortaya çıkmasında belirleyici olduğunu ileri sürülmüştür. Alkolik veya alkol bağımlısı olarak bilinen kişiler, sadece tek bir içme döneminin veya uzun süreli riskli alkol kullanımının sosyal, ruhsal ve tıbbi olumsuz sonuçlarını yaşamakla kalmazlar, aynı zamanda içme davranışlarını kontrol etmede yetersizlik oluşur. Bu nedenle alkolün fiziksel ve psikolojik bağımlılığını da yaşarlar. Alkol içme davranışı üzerinde kişinin kontrol kaybı, yani yoksunluk belirtilerinin oluşması ve daha önce kullanılan

miktarlara tolerans gelişmesi, alkol kötüye kullanımı ile alkol bağımlılığı arasındaki sınırı oluşturmaktadır (56,57).

DSM-IV-TR, alkolle ilişkili bozuklukları alkol kullanım bozuklukları ve alkolün yol açtığı bozukluklar olarak ikiye ayırmıştır. Alkol kullanımının yol açtığı bozukluklar; Alkol entoksikasyonu, Alkol entoksikasyonu deliryumu, Alkol yoksunluğu sendromu, Alkol yoksunluğu deliryumu (delirium tremens), Alkolün yol açtığı; kalıcı amnestik bozukluk, kalıcı demans, psikotik bozukluk, duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu, cinsel işlev bozukluğu, uyku bozukluğu ve başka türlü adlandırılamayan alkolle ilişkili bozukluklar olarak alt başlıklar halinde sınıflandırılırken Alkol Kullanım Bozuklukları da bağımlılık ve kötüye kullanım şeklinde iki bölümde değerlendirilmiştir (1).

2.3.1.1. Alkol Kötüye Kullanımı

DSM-IV-TR' ye göre Alkol Kötüye Kullanımı tanı ölçütleri (1) aşağıdaki gibidir.

A) On iki aylık bir dönem içinde ortaya çıkan, asağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) ile kendini gösteren, klinik olarak belirgin bir bozulmaya ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz alkol kullanım örüntüsü:

1- İşte, okulda ya da evde alması beklenen başlıca sorumlulukları alamama ile sonuçlanan yineleyici biçimde alkol kullanımı (Örn. Alkol kullanımı ile ilişkili olarak sık sık işe gitmemeler ya da işte başarı gösterememe; okula gitmemeler, okulu asmalar ya da okuldan kovulmalar; eş ya da çocuklara gereken ilgi ve özenin gösterilmemesi)

2- Fiziksel olarak tehlikeli durumlarda yineleyici biçimde alkol kullanımı (Örn. Alkol kullanımının yarattığı bozukluklar sırasında araba kullanma ya da makinayı işletme)

3- Alkolle ilişkili, yineleyici biçimde ortaya çıkan yasal sorunlar (Örn. Alkolle ilişkili davranım bozukluğuna bağlı tutuklanmalar)

4-Alkolün etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişiler arası sorunlara karşın sürekli alkol kullanımı (Örn. Entoksikasyonun sonuçları hakkında eşle tartışmalar, fiziksel kavgalar)

B) Bu semptomlar, alkol bağımlılığı ölçütlerini hiçbir zaman karşılamamıştır.

2.3.1.2. Alkol Bağımlılığı

DSÖ, alkol bağımlısını "uzun süre ve alışılmışın dışında alkol alan, alkole bağlı ruhsal-bedensel toplumsal sağlığı bozulan, buna karşın durumunu değerlendiremeyen; değerlendirse bile alkol alma isteğini durduramayan, tedaviye gereksinimi olan bir hasta" diye tanımlamıştır.

DSM-IV-TR 'ye göre ise Alkol Bağımlılığı tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir.

12 aylık bir dönem içinde herhangi bir zamanda ortaya çıkan, aşağıdakilerden üçü (ya da daha fazlası) ile kendini gösteren, klinik olarak belirgin bir bozulmaya ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz alkol kullanım örüntüsü:

1)Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere direnç artımı olması:

a) Entoksikasyon ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artmış miktarlarda alkol kullanma gereksinimi

b)Sürekli olarak aynı miktarda alkol kullanımı ile belirgin olarak azalmış etki sağlanması

2) Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere yoksunluk gelişmiş olması:

a) Alkole özgü yoksunluk sendromu

b) Yoksunluk semptomlarından kurtulmak ya da kaçınmak için alkol alımı

3) Alkol çoğu kez tasarlandığından daha yüksek miktarlarda ya da daha uzun bir dönem süresinde alınır.

4)Alkol kullanımını bırakmak ya da denetim altına almak için sürekli bir istek ya da boşa çıkan çabalar vardır.

5) Alkol sağlamak, alkol kullanmak ya da alkolün etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcamak

6) Alkol kullanımı yüzünden önemli toplumsal, mesleki etkinlikler ya da boş zamanları değerlendirme etkinlikleri bırakılır ya da azaltılır.

7)Alkolün neden olmuş ya da alevlendirmiş olabileceği, sürekli olarak var olan ya da yineleyici bir biçimde ortaya çıkan fizik ya da psikolojik sorununun olduğu bilinmesine karsın alkol alımını sürdürür.

2.3.2. Madde Kullanım Bozuklukları

DSM-IV-TR'de tüm maddeler için "madde bağımlılığı" ve "kötüye kullanımı" tanımlamaya yönelik aynı ölçütler kullanır. Bu Alkol Bağımlılığı ve Kötüye Kullanımı için de geçerli olan kriterler ile aynı niteliktedir.

2.3.2.1. Madde Kötüye Kullanımı

Madde Kötüye Kullanımı kriterleri DSM-IV-TR'ye göre aşağıdaki gibidir.

A. Aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) ile kendini belli edecek şekilde, son 12 aylık dönem içinde ortaya çıkan, klinik olarak anlamlı bozulmaya ya da sıkıntıya yol açan maladaptif madde kullanma şekli

a. Evde, işte ya da okulda yükümlülüklerini sürdürmesini önleyecek şekilde yineleyici bir biçimde madde kullanımı (mesela madde kullanımı ile ilgili olarak tekrarlayan biçimde işe gitmeme, işte performans düşmesi, okula gitmeme, okuldan atılma, dersleri asma, çocuklarını ve ev halkını ihmal etme)

b. Fiziksel tehlike yaratabilecek durumlarda yineleyici biçimde madde kullanımı (mesela madde kullanımının etkileri altında olduğu halde otomobil veya bir makine kullanma)

c. Madde kullanımı ile ilişkili olarak yasal sorunların varlığı (mesela madde kullanımına bağlı davranışlar nedeni ile tutuklanma)

d. Sosyal yaşamda yineleyici ve kalıcı sorunlara yol açmış olmasına karşın madde kullanımı sürdürme (mesela eşiyle maddenin yol açtığı davranışlar yüzünden tartışma, fiziksel kavgalar)

B. Bu madde için kişinin bağımlılık tanısı almamış olması

2.3.2.2. Madde Bağımlılığı

Madde bağımlılığı kriterleri DSM-IV-TR'ye göre aşağıdaki gibidir.

Maddenin kişinin uyumunu bozacak, klinik olarak belirgin bir rahatsızlığa yol açacak biçimde kullanılması, 12 aylık sürede aşağıdakilerden en az üçünün bulunması

a. Direnç artımı (tolerans)

b. Yoksunluk belirtilerinin olması ve bunları gidermek için madde alımını sürdürme

c. Maddenin tasarlandığından fazla miktarda ve sürede alınması

d. Madde kullanımını bırakmak ya da denetlemek için yineleyen çabalar

e. Maddeyi elde etmek için ve madde etkisinde çok zaman harcama

f. Madde etkisi altında olduğu için günlük işlerinin yerine getirememe

g. Maddenin sebep olması veya alevlendirmesinin mümkün olduğu sosyal, bedensel ya da ruhsal bir sorunun varlığına karşın madde kullanımını sürdürme (Mesela kokainin sebep olduğu bir depresyon veya alkol alımı ile kötüleşen bir ülserin varlığının bilinmesine rağmen madde kullanmaya devam etmek)

2.3.3. Dünyada ve Türkiye'de Çocuk ve Gençlerde Alkol ve Madde Kullanımı

ABD de her 5 ergenden birinin alkol, her 13 ergenden birinin de uyuşturucu-uyarıcı madde kullandığı bildirilmiştir (58). Her ne kadar Türkiye'de madde kullanım oranları gelişmiş batı ülkeleri düzeyinde olmasa da madde kullanım sıklığında belirgin bir artış olduğu bildirilmektedir (59,60).

18-59 yaş arası bireylerin katılımıyla gerçekleşen, ulusal temsilin olduğu İngilizce konuşan erişkinlerin temsil edildiği "National Comorbidity Survey Replication" çalışmasına göre, alkol kötüye kullanımı ve alkol bağımlılığının, yaşam boyu prevelansı, sırasıyla %14,0-16,3 ve %6,0-6,4 arasında olduğu tahmin edilmektedir (61). Gelişmiş ülkelerde periyodik olarak yapılan epidemiyolojik çalışmalarla, ergenlerin alkol içme durumları yakından izlenmektedir. Bu ülkelerde

son 20 yılda ergenler arasında alkol içme oranında artış eğiliminin durduğu ve hatta hafif bir azalmanın da başladığı bildirilmektedir (62,63).

Türkiye'de ergenler arasında sarhoş olma sıklığı %16 iken, bu oran Avrupa bölgesinde %53 olarak bulunmuştur (64). ABD'de ise bu oran %26 dır (65). Yine Avrupa'da 2003 yılında, 35 ülkede yapılan ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) çalışmasına göre; Türkiye'de ergenler arasında yaşamı boyunca en az bir kez alkollü içki içme sıklığı %45 bulunmuştur. Bu oran, Avrupa bölgesinin en düşük değeridir. Avrupa bölgesindeki en yüksek oran %98 ile Çek Cumhuriyeti ve Litvanya'da tespit edilmiştir (64). Ülkemizde yapılan çalışmalara bakacak olursak yaşamı boyunca en az bir kez alkollü içki içme sıklığı Kocaeli ve İstanbul'da lise öğrencilerinde sırasıyla %61 ve %54 olarak bulunmuştur (67,68).

Türkiye, Avrupa bölgesinde alkol ve madde kullanımının en az olduğu, buna karşın geçen 10 yılda kişi başına tüketilen alkol miktarının en fazla arttığı (%175) ülke olarak bildirilmektedir (63). Bu da, ülkemizde alkol içme eğiliminde artış olduğunu göstermektedir.

Son yıllarda Türkiye'de öğrencilerle yapılan araştırmalar, madde kullanım yaygınlığının bölgelere ve maddenin türüne göre değişmekle birlikte genel olarak artış gösterdiğini ortaya koymaktadır(60,71). Bu nedenle risk faktörlerinin belirlenmesi, koruyucu çalışmaların yapılması açısından önem kazanmaktadır.

Ülkemizde ve yurt dışında yapılan araştırmalarda erkek öğrencilerde alkol kullanım yaygınlıkları kız öğrencilerden daha yüksektir (71-77). Yapılan çalışmalar cinsiyet açısından değerlendirildiğinde; alkolle ilgili davranışlar sigara kullanımında olduğu gibi erkeklerde kızlardan daha yüksek sıklıkta görülmektedir (65,67,129,201)

Ülkemizde yapılan bir çalışmada 12-14 yaş grubu ergenlerin %4'ünün, 15- 17 yaş grubu ergenlerin %13,9'unun ve 18-21 yaş grubu ergenlerin ise % 26,2'sinin alkol kullandığı saptanmıştır (129). Öğrencilerin devam ettikleri sınıf büyüdükçe sarhoş olma sıklığı artmaktadır (67).

Dünya Sağlık Örgütünün raporuna göre alkole başlama yaşının yaşamın ileri dönemlerindeki alkol bağımlılığı ve alkole ilişkili rahatsızlıklarda en belirleyici faktör olduğu belirtilmiştir (78). Alkol, gençlerde zarar verici sonuçlar doğurmaktadır. Erken yaşta alkol alma, yaşam boyu herhangi bir zamanda alkol kullanım bozukluğunun oluşmasını arttırıcı bir risk etkenidir. Ülkemizde alkol bağımlılığı tanısı almış olan klinik nüfusla yapılan çalışmalarda, alkole başlama yaşının 14-20 olduğu bildirilmiştir (79, 127).

Ülkemizde 1998 yılında yayınlanan 9 ili kapsayan bir çalışmada ilk olarak alkol deneme yaşının 11.6±1.1, sarhoş olma yaşı 11.9±2.5 olarak bildirilmiştir (135). Ortaöğretim gençliği arasında 2003 yılında yapılan bir çalışmada araştırmaya katılanların %2.5 'nin yaşam boyu en az bir kez ekstazi kullandığı belirlenmiştir. Bu oran erkekler için %4.1'iken kızlar için %0.8 'dir (142). Esrarın en sık kullanılan yasadışı madde olduğu, buna karşın kokain ve eroin kullanımının giderek yaygınlaştığı bildirilmiştir (143). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Bağımlılık Tedavi Birimi 10 yıllık kayıtlarının incelendiği bir araştırmada madde kullanmaya başlama yaşı esrar için 19.89±7.10, eroin için 21.40± 7.47, uçucu madde için 14.27 ± 3.22, çoğul madde için 16.01± 6.5 olarak bildirilmiştir (156). 1998–2002 yılları arasında Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezi'nde yürütülen çalışmada alkol ilk kulanım yaşının 11-20 yaş arasında olduğu bildirilmiştir (157). Yine aynı çalışmada 6–10 yaş arasında kullanmaya başlayanların olduğu bildirilmektedir (157). Dokuz ilde ilk ve ortaöğretim öğrencilerinde tütün, alkol ve madde kullanım yaygınlığını araştıran bir çalışmada esrar deneme yaşı ortalaması; ilköğretimde ve orta öğretim öğrencileri arasında sırasıyla 12.8 ± 1, 13.8 ± 1.9 yaş olarak saptanmıştır (60). Uçucu madde kullanım yaşı ilkokul ve ortaöğretim öğrencilerinde sırasıyla 12.0±2.2, 13.4±1.8 olarak bildirilmiştir (142). İlk olarak ekstazi deneme yaşı ortalaması ise 13.4 ±1.9 yaş; olarak bildirilmiştir (142).

Lise öğrencilerinde alkolle tanışma oranları İstanbul'da %34.6, Burdur'da %7.6, yüksek öğrenimdeki gençlerde ise İstanbul'da %43.6, Burdur'da %31.6 olarak bulunmuştur (73). Sivas'ta ise lise öğrencilerinde son bir ayda en az bir kez alkol kullanımı %8.3 bulunurken (190), İstanbul'da %18 olarak bulunmuştur (109).

Ülkemizde yapılan araştırmalarda alkolle tanışma oranları farklılık göstermektedir. Oranların farklılığında kullanılan yöntem, örneklem grububu farklılıkları ve bölgesel özelliklerin rolü olabilir. Yaşamı boyunca en az bir kez alkollü içki içme, son bir ayda alkollü içki içme davranışlarının yaşla birlikte arttığı bulunmuştur (65,67)

Yapılan çalışmalarda alkole başlama yaşının giderek küçüldüğü, lise ve üniversite öğrencileri arasında alkol kullanımının giderek yaygınlaştığı belirtilmiştir. Alkolle benzer olarak ergenler arasında madde kullanımının artması ve ilk defa kullanma yaşının giderek aşağılara düşmesi bu sorunu önemli bir toplumsal sorun olarak karşımıza çıkarmaktadır (174). Bu nedenle yetişkin dönemindeki Alkol ve Madde Kullanımın Bozukluklarının önlenebilmesi için, gözler gençlik dönemine çevrilmektedir. Bu dönemde bu alışkanlıklara yol açan nedenler araştırılmaktadır.

2.3.4. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluklarında Risk Faktörleri

Alkol ve madde kullanım bozukluklarının (AMKB) gelişiminde çevresel, gelişimsel ve sosyal şartların etkili olduğu bilinmektedir. Ancak genetik alanında kaydedilen gelişmelerin ardından genetik nedenlerin oynadığı rol ön plana çıkmaya başlamıştır.

Sigara kullanımında olduğu gibi alkol ve madde kullanım sorunlarında da, sosyoekonomik düzey, yaşam alanları, aile ve arkadaş çevresi, okul uyumu ve akademik başarı, ebeveyn davranış ve tutumu, ebeveyn çocuk ilişkisi, ebeveyn mizaç özellikleri ve psikopatolojisi, çocukların mizaç özellikleri ve psikopatolojileri, özbenlik saygıları gibi pek çok psikososyal ve çevresel faktör önemlidir. Bununla birlikte bu psikososyal ve çevresel faktörlerin yanında başta genetik olmak üzere biyolojik faktörler de bu sorunların başlaması ve sürmesinde önemli rol oynamaktadır. Kısaca bunlara değineceğiz.

Madde kullanımı açısından risk grupları ayakkabı imalatçıları ve tamircileri, mobilya imalatçıları, matbaacılar, kuaförler, boyacılar, benzin ve petrol

istasyonlarında çalışanlar, motorlu taşıt ve bisiklet tamircileri vb.dir. Uçucu madde kullanımına başlama yaşı 7-9 olarak bildirilmektedir(198). Sanayi bölgesinde çalışan çıraklar hem meslekleri, hem de yaş grupları açısından uçucu madde kullanımı için risk grubu olarak kabul edilmektedir. Tuncer ve arkadaşları, AMATEM'e yatırılarak tedavi edilen 8 uçucu madde bağımlısı ile yaptıkları çalışmada olguların yaş ortalamalarının 17 olduğunu, tümünün sanayileşmenin yoğun olduğu çevre semtlerde yaşadığını, öğrenci olmak dışında mobilya ve oto tamirhanelerinde çalıştıklarını ve uçucu maddeleri bir grup etkinliği biçiminde kullandıklarını bildirmektedirler (206). Bu açıdan AMKB gelişiminde çocukların yaşam alanları ve sosyal çevreleri önem kazanmaktadır.

Ergenlerde madde kullanımını tetikleyen gelişimsel davranışlar, bağımsız bir kimlik oluşturma çabası, değişik yaşam tarzları ve davranışları deneme, arkadaş grubunda kendisini kabul ettirme isteği ya da erişkin gibi görünmek istemeye bağlı olabilmektedir (207). Kullanıldığında insana yalancı bir iyilik hali, kendine güven duygusu sağlayan alkol ve diğer psikoaktif maddeler, ergenlik döneminin özellikleri nedeniyle gençlik çağında çekici olmaktadır. Gencin yetersizlik duygusunu, kaygılarını ve çekingenliğini ortadan kaldırmakta, ayrıca kabadayılık gibi davranışlarla erişkin olduğunu kanıtlamaya yaramaktadır. Sorunlu gençler bu tür maddeler yardımıyla benlik saygılarını bir süre ayakta tutabilmektedir (208).

Sigara ve alkol kolay ulaşılabilirliği, yasal oluşu, sosyal olarak kabul edilebilirliği nedeniyle daha az zararlı olarak algılanmaktadır(209). Ergenlerin sigara içmesi ile alkol almayı denemeleri arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur(210). Sigara, alkol gibi bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımında bir geçiş aracı olarak kullanılmakta ve gençlerde alkolizmin en güçlü belirleyicisi olduğu söylenmektedir (211,212). Bu konuda yapılmış bir araştırmada sigara içen ergenlerde alkol kullanma sıklığını içmeyenlere göre 3 kat daha fazla bulunmuştur (213). Alkolizm ve madde kullanımı klinik örneklerde ve genel toplumda birliktelik gösterir. Alkol kullanan bireylerde kullanmayanlara oranla madde kullanımı daha sıktır. Alkol ve madde kullanımının birbirine yakın genetik temelleri olduğu düşünülmektedir. Opioid bağımlısı (OB) olup eş AKB tanısı alanların yakınlarında OB olup ancak eş AKB

tanısı olmayanların yakınlarına göre daha yüksek oranda AKB bildirmiştir (214). Yapılan çalışmalar kötü alışkanlıkların hiyerarşik bir sırayla sigara, alkol, madde bağımlılığı şeklinde ilerlediğini göstermektedir (215,216).

Alkol deneyen gençlerde de aile ortamında 'otoriter baskıcı tutum', 'anne-baba ilişkilerinde uyumsuzluk' ve aile üyeleri arasında 'ilişkilerde sınırsızlık ve istismar' daha yüksek oranda bildirilmiştir. İlgisiz, tutarsız ve otoriter aile tutumunun, demokratik aile tutumuna göre alkol içme oranını artırdığı saptanmıştır (217). Başka bir çalışmada, anne-baba arasında uyumsuzluk olan ailelerde gençlerin aileye tepki olarak alkol içtiği, hatta uyuşturucu madde kullanımının temel nedenlerinden birinin anne baba arasındaki uyumsuzluk olduğu saptanmıştır (218). Çakıcı ve Çakıcı, psikolojik ve fiziksel istismara uğrayanlarla ihmal davranışına maruz kalanların sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanmaya daha çok yöneldiğini saptamıştır (219). Nitekim birçok araştırma sonucu aile ile çeşitli sorunlar yaşayan gençlerde sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığının daha yüksek olduğunu, sigara ve alkol içmeye başlamada da önemli bir neden oluşturduğunu göstermektedir (123-125,223). Coombs ve Landsverg, 443 anne-baba ve çocukları üzerinde yaptığı çalışmada, anne-baba ile ergen ilişkisinin alkol ve madde kullanımında etkili olduğunu, alkol ve madde kullanan ergenlerin anne-babaları ile iletişiminin açık olmadığı, duygusal olarak kendilerini ifade edemedikleri, ailede televizyon, ev ödevleri, alkol-madde kullanımı ile ilgili katı kuralların olduğu ve bu gençlerin anne-babalarına güvenmeyi, onlarla iyi iletişimleri olmasını istediklerini saptamıştır. Ayrıca alkol ve madde kullanmayan ergenlerin anne-babalarının ise çocuklarının kendilerine güvenmeleri için onları daha çok ödüllendirdikleri ve onların kişisel sorunlarını çözmede yardımcı olduklarını saptamıştır(224). Benzer şekilde Cohen ve arkadaşları, sigara ve alkol içen çocukların anne-babalarının, çocuklarına daha çok zaman ayırıp iletişimlerini artırmaları sonucunda, bu çocukların son bir ay içindeki içki ve sigara içme düzeylerinin düştüğünü bulmuştur. Aynı çalışmada ailedeki yakın ilişkilerin çocuğun madde kullanan arkadaşlarından kaçınmasında etkili olduğu, ailedeki yıkıcı tutumların ise, gençlerde son bir ayda alkol içmeyi yaklaşık iki katına, sigara içmeyi ise dört katına çıkardığı saptanmıştır.(150)

AMKB olan ergenlerin ebeveynlerine psikopatoloji ve mizaç boyutunda yoğunlaşan çalışmalarda ebeveynlerdeki kişilik özelliklerinin alkolizm oluşumunda önemli bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir (226). Sağlıklı kontrolleri MKB olan olgularla karşılaştırdığımızda, MKB olan olgularda çok sayılarda kötü uyum gösteren kişilik özellikleri saptanmıştır. Bu kötü uyum gösteren kişilik özelliklerinin, MKB ile ilişkili bir risk faktörü olduğu belirlenmiştir. Dürtüsel, nörotik, uyum sorunu olan kişilik özelliklerinin MKB'larının gelişmesinde bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir (227-230). MKB olan ergenlerin ebeveynlerinde, MKB olmayan ergenlerin ebeveynlere göre I. ve II. eksen tanısı daha fazla gözlenmekte ve mizaç özellikleri her iki grup arasında farklık göstermektedir. Ailesel etkiler ergendeki MKB üzerine bireysel özellikler ve arkadaş çevresi kadar etkili olmaktadır(231).

Alkol ve psikoaktif madde bağımlılığında genetik etkinin varlığını araştırmak için aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları yapılmıştır. Bu çalışmalar daha çok alkol kullanımı üzerinde yapılmıştır ve alkol kullanımında önemli bir genetik etkinin bulunduğu gösterilmiştir (232). Avusturyalı ikizler üzerinde 13–18 yaş döneminde alkol kullanımında genetik ve çevresel etmenler çalışılmış, her ikisinin de önemli olduğu saptanmıştır. Kadın alkoliklerde erken başlangıcın, erkeklerde de çevresel etmenlerin madde kullanımını sürdürmede etkili olduğu bildirilmiştir (233). Aile ve ikiz çalışmaları, alkolizmin ailesel geçişi olan bir hastalık olabileceğini destekler. Monozigot ikizlerde (%60), dizigot ikizlerde (%39) göre daha sık oranda AKB olduğu bildirilmiştir (234, 226). Erkek ikizlerde kadın ikizlere göre alkolizm gelişme şansının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Evlat edinme çalışmalarında AKB'nın genetik yönünü destekleyen sonuçlar elde edilmiştir. Clonninger ve arkadaşları biyolojik babalarında alkol problemi olan evlat edinilmiş çocuklarda yüksek alkol kullanım oranı saptamıştır. Bunu takip eden çalışmalarda da bu ilişkiyi destekler tarzda sonuçlar elde edilmiştir (235,236).

Alkol bağımlılığı konusunda üzerinde en çok çalışılan aday gen belirteci (marker) dopamin D2 reseptör genidir (237). Alkol bağımlılığı ile en çok ilişkilendirilen DRD2 Taq 1A alel sıklığında artıştır. Yapılan diğer çalışmalar sonucunda; kromozom 11p üzerindeki DRD4 lokusu; kromozom 4 üzerindeki β1-

GABA reseptör birimi; kromozom 4 üzerindeki ADH gen lokusu; kromozom 1, 2, 4, 7 ve 16 ile alkol kullanımı arasında bağlantılar kurulmuştur (238).

Bağımlılık davranışının patofizyolojisinin açıklanmasında üzerinde en çok durulan dopaminerjik sisteme ait yolaklardır. Limbik sistem, temel duyguları ve davranışları kontrol etmekte ve haz algısına temel oluşturmaktadır. Bağımlılık yapan ilaçlar limbik sistemde bulunan "ödül yolağını" uyararak etki göstermektedir. Bu sistemdeki yolaklar, ventral tegmental bölgeden orijin alarak nukleus akumbense ulaşırlar ve dopaminerjik nöronlardan oluşurlar. Amfetamin ve kokain, presinaptik alandan dopamin salınımı artırarak ve dopamin geri alımını bloke ederek, ekstrasellüler dopamin konsantrasyonunu artırırlar. Opiyatlar, etanol ve nikotin ise, dopaminerjik nöronların ateşlenmesini artırarak ekstrasellüler dopamin konsantrasyonunu artırmaktadırlar. Bağımlılık sonucunda normal dopamin üretimi değişebilmekte ve ilaç kullanımının bırakılmasıyla yoksunluk belirtileri ortaya çıkabilmektedir. Yoksunluk belirtilerini ortadan kaldırmak amacıyla da alkol ve psikoaktif madde kullanımı devam etmektedir (238).

Ergenlik çağında alkol ve madde kullanımına sıklıkla yıkıcı davranış bozuklukları, depresyon , anksiyete ve mental retardasyon gibi psikiyatrik sorunlar eşlik etmektedir ayrıca madde kullanan ergenlerde istismar ve ihmal gibi çocukluk çağı kötüye kullanımının araştırılması gerektiği vurgulanmaktadır(239). Mevcut psikiyatrik rahatsızlıklar alkol ve madde kullanımını artıran bir risk faktörü olduğu gibi bu maddelerin kullanımı çocuk ve gençlerde var olan psikiyatrik belirtilerin kötüleşmesine ya da direkt olarak psikiyatrik bozukluklara yol açabilmektedir. Bu eş tanılardan en çok dikkat çekenlerden biri de DEHB'dir.

DEHB olan çocuk ve gençlerde klinik seyirde sigara alkol ve madde kullanım sorunlarının daha sık olması ve AMKB'u olan bireyler değerlendirildiğinde DEHB semptomlarının daha çok eşlik etmesi bu iki bozukluk arasındaki ilişkiye odaklanılmasına sebep olmuştur.

2.4. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ile Sigara Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları

DEHB, etkileri yaşam boyu süren, topluma tedavi dışında yan maliyetler de getiren, etkilenen bireylerde yaşam boyu süren yeti yitimine neden olan, süreğen nörogelişimsel bir hastalıktır.

Sigara, alkol ve madde kullanım bozuklukları ülkemizde dahil olmak üzere bütün dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur. Sigara alkol ve madde kullanımının artması ve ilk defa kullanma yaşının giderek aşağılara düşmesi bu sorunu önemli bir klinik ve toplumsal sorun olarak karşımıza çıkarmakta ve risk faktörlerini belirleme gerekliliği doğmaktadır.

Sigara, alkol ve madde kullanım bozuklukları ile DEHB arasındaki ilişki pek çok araştırmada gösterilmiştir. DEHB tanısıyla tedavi ve takip edilmekte olan çocuk ve ergenlerde alışkanlık yapıcı maddeler açısından riskli hasta gruplarının belirlenmesi ve tedavi stratejilerini belirlerken sağaltımda bunların göz önünde bulundurulması prognoz açısından önem kazanmaktadır. Ayrıca sigara alkol ve madde kullanım ile ilgili koruyucu halk sağlığı politikalarının oluşturulmasında, hedef kitle ilgili özelliklerin ayrıntılı olarak bilinmesi etkin koruma ve tedavi stratejilerinin belirlenmesi ve müdahale programlarının oluşturulmasında gereklidir. Sigara, alkol ve madde kullanım bozuklukları ile DEHB arasındaki ilişki de öngörücülerin, risk faktörlerinin ve koruyucu faktörlerin araştırılması bu açıdan önem kazanmaktadır. Bu yüzden DEHB ve madde kullanım bozuklukları arasındaki ilişkiyi açıklamaya yönelik farklı hipotezler sunulmuştur.

Bu iki hastalığın birlikteliği birincisi, sinirsel ve davranışsal fenotipin uyumluluğu ile açıklanabilir. İkincisi DEHB ve ona uyan nöronal ve davranışsal özellikler bağımlılık için risk faktörüdür. Üçüncüsü de kronik madde alımı, DEHB' nin nöral ve davranışsal yönlerini taklit edecek şekilde orbitofrontal korteksin fonksiyonunu doğrudan değiştirebilir. Dördüncüsü DEHB si olan hastalarda

bağımlılık yapıcı madde kullanımı hastalığın semptomlarını kendi kendine tedavi etme girişimi olarak öne sürülebilir (312).

DEHB ve madde kullanım bozuklukları, benzer genetik faktörler de dahil olmak üzere ortak etyolojik yönleri paylaşabilmektedir (321,322). Bu konuda yapılan aile çalışmalarına bakıldığında, madde kullanımı olan erişkinlerin çocukları, DEHB dahil olmak üzere psikopatoloji geliştirmeye daha yatkın bulunurken (315,316). DEHB si olan çocukların ebeveynlerinde daha sık olarak madde kullanım problemleri gösterilmiştir (35,318,319). DEHB'li çocukların ebeveynlerinin, DEHB'si bulunmayan çocukların ebeveynlerine göre alkol kullanımı gibi problemleri daha fazla oranda yaşadıkları bildirilmiştir (35,339,336). DEHB'si bulunan çocukların ebeveynlerinde ve ikinci derece akrabalarında alkolizmin daha yüksek oranda bulunduğunu saptamıştır (253,317). Çift kör aile genetik çalışmasının yapıldığı iki geniş grubun dahil edildiği araştırmada da DEHB'si bulunan kız ve erkek çocukların akrabalarında yüksek oranda psikoaktif madde kullanımı olduğu saptanmıştır (225,240). Benzer şekilde Madde kullanım bozuklukları prevalansı, DEHB' lilerin birinci derece akrabalarında sağlıklı kontrollere göre daha yüksek bulunmuştur (320).

Genetik çalışmalarda, etki boyutu sınırlı olsa da, dopamin taşıyıcısını kodlayan DAT 1 geni DEHB ve MKB ilişkisi için dikkat çekmiştir (298). DAT 1 geninin 3'çevrilmemiş bölgesinde değişen sayıda ardı ardına tekrar eden bir polimorfizm defalarca DEHB ile ilişkilendirilmiş (299-303), aynı gen son zamanlarda da inatçı sigara kullanma davranışı ve kokain kötüye kullanma ile de ilişkilendirilmiştir (304,305). Özellikle, DEHB belirtilerinin derecesi kontrol altına alındıktan sonra, DAT 1 risk geni ve yanıt inhibisyonu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş ve risk genotipinin esas etkisinin hastalığın şiddetine değil yanıt inhibisyonu düzeyinde olabileceğinden bahsedilmiştir (299).

DEHB'yi de içeren dışa vurum bozuklukları ve MKB arasındaki ilişkiyi inceleyen genetik çalışmalar gözden geçirildiğinde ise DEHB, yıkıcı davranışlar ve MKB ile ilişkili bulunan ANKK1, TTC12, DRD2, NCAM1, LPHN3, ve CDH13

genleri üzerinde durulduğu görülmüştür (313). Bu bozuklukların bilişsel kontrolü ile ilgili yapıların ortak durumlarını etkileyen aday genler olan COMT, DRD4 gibi diğer genler ile ilgili de çalışmalara ihtiyaç vardır.

DEHB ve madde kullanımı arasındaki birlikteliğin nedenleri halen tam olarak bilinmemekle birlikte bu ilişkinin pek çok yönü vardır. DEHB ve madde kullanımını birlikteliğini açıklamaya yönelik dürtüsellik fenotipi, kortikal kontrol ve yanıt inhibisyon yetersizliği, paylaşılmış nörokimyasal, nöroanatomik farklılıklar gibi çeşitli nöral ve psikolojik açıklamalar yapılmıştır.

Bu konudaki hipotezlerden biri; kısmen örtüşen genetik ve nörokimyasal belirleyicilerden kaynaklanan, davranış üzerinde bilişsel kontrolün karakteristik yetersizliğine yol açan sinir sistemi düzeyinde disfonksiyondur. Bu kontrol yetersizliği madde bağımlılığının ilerlemesi için bir güvenlik faktörü açığını temsil ederken ve DEHB'de belirti ve bulguların ortaya çıkmasına yol açar (263).

Dürtüsel davranışlar bilişsel kontrol etme yeteneğinde yetersizlikle madde alımına başlanılması için duyarlılık oluşturabilir ve nihai bir şekilde ilerleme ile bağımlılık gibi kontrol edilemeyen formuna yol açabilir. Kognitif kontrol, planlama, amaçları güncelleme, dikkati yöneltme ve sürdürme ve olası yanıtların inhibisyon kontrolü gibi organizmaların etkili adaptif davranışlarını etkinleştiren birçok kognitif mekanizmayı birleştirir (268). Bireysel olarak, kognitif kontrolün birçok bileşeni, DEHB ve Madde Kullanım Bozukluklarını da içeren pek çok psikiyatrik hastalıkta bozulmuştur. Davranışlar üzerindeki kognitif kontrol eksikliğinin DEHB ve Madde Kullanım Bozukluklarının temel özelliği olan dürtüsel davranışları doğrudan desteklemesi muhtemeldir. DEHB'li çocuklar durumsal uygunsuz davranışlarını bastırmakta güçlük gösterirler. Skolastik kayıplar ve bozuklukla karakterize yıkıcı davranışlar bu kontrol yetersizliğinin sonuçlarıdır ayrıca kritik olarak bağımlılık bozuklukları, ödüle yönelik davranış üzerinde etkin ve istemli kontrolün yetersizliğini içerir (265).

Genetik olarak belirlenmiş, nörodavranışsal hayvan modelli çalışmalarda yaygın olarak desteklenmiş ve de her iki hastalık için de ortak bir endofenotip olan yanıt inhibisyonu fonksiyonu yetmezliği de bunlardan biridir. Bu bozukluklarda psikolojik disfonksiyonun birçok boyutları bulunmuştur. Bu bilişsel kontrol eksikliğinden kaynaklanan madde kullanımı ile DEHB'de impulsif davranış paterni deneysel olarak ölçülebilir yanıt inhibisyonuyla açıklanmaya çalışılmış ve Madde Kötüye Kullanımı ve de DEHB'de yanıt inhinisyonunda önemli bir kayıp olduğuna dair deliller bulunmuştur. Yanıt inhibisyonu çevresel yükümlülükler bunu talep ettiğinde ilişkili davranışı bastırabilme yeteneğini kapsar. İnhibe etmek için durumsal gereklilikler, varsayılan yanıtı düzenleme, geciktirme, durdurma, inhibe etme, değiştirme gibi modifikasyonları içerir ve bütün bunların hepsi DEHB ve Madde Kötüye Kullanımında ortaya çıkan nöronal sistem disfonkisyon yönlerininin her birini gösterir (263).

DEHB' li hastalar yanıt inhibisyonu ve bilişsel kontrolde kullanılan laboratuvar testlerinde, belirlenmiş yanıtı değiştirmek durdurmak ve stopajda güçlükler sergilemişler (269-275) ve bu etkiler genellikler inferior frontal korteksi içeren nöronal ağların fizyolojik disfonksiyonu ile ilişkilidir (270-273,276). Bağımlılık ile ilgili olarak, özellikle uyarıcılar olmak üzere ilaç kötüye kullanımı ve bağımlılığı olan hastalarda da yanıt inhibisyon kaybı bulunmuştur (277-279). DEHB'de olduğu gibi, ventrolateral frontal korteksin de içinde olduğu anatomik ve fizyolojik fonksiyon bozukluğu bu kayıplar ile ilişkilidir (280,281).

Yanıt inhibisyon yetersizliğini açıklayan DEHB ve Madde Kötüye Kullanımı ve Bağımlılığı ile ilgili hayvan modelleri, komorbiditelerini ve her iki bozuklukta bu endofenotipin rollerini kanıtlamıştır. Bu hipotezi test etmek ve altta yatan biyolojik mekanizmaları ortaya çıkarmak için araştırmaya ihtiyaç vardır (263).

Pek çok öneri ise, bilişsel ve motivasyonel süreçlerle ilişkili devrenin disfonksiyonuyla ilgili yaygın bir desene odaklanmıştır. Örneğin birkaç araştırmacı da DEHB ve AMKB arasındaki ilişkinin, dopamin sisteminin hipofonksiyonu sonucu ortaya çıkan yürütücü işlevlerde bozulma, kötü motor planlama, uygun şekilde

dikkati sürdürme ve paylaştırmada yetersizlik, ertelemeye karşı gelişmiş duyarlılık, anormal motivasyon ve pekiştirme süreçleri ile karakterize olduğunu önermişlerdir (264).

Bazı açıklayıcı teoriler ise madde kullanım ve bağımlılığını maddeye bağlı olarak ortaya çıkan dopaminerjik nöronlarla ilgili olan ödül ve motivasyon sistemlerinin (265, 266) ve ödül ile ilişkili davranışların üzerindeki yürütücü kontrolün bozulması olarak tanımlamışlardır (267).

Moleküler görüntüleme çalışmaları DEHB ve Madde Kötüye Kullanımı' nın her ikisinde de özellikle striatal bölgelerde dopaminerjik fonksiyon ve üretimde değişiklik olduğunu göstermiştir (282-285). DEHB tedavisinde belirgin etkinliği olan metilfenidatın pozitron emisyon tomografisi ile bazal ganliyon ve anterior singulat girusta ekstraselüler dopamini artırdığı gösterilmiştir (331). Bu dopaminerjik değişikliklerin ötesinde her iki hastalıkta da tutarlı olarak prefrontal ve striatal bölgede düşük gri madde yoğunluğu gösterilmiştir (286-289). Fonksiyonel görüntüleme teknikleri ile yapılan çalışmalarda da DEHB ve AMKB'nın her ikisinde yanıt inhibisyon testi performasında anterior singulatda hipoaktivasyon gösterilmiş (290,291). Ortak nöronal disfonksiyon ve disregulasyon gösteren bu bilgiler paralel nöronal yollar gösteren ortak davranış sorunlarına katkıda bulunabilir.

DEHB'si ve madde kullanım bozukluğu olan insanlarda yapılmış olan nörogörüntüleme çalışmalarını derleyen bir çalışmada da, striatal dopamin salınımında azalma , striatumla birlikte prefrontal korteks ve anterior singulat korteks arasındaki nöral devre sisteminde bozulma olduğuna dair replike edilmiş kanıtlar olduğu saptanmıştır (330).

Nöral düzeyde ilişkili bazal ganliyon bölgelerin yanı sıra ventrolateral frontal korteks ve cingulat korteksi içeren devrenin disfonksiyonu komorbiditenin yönlerini açıklayarak davranışsal bozukluğa ortak bir model oluşturabilir. Kemirgen ve primatlardaki modellerde, hem DEHB hem de madde kullanım bozukluklarında

ventrolateral frontal ,singulat kortekslerde ve bazal gangliyon bölgelerini de içerecek şekilde, yanıt inhibisyonundaki defisitler dikkat çekmiştir (263).

Maddenin tipi ne olursa olsun, uzunlamasına çalışmalar DEHB başlangıcının MKB'den önce olduğunu göstermiştir (310). Bu DEHB'nin tanı zamanı ve tedavisi ile MKB'nin nun ciddiyeti ve veya ortaya çıkışını azaltabilir hipotezini ortaya çıkarmıştır. Nöropsikiyatrik rahatsızlıklar içerisinde DEHB tedavisi, yan etkisi yok diyemesek de semptomların kontrolünde dikkat çekici bir etkinliği olan mevcut farmakolojik tedavisi ile biraz benzersizdir (292,293). Belirsiz olan DEHB semptomlarının etkin ve erken tedavi edilmesi ile sonraki Madde Kullanım Bozukluğu arasında ilişki olup olmadığıdır. Preklinik çalışmalar, DEHB tedavisinde kullanılan uyarıcı ilaçlar ile erken tedavi sayesinde erişkin çağında bağımlılık yapan maddelere duyarlılığın azaldığını göstermektedir (294,295). Bu sonuçlar DEHB'de erken metilfenidat tedavisinin MKB riskini artırmayıp aslında azalttığını gösteren son zamanlarda yapılmış ileriye dönük çalışmalar ile uyumlu görülmektedir (296,297). DEHB'de yaygın tedavi olan stimulanlarla tedavi edilen DEHB'li çocuklarla son zamanlarda yapılan altı çalışmanın incelendiği meta analizde ilaçsız tedavi edilen çocuklarla karşılaştırıldığında ilaç tedavisi almış çocuklarda ergenlik döneminde MKB'nın daha az sıklıkta olduğu görülmüştür (311).

MKB'de yanıt inhibisyon kaybının farmakolojik regülasyonu hakkında neredeyse hiçbir şey bilinmemektedir. Teorik olarak DEHB tedavisinin etkinliğinin bu etkiyi yerine getireceği bekleniyor. Bununla beraber atomoksetin ve metilfenidatı kötüye kullanım eğilimi MKB tedavisinde bu ilaçların kullanılmasını sorunlu hale getirmektedir.

Dopamin reseptör düzeyleri hem DEHB de hem de AMKB 'de hastalığın fizyopatolojisini açıklamada ve uygulanan medikasyonlarda önem taşımaktadır. Madde bağımlısı olan bireyler düşük D2 reseptör düzeyi gösterirler (306). İnsan olmayan primatlarda kendi kendine kokain kullanımı D2 reseptör düzeyini azaltır (307). Farelerle yapılmış bir son dönem çalışmasında ilaç kullanımına duyarlılık ve yanıt disinhibisyonu için düşük ventrostrial D2-D3 reseptör düzeyinin bir prediktör

olduğu önerilmiştir (308). Dikkat çekici şekilde, düşük nükleus accumbens D2 D3 reseptör düzeyinin insanlarda dur sinyali reaksiyon süresi ile ölçülen devam eden yanıtı durdurma yeteneğinde zayıflığı öngördüğü söylenmiştir (309).

DEHB ile sigara, alkol ve madde kullanım bozuklukları arasındaki ilişkinin etyolojisi hakkında pek çok fikir tartışılmasına rağmen ortaya atılan teorilerde bu iki bozukluk arasındaki ilişkiyi bütün yönleriyle tek başına açıklayıcı bir yaklaşım henüz mevcut değildir.

DEHB ile sigara, alkol ve madde kullanım bozuklukları arasındaki ilişkinin etyolojisi hakkında fikir yürütülürken, bu ilişki vaka kontrol çalışmaları ve uzunlamasına izlem çalışmaları ile de araştırılmış ve bu ilişkinin olası nedensel yönleri anlaşılmaya çalışılmıştır. Mevcut araştırma sonuçlarıyla halen bu konuda tam olarak net bir kanaat oluşmasa da bu çalışmalar yapılması gereken ileriki çalışmalar için yol gösterici olarak önem taşımaktadır. Bu alandaki mevcut çalışmaların sonuçlarına kısaca değineceğiz.

Birçok araştırmada Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ile alkol ve psikoaktif madde kullanım bozukluğunun bir arada sık görüldüğü, DEHB olan çocuklarda hastalığın klinik seyri boyunca alkol ve psikoaktif madde kullanım bozuklukları gelişme riskinin yüksek olduğu bildirilmiştir (332-335). DEHB'nin çocukların gelecekteki yaşamlarında, akademik başarısızlık, mesleki başarıda azalma ve sosyal ilişkilerde uyum sorunu gibi çok bilinen problemlerle beraber antisosyal davranışlara ve madde kullanımına neden olabileceği bildirilmiştir (34,35). Madde Kullanım Bozuklukları için DEHB risk faktörü olarak ilişkilendirilmiştir (241,242). Molina ve arkadaşları pozitif aile madde kötüye kullanım öyküsü gibi çocukluk DEHB tanısının da madde kullanım bozuklukları için güçlü bir risk faktörü olduğunu önermişlerdir (244). Araştırmalar DEHB belirtilerinin genel populasyona oranla AMKB olan ergen ve yetişkinlerde daha sık olduğunu ortaya koymuşlardır (243). DEHB'li çocukların sigaraya başlama ve nikotin bağımlığı gelişimi için daha riskli olduğu ve sigarayı bırakmalarının daha zor olduğu belirtilmiştir (241,242,247).

Büyük bir vaka kontrol çalışmasında, DEHB li çocukların, eşleştirilmiş kontollerden, iki kat daha fazla, madde bağımlılığı bozukluğu geliştirmeye yatkın oldukları gösterilmiştir (296). Brezilyada 968 erkek adolesanın üzerinde yapılan bir çalışmada, DEHB'nin, madde kullanım bozuklukları ile çok güçlü bir ilişkisi olduğunu göstermiştir (göreceli risk oranı>9) (323) . Rehabilitasyon merkezinde tedavi altında, davranım bozukluğu olan 171 adolesanın değerlendirildiği bir çalışmada DEHB' nin, şiddetli davranım bozukluğu ve madde kullanım problemleri ile anlamlı bir ilişkisi olduğu gösterilmiştir (324). Benzer olarak, klinik olarak refere edilmiş 367 adolesanın alındığı başka bir çalışmada ise, DEHB nin şiddetli madde bağımlılığı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (325).

Erken DEHB belirtileri ile daha sonra ortaya çıkabilecek madde kullanım sorunları arasındaki ilişki hakkında süregelen tartışmalar vardır. Uzunlamasına çalışmalarda DEHB belirtileri sergileyen çocuk ve ergenlerde normal çocuklarla karşılaştırıldığında sorunlu kullanım olmak üzere daha yüksek düzeylerde alkol kullanımı olduğu bulunmuştur (16,242,254). Bununla beraber uzunlamasına yapılmış pek çok çalışmada da DEHB belirtileri ve sonraki dönemde madde kullanımı arasındaki ilişkide Davranım Bozukluğu belirtilerinin belirleyici olduğunu ileri sürmüştür (16,254-257). Kliniğe yönlendirilmiş gençlerle yapılan son araştırmalar çocukluk Dikkat Eksikliğinin Davranım Bozukluğu belirtilerinden bağımsız olarak ileride ergen madde kullanım sonuçlarını öngörülebileceğidir (242), bu bulgunun sadece sigara kullanımı için uygun olabileceği de söylenmiştir (250). Madde kullanımı sonuçlarını öngören DEHB ve Davranım Bozukluğu arasındaki etkileşimin etkilerinin incelendiği görece az sayıdaki çalışma çelişkili sonuçlar bildirmişlerdir (258-261).

Örneğin 10 yıl süreyle izlenmiş olan örneklem gruplarından oluşmuş, prospektif bir çalışmada, DEHB'li çocuklar (n=27) , DEHB+KOKGB/DB'li çocuklar (n=82), ve kontroller incelenmiş. DEHB+KOKGB/DB'li çocuklardan oluşan grubun, diğer iki gruba göre, daha yüksek oranlarda düzenli tütün kullanımı, alkol ve esrar kötüye kullanımı/bağımlılığı olduğu saptanmıştır (241). Benzer olarak, 364 DEHB'li adolesan ve genç erişkinin, 240 eşleştirilmiş kontrolün alındığı bir

çalışmada, DEHB ve DB olan adolesanlarda, kontrollere göre daha büyük bir olasılıkla, bir Alkol Kullanım Bozukluğu olduğu gösterilmiştir (246). On yıllık bir takip çalışmasında, DEHB'ye, DB eşlik etmesinin, psikoaktif madde kullanım bozuklukları(alkol veya madde kötüye kullanımı/ bağımlılığı olarak tanımlanmış) açısından artmış risk ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (328). Bazı çalışmalarda da antisosyal kişilik bozukluğu, DB, DEHB ve alkol kullanım bozuklukları arasında genetik açıdan ortak risklerin varlığından söz edilmiştir (337,338). Diğer erken ergenlik psikopatolojilerinin etkileri kontrol altına alındıktan sonra DEHB ile erken erişkinlikte alkol kullanım ile DEHB belirtileri arasında bir ilişki olduğuna dair kanıt bulunamamıştır. Bu konuda son zamanlarda yapılan uzunlamasına çalışmaların derlendiği bir çalışmada komorbid DB etkinliği kontrol edildikten sonra DEHB' nin varlığının ileride madde kullanım sorunları (tütün kullanımı hariç) için belirleyici olmadığı yönündedir (261).

DEHB'nin madde kullanım sonuçları ile bağımsız olarak ilişkisi olduğu gösteren çalışmalar da vardır. Yirmi sekiz yıl takip edilmiş, 492 DEHB'li ve yaşça eşleştirilmiş kontrollerin alındığı çalışmada, DEHB'nin tütün, kokain ve amfetamin bağımlılık olasılığını artırdığı saptanmış, bu bulgular diğer değişkenler kontrol edildiğinde ortaya çıkmış ve çocukların davranım bozukluklarının da bu oranı artırmadığı görülmüş (329).

Bazı kesitsel çalışmalarda DEHB ve DB'nin birlikte olmasının bir kişinin madde kullanım sorunları için olası riski artırıcı etkileşim yaratacağı belirtilmektedir (245,258). Uzunlamasına çalışmalarda ise bu tür bir etkileşim için doğrudan bir kanıt bulunamamıştır (257,259,260). Uzunlamasına çalışmalarla uyumlu olarak bu alanda yapılan bir çalışmada komorbid psikopatolojilerin etkisi kontrol altına alındıktan sonra erken dönem DEHB belirtileri ile sonraki dönemde gelişen Alkol Kullanım Bozuklukları arasında bir ilişki olduğuna dair kanıt bulunamamıştır (262). Uzunlamasına çalışmalar saldırganlık, dolandırıcılık, hırsızlık, ciddi kural ihlali gibi davranım bozukluğu belirtilerini içeren davranışların, erken başlangıçlı madde kullanım bozukluğu yanı sıra ilerleyen zamanlarda daha sık ve yoğun alkol kullanımı ile birlikteliği olduğunu işaret etmişlerdir (242,245-247).

İlk yapılan çalışmalarda madde kullanımın global değerlendirilmesi üzerinde durulurken son çalışmalar DEHB'li bireylerin spesifik bazı madde kullanımı için risk altında olabileceğini önermiş fakat araştırma sonuçları tutarlılık göstermemiştir (242). DEHB'nin spesifik semptomları ve alt tipleri ile madde kullanımı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde dikkatsizlik semptomlarının esrar ve nikotin bağımlılığı (249), esrar ve sigara kullanımı (250,242) ve alkol alma sıklığı (242) ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Hiperaktivite ve dürtüsellik semptomları da alkol kullanımı (250,242), yasadışı madde kullanımı (242), erken yaşta madde kullanımına başlama (242), esrar ve nikotin bağımlılığı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (252). Sigara kullanımının, nöronal nikotinik reseptörlerinin uyarımı sayesinde dikkat eksikliği belirtileri için self medikasyon olduğu düşünülmektedir. Bununla uyumlu olarak sigara kullanımının dikkat eksikliği belirtileri ile ilişkili olduğu, hiperaktivite belirtilerinin ise alkol kullanımı ile ilişkili olduğu ileri sürülmüştür (242).

Ancak, DEHB ve madde kullanım problemleri arasında ilişkinin bulunmadığı çalışmalar da yayınlanmıştır. Oniki-onaltı yaş arası, 1302 adolesanın bulunduğu bir örneklemde, DEHB ile madde kullanımı ve ilişkili problemler arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (326). Benzer olarak, 7-11 yaş arası DEHB tanısı konmuş olan adolesanlarda yapılmış olan prospektif bir çalışmada, DEHB'nin madde kullanım problemlerini predikte etmediği gösterilmiştir (327). Çocukluk DEHB'sinin adolesan dönemde sonuçlarını tanımlamak için yapılmış bir izlem çalışmasında da çocukluk DEHB'si ile ergen sigara ve esrar kullanımı arasında ilişki saptanmamıştır (251). DEHB'si olan çocuklar arasında alkol kullanım bozukluğu için riski konusunda çelişkili sonuçlar bulunmuştur (245-247).

Görüldüğü gibi DEHB ve madde kullanım bozuklukları arasındaki ilişkideki mevcut bu tutarsızlıklar, örneklem karakteri ve değerlendirme metodları dahil olmak üzere çalışmalar arasındaki metodolojik farklılıklardan kaynaklanmış olabilir.

DEHB'si olan ve olmayan çocukları adolesan ve erişkin döneme kadar prospektif olarak takip etmiş olan uzunlamasına çalışmaların meta-analizinin yapıldığı yakın zamanda yayınlanmış geniş kapsamlı bir çalışmanın sonuçlarına

göre, DEHB si olan çocukların, nikotin ve diğer maddeleri (alkol dışında) kullanma oranı önemli ölçüde daha yüksek bulunmuş (314). DEHB li çocuklar, nikotin, alkol, esrar, kokain ve diğer maddelerin kötüye kullanımı ve bağımlılığını geliştirmeye daha yatkın olduğu görülmüştür. Bununla birlikte, bu çalışmaların sonuçların niteliksel olarak özetlendiğinde komorbid yıkıcı davranış bozukluğunun, DEHB'nin madde kullanımı sonuçları üzerine olan spesifik etkisini komplike ettiği sonucuna ulaşılmıştır. Komorbid DEHB+KOKGB /DB'si olan çocukların, sadece DEHB'si olan çocuklar ve kontrol grubundakilere göre daha fazla madde kulllanım problemleri olduğu öne sürülmüştür (314).

Sonuç olarak, DEHB ve MKB arasındaki ilişkiyi açıklamaya yönelik pek çok araştırma yapılmış olsa da her iki bozukluk arasında nasıl bir ilişki olduğu ve DEHB'nin madde kullanım bozuklukları açısından prediktif geçerliliğinin olup olmadığı tam olarak bilinmemektedir ve bu konuda araştırma yapılmasına ihtiyaç vardır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Uygulama Alanı ve Örneklem

Çalışma örneklemi Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısıyla tedavi ve takibine devam edilmekte olan 11-16 yaş aralığındaki çocuk ve ergenlerden oluşmaktadır.

Kontrol grubu, DEHB grubuna benzer yaş, cinsiyet, sosyoekonomik düzeyde olan, Abidin Paşa Anadolu Lisesi ve Süleyman Çelebi İlk Öğretim Okul'na devam eden çocuk ve ergenlerden tabakalı örneklem yöntemiyle seçilerek oluşturulmuştur. Bu gruptaki çocuk ve ergenlerin aileleri, öğretmenleri ve kendileriyle yapılan klinik görüşmede DSM-IV-TR tanı ölçütleri kullanılarak DEHB tanısı konanlar kontrol grubuna dahil edilmemiştir.

3.1.1. Araştırma Grubunun Seçim Kriterleri

3.1.1.1. Dahil Olma Kriterleri:

11-16 yaş arasında,
DSM-IV-TR kriterlerine göre DEHB tanısı konmuş,
Klinik olarak normal zeka düzeyinde,
Ailesi ve çocuğun aydınlanmış onamı ile araştırmaya katılmayı kabul eden,
çocuk ve ergenler araştırmaya dahil edilmiştir.

3.1.1.2. Dışlama Kriterleri

Klinik olarak zeka geriliği olduğu düşünülen,
Ailesi ve çocuğun aydınlanmış onamı ile araştırmaya katılmayı kabul etmeyen,
çocuk ve ergenler araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.1.2. Kontrol Grubunun Şeçim Kriterleri

3.1.2.1. Dahil Olma Kriterleri:

11-16 yaş arasında,
Klinik olarak normal zeka düzeyinde,
Ailesi ve çocuğun aydınlanmış onamı ile araştırmaya katılmayı kabul eden çocuk ve ergenler araştırmaya dahil edilmiştir.

3.1.2.2. Dışlama Kriterleri

DSM-IV-TR ölçütlerine göre DEHB tanısı konan,
Klinik olarak zeka geriliği olduğu düşünülen,
Ailesi ve çocuğun aydınlanmış onamı ile araştırmaya katılmayı kabul etmeyen, çocuk ve ergenler araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.2. Değerlendirme Araçları

Sosyodemografik Bilgi Formu (Ek-1)

Çocuk ve Ergenlerde Sigara Alkol ve Madde Kullanımı Değerlendirme Anketi (Ek-2)

Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (K-SADS-PL) (Ek-3)

Piers Harris Çocuklar İçin Öz Kavramı Ölçeği (Ek-4)

Güçler Güçlükler Anketi (GGA) (Ebeveyn, Öğretmen ve Ergen formları) (Ek-5)

Conners-Wells Ergen Özbildirim Ölçeği, Uzun Form (Ek-6)

Yenilenmiş Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği, Uzun Form (Ek-7)

Yenilenmiş Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği , Uzun Form (Ek-8)

Belirti Tarama Listesi (Scl-90-R)(Ek-9)

3.2.1.Sosyodemografik Bilgi Formu (Ek-1)

Araştırmacı tarafından araştırmaya yönelik hazırlanmış bu form, aile ile iletişim kurulabilecek telefon ve adres bilgileri, anne-baba yaşları, eğitim düzeyleri, ve meslekleri, ailenin sosyoekonomik düzeyi, ailenin yaşam alanı, aile yapısı, kardeş sayısı, kaçıncı çocuk olduğu gibi bazı sosyodemografik bilgiler ile ilgili sorular içermektedir.

3.2.2.Çocuk ve Ergenlerde Sigara Alkol ve Madde Kullanımı Değerlendirme Anketi (Ek-2)

Araştırmacı tarafından araştırmaya yönelik hazırlanmıştır. Çocuk ve ergenin hali hazırdaki ve geriye dönük olarak geçmişteki sigara, alkol ve madde kullanımı ile ilgili deneyimleri ve özellikleri, çocuk ve ergenin ebeveyn ve kardeşleri ile arkadaşlarının sigara ve alkol kullanım durumları ve sigara ile ilgili genel bilgi düzeyini araştıran sorular içermektedir (Ek-2).

3.2.3.Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli Türkçe Uyarlaması (K-SADS-PL)

Çocuk ve ergenlerin DSM-III ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve şu andaki psikopatolojilerini saptamak amacıyla Kaufman ve arkadaşları (38) tarafından geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. Formun ilk kısmında çocuğun demografik bilgileri, gelişim öyküsü, sağlık durumu, okul durumu ve arkadaş ilişkileri gibi bilgiler yapılandırılmamış bir görüşme ile alınır. İkinci kısmı 200 kadar özgül belirti ve davranışı değerlendirir. Tarama görüşmesi ile pozitif belirtiler varsa tanıyı doğrulamak amacıyla 5 tanı alanında ek puanlama yapılmaktadır: Duygulanım Bozuklukları, Psikotik Bozukluklar, Anksiyete bozuklukları, Davranım bozuklukları, Madde kötüye kullanımı ve diğer bozukluklar (Enürezis, Enkoprezis, Anoreksiya Nervoza, Bulimiya, Geçici Tik Bozuklukları, Tourette Bozukluğu, Kronik Motor ya da Vokal Tik Bozukluğu, Alkol Kötüye

Kullanımı, Madde Kötüye Kullanımı, Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Uyum Bozukluğu). Her bir ek belirti listesi, tarama soruları ve bozukluğun şimdiki ve geçmişteki en ağır ataklarını değerlendirmek üzere ölçütler içermektedir. Her bir tanı için DSM-III-R (46) ve DSM-IV (49) tanı ölçütleri verilmiştir. Üçüncü kısım genel değerlendirme ve gözlem sonuçlarından oluşur. Anne-babalardan ve çocuklardan/gençlerden alınan bilgi ayrı ayrı ve sonunda klinisyenin gözlemleriyle de birlikte birleştirilerek puanlanır. Tanı, hem aileden hem de çocuklardan/ gençlerden alınan bilgilerle özet puanlamalarına dayanarak koyulur. Gökler ve arkadaşları tarafından K-SADS-PL'nin Türkiye için standardizasyon çalışması yapılmıştır (66).

3.2.4. Piers-Harris Çocuklarda Öz-Kavramı Ölçeği (PHÇÖKÖ) (Ek-5)

E.V. Piers ve D. Harris tarafından 1964 yılında geliştirilmiş ölçek "Kendim Hakkımdaki Düşüncelerim" olarak da bilinmektedir. "Kendim Hakkında Düşüncelerim" adı ile de anılmakta olan bu ölçek 9 ile 16 yas gruplarındaki öğrenciler için geliştirilmiştir. Ölçek öğrencilerin kendilerine yönelik düşünce, duygu ve tutumlarını değerlendirmeyi amaçlar. Çocuklarda öz kavramının (benlik anlayışı) gelişimini, boyutlarını, kişilik ve çevre öğeleriyle olan ilişkilerini araştırmada ve betimlemede kullanılan bir ölçektir. Piers-Harris Çocuklarda Öz-Kavramı Ölçeği bir çok revizyondan geçmiştir (69,70). Bu ölçek son haliyle 80 tanımlayıcı ifadeden oluşmaktadır.

Üçüncü derece okuma seviyesi gerektiren ölçeğin yanıtlanması evet ya da hayır şeklindedir. Testi alan bireyler soruları kendileri okuyup "Evet" ve "Hayır" şeklinde cevaplandırırlar. Ölçeğin uygulanmasında zaman sınırlaması yoktur ancak ortalama 15–20 dakika kadar sürmektedir. Yanıtlar bir anahtarla puanlanır. Yüksek puanlar olumlu öz-kavramının, düşük puanlar da olumsuz öz-kavramının varlığını ifade eder. Ölçekte bazı maddeler ters puanlanabilmektedir. Ölçeğin amacı olumlu algılama ve düşünceleri saptama olduğundan olumsuz yönde ifade edilmiş maddeler verilen "hayır" yanıtı doğru olarak kabul edilir. Bireyin yanıtlama şeklini etkilememesi için bu ölçekteki olumlu ve olumsuz ifadeler dengelendirilmiştir. Cevap anahtarına göre

her doğru cevaba 1 puan verilir. Buna göre toplam ölçek puanı 0–80 arasında değişmektedir. Uygulamalar genelde ham puanların 25 ile 75 arasında olduğu göstermiştir. Ayrıca ölçeğin alt testleri ayrı birer puan olarak hesaplanmaktadır. Bu alt testlerde de aldıkları yüksek puanlar o alt testin ilişkili olduğu konuda bireyin kendine olan güveninin yüksek olduğunu göstermektedir. Aynı şekilde bu alt testlerden alınan düşük puanlar bireylerin o alt testin ilişkili olduğu konuda bireyin kendisiyle ilgili olumsuz düşüncelere sahip olduğunu göstermektedir. Ölçeğin 6 alt testi bulunmaktadır. Bunlar:

1- Mutluluk(Happiness and satisfaction)
2- Kaygı (Freedom From Anxiety)
3- Gözde Olma-Popülerlik (Popularity)
4- Davranış (Behavioral Adjustment)
5- Bedensel Görünüm (Physical Appearence and Attributes)
6- Zekâ ve okul Durumu (Intellectual and School Status)

Bu alt ölçek testleri için Türkçe Öz-Kavram Ölçeğinin faktör yapısı ilkokul ile üniversite düzeyleri arasında 821 öğrenci üzerinde incelenmiştir. Davranış, fiziksel görünüm, kaygı, sosyal beğenirlik /gözde olma / popülarite, mutluluk / doyum, ve zihinsel / okul durumu seklinde kavramlaştırılan altı faktörün, İngilizce ve Türkçe formlarında toplam ölçek puanına katkı dereceleri farklı olmuştur. Bu durum göz önüne alınarak kültürel değerlerin ve dil farklılıklarının ölçeğin faktör yapısına etki ettiği söylenmiştir. Örneklemi oluşturan bireylerin benlik algılamalarının kendi kültür bağlamlarında anlamlı olduğu düşünülmüştür. Türkçe geçerlilik ve güvenirlilik çalışması Öner ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. (86).

3.2.5. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) (The Strengths and Difficulties Questionnaire- GGA) (ebeveyn-öğretmen-ergen formu) (Ek-6, Ek-9, Ek-3)

Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) Goodman (120) tarafından 4-16 yaşları arasındaki çocuk ve ergenlerin bazı olumlu yönleri ile duygusal ve davranış problemlerini sorgulama amacıyla geliştirilmiş 25 maddeli likert tipi ankettir.

Ölçekte sorular ebeveyn, öğretmen ve ergenin kendisi tarafından “doğru değil”, “kısmen doğru” ve “kesinlikle doğru” şeklinde yanıtlanmaktadır ve sırasıyla ”0”, “1”, “2”olarak puanlanmaktadır. Ölçeğin 7., 14.,11., 21. ve 25. sorularının tersine çevrilip puanlanması gerekmektedir.

Duygusal problemler, davranım problemleri, arkadaş ilişkilerinde sorunlar, hiperaktivite ve sosyal davranışlar olmak üzere beş alt ölçekten oluşmaktadır Duygusal problemler, davranım problemleri, arkadaş ilişkilerinde sorunlar ve hiperaktivite alt ölçeklerinin puanları arttıkça klinik sorunlara yatkınlık artmaktayken sosyal davranış alt testinin puanı arttıkça klinik sorunlara yatkınlık azalmaktadır. Her alt başlık kendi içinde değerlendirildiği gibi, ilk dört başlılığın yani duygusal problemler, davranım problemleri, arkadaş ilişkilerinde sorunlar ve hiperaktivite alt ölçeklerinin toplamı ‘toplam güçlük puanı’ nı vermektedir. Ölçekten alınan toplam puan 0-40 arasındadır ve toplam puan arttıkça çocuk ya da gençteki sorun davranışların arttığını göstermektedir. Sosyal davranış alt ölçek puanının artması çocuğun klinik sorunlara yatkınlığının azaldığı gösterir bu yüzden diğer alt ölçek ve toplam puandan farklı olarak sosyal davranış alt ölçek puanını artması olumlu bir göstergedir. Bu anketin, 4-16 yaşlar için anne-baba ve öğretmen formu ile 11-16 yaşlar için ergenin kendisinin doldurduğu formları yaklaşık beş dakika içinde işaretlenebilmektedir. GGA’nın Türkçe tercümesi ile geçerlik ve güvenirlik çalışması Güvenir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (163)

3.2.6. Conners-Wells Ergen Özbildirim Ölçeği -Uzun Form (Ek-4)

Başta DEHB olmak üzere ergen psikopatolojini değerlendirmeyi amaçlayan CWEÖÖ-U, 12-17 yaş arasındaki gençlerin kendileriyle ilgili görüşlerini belirlemelerine dayalıdır (191). Toplam 87 madde ve 10 alt ölçekten oluşmaktadır. Alt ölçekler;

1. Aile Problemleri (12 madde)
2. Duygusal Problemler(12 madde)
3. Davranım Problemleri (12 madde)
4. Bilişsel Problemler/Dikkatsizlik (12 madde)

5. Öfkeyi Kontrol Problemleri (8 madde)

6. Hiperaktivite (8 madde).

7. DEHB indeksi (12 madde)

8. DSM-IV semptomları alt ölçeği-dikkatsizlik (9 madde) ,

9. DSM-IV semptomları alt ölçeği –hiperaktivite ve dürtüsellik 9 madde

10.DSM-IV semptomları alt ölçeği- toplam (18 madde)

Sorular, ergenin kendisi tarafından 4'lü likert ölçeği üzerinden yanıtlanmaktadır. Ölçekte ergenlerin kendi davranışlarını değerlendirmeleri ve maddelere yanıt vermeleri istenmektedir. Her madde için puan değeri 0-3 arasında değişen 4 yanıt seçeneği vardır. Hiçbir zaman doğru değil (hiçbir zaman, çok ender), 0 puan; biraz doğru (bazen), 1 puan; oldukça doğru (sık sık, oldukça çok), 2 puan; çok doğru (çok sık), 3 puan. Ölçekten elde edilen yüksek puan, ergenin ölçek ile tanımlanan probleme o kadar çok sahip olduğunu göstermektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenirlilik çalışması Kaner ve ark tarafından yapılmıştır.(200)

3.2.7.Yenilenmiş Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği-Uzun Form (Ek -7)

Conners ve arkadaşları tarafından anne-babanın çocuğun okul dışı ortamlardaki davranışlarına dair gözlemlerini değerlendirmek için geliştirilmiştir (202). Toplam 80 madde ve 14 alt ölçekten oluşmuştur. Alt ölçekler;

1.Karşı gelme

2.Bilişsel problemler/dikkatsizlik

3.Hiperaktivite

4. Kaygı-utangaçlık

5.Mükemmeliyetçilik

6. Sosyal problemler

7. Psikosomatik yakınmalar

8. DEHB indeksi

9. Conners global indeks-huzursuzluk-impulsivite

10.Conners global indeks duygusal değişkenlik

11.Conners global indeks global toplam

12. DSM-IV semptomları alt ölçeği-dikkatsizlik

13.DSM-IV semptomları alt ölçeği –hiperaktivite ve dürtüsellik

14.DSM-IV semptomları alt ölçeği- toplam (18 madde)

Sorular, anne ve babalar tarafından 4'lü likert ölçeği üzerinden yanıtlanmaktadır. Ölçekte anne-babalardan son bir ay dikkate alarak çocukların davranışlarını değerlendirmeleri ve maddelere yanıt vermeleri istenmektedir. Her maddeye 4 yanıt seçeneği sunulmaktadır. Hiç doğru değil (Hiçbir zaman, nadiren)- 0 puan; Biraz doğru (Bazen)- 1 puan; Oldukça doğru (Çoğu kez, Sık sık)- 2 puan; Çok doğru (pek çok kez, çok sık)- 3 puan. Bir alt ölçekten alınan puan arttıkça, bu durum, bireyin alt ölçek ile tanımlanan probleme sahip olma düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Kaner ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (203).

3.2.8.Yenilenmiş Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği-Uzun Form (Ek-10)

Conners ve arkadaşları tarafından öğrencilerin sınıf içi davranışlarını değerlendirmek için geliştirilmiş bir ölçektir. Ölçek 58 madde ve 13 alt ölçekten oluşmuştur (204). Alt ölçekler;

1. Karşı gelme
2. Bilişsel problemler/dikkatsizlik
3. Hiperaktivite
4. Kaygı-utangaçlık
5. Mükemmeliyetçilik
6. Sosyal problemler
7. DEHB indeksi
8. Conners global indeks-huzursuzluk-impulsivite
9. Conners global indeks duygusal değişkenlik

10.Conners global indeks global toplam

11.DSM-IV semptomları alt ölçeği-dikkatsizlik,

12.DSM-IV semptomları alt ölçeği –hiperaktivite ve dürtüsellik

13.DSM-IV semptomları alt ölçeği- toplam

Sorular öğretmen tarafından 4'lü likert ölçeği üzerinden yanıtlanmaktadır. Öğretmenlerden son bir ay dikkate alarak çocukların davranışlarını değerlendirmeleri istenmektedir. Her maddeye 4 yanıt seçeneği sunulmaktadır. Hiç doğru değil (Hiçbir zaman, nadiren)- 0 puan; Biraz doğru (Bazen)- 1 puan; Oldukça doğru (Çoğu kez, Sık sık)- 2 puan; Çok doğru (pek çok kez, çok sık)- 3 puan. Bir ölçekten yüksek puan almak, bireyin o alt ölçekteki problemlere o kadar çok sahip olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Kaner ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (205).

3.2.9. Ruhsal Belirti Tarama Çizelgesi (SCL-90) (Ek-8)

Özgün adı "Symptom Check List-90" tir (SCL-90). Ölçek, 1954'de Parloff, Kelman ve Frank'ın hazırladığı 41 maddelik "The Discomfort Scale" ile başlayan bir gelişme sürecinin sonunda oluşmuştur. 1973'de Derogatis ve arkadaşları bu ölçeğin yetersiz olduğunu düşünerek SCL-90'ı geliştirmişlerdir (220).

Belirti tarama listesi (BTL); dört temel amaç ile geliştirilen 90 maddelik beşli Likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin geliştirilmesinde;

1) Görünüşte "normal" kişilerdeki belirti düzeyini saptama,

2) Belirti düzeylerindeki değişimi değerlendirme,

3) Klinik tanıya katkı ve

4) Psikiyatrik tanıya yardımcı olma hedeflenmiştir.

90 soru içeren bu ölçek öz bildirime dayalı bir yapıdadır. Uygulanan kişiden, durumun kendisinde "son 15 gün içinde" ne düzeyde olduğunu "hiç yok", "biraz", "orta derecede", "oldukça fazla", "çok fazla" seçeneklerinden kendisi için en uygun olanını seçerek işaretlemesi istenir.

SCL-90 dokuz ana belirti kümesi ve bir ek belirtiler kümesi olmak üzere on tanı kümesi içermektedir. Bu kümeler şunlardır:

1) Somatizasyon (SOMA) boyutu; çeşitli bedensel işlevlere ilişkin sıkıntıları;

2) Obsessif Kompulsif (OBKO) boyutu; obsesyon ve kompulsiyonlara ilişkin sıkıntıları;

3) Kişilerarası duyarlılık (KADU) boyutu; kişinin kişilerarası ilişkilerdeki olumsuz yaşantılara ilişkin duyarlılığını;

4) Depresyon (DEPR) boyutu; depresyon belirtilerinin neden olduğu sıkıntıyı;

5) Kaygı (KAYG) boyutu; kaygı ve panik duygusunun neden olduğu sıkıntıyı;

6) Düşmanlık (DUSM) boyutu; öfke, saldırganlık ve kırgınlık duygularının neden olduğu sıkıntıyı;

7) Fobik Kaygı (FOKA) boyutu; kaçınma gibi fobik davranışların neden olduğu sıkıntıyı

8) Paranoid düşünce (PADU) boyutu; kuşkucu ve düşmanca düşüncelerin neden olduğu sıkıntıyı;

9) Psikotizm (PSY) boyutu; sosyal cevreden uzaklaşma, şizoid yasam biçimi ve sanrı/varsanıların neden olduğu sıkıntıları değerlendirmektedir.

10) Ek belirtiler; uyku bozuklukları, iştah bozuklukları ve suçluluk ile ilgili belirtileri yansıtır.

Ölçekte ayrıca, üç farklı gösterge hesaplanabilmektedir:

1) Pozitif Belirti Toplamı (PBT)

2) Pozitif Belirti Düzeyi (PBD)

3) Genel Belirti Düzeyi (GBD)

Bireyin her alt test ile ilgili durumu, maddelere verilen sayısal yanıt değerleri toplamının o alt testteki madde sayısına bölünmesi ile belirlenir. Tüm alt testlerden alınan puanların toplanıp 90'a bölünmesi ile de "Genel Belirti Ortalaması" elde edilir. PBT, "hiç" seçeneği ile işaretlenenler dışında kalan diğer madde sayısının (kişinin "hiç" dışında kaç maddeye puan verdiğinin) ham toplamıdır ve kabaca kişinin kendisinde hangi düzeyde belirti algıladığına dair fikir vermektedir. PBD ise, "hiç" olarak işaretlenenler haricindeki maddelerin puanlarının (1-4 arası) toplamının PBT'ye bölünmesi ile elde edilen ağırlıklı bir ortalamayı ifade eder. PBD; Genel Belirti Düzeyi (GBD)'nin düzeltilmiş bir alternatifi olarak daha değerli kabul

edilmektedir (222). Ölçeğin ilk olarak çevirisi Gökler tarafından (221) bir araştırma kapsamında kullanılmak üzere yapılmıştır. Ölceğin geçerlik güvenilirlik çalışması, Hacettepe Üniversitesi öğrencilerinde yapılmıştır ve psikiyatrik tarama amacıyla güvenilir ve geçerli bir test olduğu saptanmıştır (222).

3.3.Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Ankara Üniversitesi Etik Kurul Komitesi'nden çalışma için etik kurul onayı alınmasının ardından veri toplanmasına başlanmıştır. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında DEHB tanısıyla tedavi ve takibine devam edilmekte olan 11-16 yaş aralığındaki çocuk ve ergenler aileleri ile birlikte çalışma hakkında bilgilendirildikten sonra çalışmaya katılmaya davet edilmiştir.

Kontrol grubu olarak, Abidin Paşa Anadolu Lisesi ve Süleyman Çelebi İlk Öğretim Okul'na devam eden çocuk ve ergenler aileleri ile birlikte çalışma hakkında bilgilendirildikten sonra çalışmaya katılmaya davet edilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul edenler arasından örneklem grubuyla benzer yaş, cinsiyet, sosyoekonomik düzeyde olanlardan tabakalı örnekleme yöntemiyle kontrol grubu oluşturulmuştur. Kontrol grubu olarak seçilen çocuk ve ergenlerden uygulanan K-SADS-PL ile birlikte diğer ölçek sonuçları ile DEHB tanısı konan 2 kişi çalışma dışında bırakılmıştır. DEHB grubudan 10 kişi, kontrol grubundan 12 kişi ise eksik veri nedeniyle araştırma dışında bırakılmıştır. Eksik veri nedeniyle araştırma dışında bırakılan olgular nedeniyle örneklemin cinsiyet benzerliği bozulmuştur.

Çalışmaya katılmayı kabul eden çocuk ve ergen ailesi ile birlikte bilgilendirilmiş olur formunu imzalamalarının ardından araştırmacı tarafından araştırma örneklemine dahil edilmiştir. Grupların sosyodemografik verilerinin sorgulanmasının ardından, çocuk ve ailesi ayrı ayrı görüşmelere alınmıştır. Vakaların tanıları; araştırmacı tarafından, DSM –IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşme ölçeği olan K-SADS-PL ile doğrulanmış ve eksen 1 komorbiditesinin var olup olmadığı yine K-SADS-PL ile değerlendirilmiştir. Çocuk ile yapılan bireysel

görüşmede Çocuk ve Ergenlerde Sigara Alkol ve Madde Kullanımı Değerlendirme Anketi araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Anket soruları, çocuk ve gencin yaşı ve gelişim düzeyine uygun şekilde sorulmuş ve çocuk ve ergenin şimdiki ve geçmişteki sigara, alkol ve madde kullanımı ile ilgili deneyimleri ve ilişkili diğer özellikleri saptanmıştır.

DEHB grubunda tedavi uyumu için çocukların dosya kayıtları ayrıntılı olarak incelenmiştir. Doktorlar tarafından önerilen tedaviyi uygun şekilde uygulayan ve görüşmelerine düzenli olarak gelen olguların tedavi uyumu iyi, doktorlar tarafından önerilen tedaviyi uygun şekilde uygulamayan ve/ veya görüşmelerine düzenli olarak gelmeyen olguların tedavi uyumu kötü olarak değerlendirilmiştir.

Vaka ve kontrol grubunda anne, baba ve çocuk tarafından doldurulacak anket, form ve ölçekler annenin, babanın ve çocuğun kendisine araştırmacı tarafından verilmiştir. Vaka ve kontrol grubunda öğretmen tarafından doldurulması gereken form ve ölçekler çocuk ve ergenin ebeveyni aracılığıyla kapalı zarfta öğretmene ulaştırılmıştır. Öğretmen tarafından doldurulmuş form ve ölçekler ebeveyn aracılığıyla kapalı zarfta araştırmacıya teslim edilmiştir.

Piers-Harris Çocuklar İçin Öz Kavramı Ölçeği çocuk ve ergenin kendisi tarafından doldurulmuştur. Güçler ve Güçlükler Anketi ebeveyn formu anne ve babalar tarafından, Güçler ve Güçlükler Anketi öğretmen formu da çocuk ve ergenlerin öğretmenleri tarafından doldurulmuştur. Çocuk ve ergenlerde Güçler ve Güçlükler Anketi ergen formunu kendileri doldurmuştur. Güçler ve güçlükler Anketi ergen, ebeveyn ve öğretmen formu sonuçları birlikte analiz edilerek hasta ve kontrol grubundaki çocuk ve ergenin davranış sorunları, dikkat eksikliği ve aşırı hareketliliği, duygusal sorunları, akran sorunları ile güçlükleri ve sosyal davranışları ile güçlü yanları saptanmıştır. Anne ve baba Yenilenmiş Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği'ni, öğretmen de Yenilenmiş Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği'ni doldurmuşlar, Hasta ve kontrol grubunda 12-17 yaş grubundaki ergenler Conners-Wells Ergen Özbildirim Ölçeği'ni kendisi doldurmuştur. Yenilenmiş Conners Ebeveyn ve Öğretmen Derecelendirme Ölçeği ve

Conners-Wells Ergen Özbildirim Ölçeği verileri birlikte analiz edilerek çocuk ve ergenin dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik ile birlikte, sosyal problemleri, duygusal sorunları, akran sorunları değerlendirilmiştir. Anne ve Baba tarafından Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) bireysel olarak doldurulmuş ve anne ile babanın mevcut psikiyatrik belirtileri bu şekilde taranmıştır.

3.4 İstatistiksel Analiz

İstatistiksel değerlendirmeler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 15.0 paket programında yapılmıştır. Ölçümle elde edilen sürekli değişkenler (yaş, ölçek puanları gibi), ortalama ve standart sapma değerlerine göre karşılaştırılmıştır. Sayımla elde edilen kategorik değişkenler (tanı, ek tanı, meslek, eğitim düzeyi gibi) sayıları ve görülme sıklığına (yüzde) göre karşılaştırılmıştır. Sayısal verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare (χ^2), sürekli verilerin karşılaştırılmasında Student-t testi uygulanmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson Ki-Kare, Fisher's Exact Test, sürekli değişkenler ve dağılımının normal olmadığı ölçek puanlarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Sigara, alkol kullanımı yordayacak bağımsız risk faktörlerinin saptanması için logistik regresyon analizi uygulanmıştır. Güvenlik düzeyi %95 olarak alınmış ve tüm analizler için istatistiksel anlamlılık sınırı $p<0.05$ olarak kabul edilmistir.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Veriler

Çalışmaya 11-16 yaş aralığında olmak üzere toplam 81 çocuk ve ergen dahil edilmiştir. DEHB tanısı konan 45 çocuk ve ergen vaka grubunu oluştururken, 36 çocuk ve ergen kontrol grubunu oluşturmaktadır. Her iki grup arasında yaş, anne ve baba yaşı, baba eğitimi, anne meslek dağılımı, aylık gelir, sosyal güvence, aile yapısı ve konut şekli bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Cinsiyet açısından ise, gruplar arasında anlamlı bir farklılık mevcuttur. DEHB grubunun ve kontrol grubunun sosyodemografik verilerinin karşılaştırılması Tablo 4.1.ve Tablo 4.2'de sunulmuştur.

Tablo 4.1. DEHB ve Kontrol Grubundaki Olguların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı-I

Sosyodemografik Özellikler	DEHB grubu (n=45)	Kontrol grubu (n=36)	p
Yaş (yıl) (Ort.±ss)	12,9±1,5	13,0 ±1,5	0,662
Cinsiyet K/E (n,%)	10/35 %22,2 / %77,8	18/18 %50 / %50	**0,009****
Anne yaşı (Ort.±ss)	40,2 ± 4,9	39,2 ± 6,8	0,166
Baba yaşı (Ort.±ss)	44,5 ±5,9	42,8 ± 7,6	0,075
Anne eğitimi (yıl) (Ort.±ss)	9,4 ± 3,8	7,6 ± 3,4	**0,025***
Baba eğitimi (yıl) (Ort.±ss)	9,9 ±3,7	9,8 ± 3,9	0,878
Anne mesleği n(%)			0,070
Ev hanımı	30(66,7)	32(88,9)	
Memur	11(24,4)	4 (11,1)	
İşçi	2(4,4)	0(0,0)	
Serbest meslek	2(4,4)	0(0,0)	
Baba mesleği n(%)			**0,035*****
İşsiz	1(2,2)	0(0,0)	
Memur	16(35,6)	10(28,6)	
İşçi	6(13,3)	15(42,9)	
Serbest meslek	22(48,9)	10(28,6)	

* Mann-Whitney U Testi , ** Pearson Ki-Kare Testi, *** Fisher's Exact Testi,
DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

Tablo 4.2. DEHB ve Kontrol Grubundaki Olguların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı-II

Sosyodemografik Özellikler	DEHB grubu (n=45)	Kontrol grubu (n=36)	P
Aylık gelir n(%)			0,476
500-1000tl	8(17,8)	11(30,6)	
1000-1500tl	13(28,9)	9(25,0)	
1500-2000tl	5(11,1)	6(16,6)	
2000 tl ve üstü	19(42,2)	10(27,8)	
Sosyal güvence n(%)			0,943
Sosyal güvence yok	01(2,2)	0(0,0)	
SSK	21(46,8)	19(52,8)	
Bağkur	5(11,1)	5(13,9)	
Emekli sandığı	17(38,7)	12(33,3)	
Yeşil kart	1(2,2)	0(0,0)	
Konut n(%)			0,870
Kiracı	13(28,9)	11(30,6)	
Ev sahibi	32(71,1)	15(64,4)	
Aile yapısı n(%)			0,936
Çekirdek	37(82,2)	32(88,9)	
Geniş	5(11,1)	3(8,3)	
Tek ebeveyn	3(6,7)	1(2,8)	

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

4.2 DEHB ve Kontrol Grubundaki Olguların Okul Hayatı ile ilgili Özellikler

DEHB grubunda yer alan çocukların anne ve babalarının çoğunluğu çocuklarının ders başarısını ortalamanın altında, kontrol grubundaki çocukların anne ve babalarının çoğunluğu ise çocuklarının ders başarısını ortalamanın üstünde olarak belirtmiştir. İki grup, ailelerine göre ders başarısı durumları açısından karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Benzer şekilde DEHB grubundaki çocuk ve ergenlerin çoğu kendilerinin göre ders başarı durumlarını ortalamanın altında olarak değerlendirdiklerini, kontrol grubunda ise olguların çoğunluğu ders başarılarını ortalamanın üstünde olarak

değerlendirdiklerini belirtmiştir. İki grup kendilerine göre ders başarıları açısından karşılaştırıldığında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Her iki grup okulda devamsızlık, disiplin cezası alma, sınıfta kalma durumu ve haftalık harcanan ortalama para miktarı açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. DEHB grubu ve kontrol grubunda, okul hayatı ile ilgili toplanan veriler Tablo 4.3.'te sunulmuştur.

Tablo 4.3. DEHB ve Kontrol Grubundaki Olguların Okul Hayatı ile İlgili Özelliklerin Dağılımı ve Karşılaştırılması

Okul hayatına ait özellikler	DEHB grubu (n=45)	Kontrol grubu (n=36)	P
Aileye göre ders başarısı n(%)			**0,000***
Ortalamanın üstü	12(26,7)	29(80,6)	
Ortalama ve ortalamanın altı	33(73,3)	7(19,4)	
Kendine göre ders başarısı n(%)			**0,017***
Ortalamanın üstü	18(40,0)	24(66,7)	
Ortalama ve ortalamanın altı	27(60,0)	12(33,3)	
Devamsızlık n(%)			0,959
Yok	15(33,3)	10(27,8)	
1-2 gün	18(40,0)	16(44,4)	
3-4 gün	6(13,3)	5(13,9)	
5 gün ve üzeri	6(13,3)	5(13,9)	
Disiplin cezası n(%)			1,000
Disiplin c. Alan	1(2,2)	0(0)	
Disiplin c. Almayan	44(97,8)	36(100)	
Sınıfta kalma n(%)			1,000
Sınıfta kalan	0(0,0)	0(0,0)	
Sınıfta kalmayan	45(100,0)	36(100,0)	
Haftada harcanan ort para n(%)			0,290
20 tl ve daha az	39(86,7)	34(94,4)	
20 tl üstü	6(13,3)	2(5,6)	

* Pearson Ki-Kare Testi, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

4.3. DEHB Grubunda Hastalık ile ilgili Özellikler

DEHB grubunda, bozukluğun alt tipi, ilk tanının konduğu yaş, ne kadar süredir tedavi ve takip edildiği sorgulanmıştır. DEHB grubundaki çocuklarda bozukluğa ait özelliklerin sonuçları Tablo 4.4.'te sunulmuştur.

Tablo 4.4. DEHB Grubunda Hastalığa Ait Özelliklerin Dağılımı

Bozukluğa ait özellikler	DEHB grubu (n=45)
DEHB alt tipi n(%)	
Bileşik tip	34 (75,6)
Dikkat eksikliği baskın tip	11 (24,4)
Hiperaktivite baskın tip	0 (0,0)
İlk tanı yaşı ort± s.s	9,7 ±1,9
Kaç yıldır takipli ort± s.s	3,1± 1,9
WSCR-sözel ort±s.s	87,6 ± 11,9
WSCR-performans ort±s.s	94,5± 11,5
WSCR-toplam ort±s.s	89,9± 11,7

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

4.4. DEHB Grubunda Tedavi Süreci ile ilgili Özellikler

DEHB grubunda tedavi süreci ile ilgili olarak, önerilen tedaviye uyumu, ilaç tedavisi alıp almadığı, ilaç kullanıyorsa hangi ilaçları ne dozda kullandığı ve kullandığı ilaçlara bağlı yan etki gelişip gelişmediği sorgulanmıştır. DEHB grubundaki çocuklarda tedavi sürecine ait özelliklerin sonuçları Tablo 4.5.'te sunulmuştur.

Tablo 4.5. DEHB grubunda Tedavi Sürecine Ait Özelliklerin Dağılımı

Tedavi sürecine ait özellikler	DEHB grubu (n=45)	
Tedavi uyumu n(%)		
İyi	35(77,8)	
Kötü	10(22,2)	
İlaç kullanan n(%)	40(88,9)	
Hangi ilaç	Kaç kişi n(%)	Kaç mg ort±s.s
Kısa etkili metilfenidat	13(28,9)	13,8±5,1
Uzun salınımlı metilfenidat	24(53,3)	34,3±11,4
Atomoksetin	1(2,2)	40±0,0
Uzun salınımlı metilfenidat Risperidon	2(4,4)	0,4 ± 0,2
Yan etki n(%)		
Yok	29(64,5)	
İştahsızlık	8(17,8)	
Karın ağrısı	1(2,2)	
Mide bulantısı	2(4,4)	
Baş ağrısı	2(4,4)	
Baş dönmesi	1(2,2)	
Uyuşukluk-halsizlik	2(4,4)	

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

4.5. DEHB Grubu ile Kontrol Grubunda Çocuk ve Ergenlerde Sigara Alkol ve Madde Kullanımı Değerlendirme Anketi (ÇESAMKDA) Sonuçlarının Karşılaştırılması

Dünya Sağlık Örgütü'nünde (8) önerdiği şekilde bu araştırmada düzenli sigara kullanımı günde en az bir tane sigara tüketiminin olması olarak kabul edilmiştir. DEHB grubu ve kontrol grubuna uygulanan, ÇESAMKDA sonuçlarına göre, her iki grupta da düzenli sigara kullanımı olan çocuk ve ergene rastlanmamıştır. DEHB ve kontrol grubu; sigara deneme oranları, ilk deneme yaşı, ilk sigara denemesinde ne hissettikleri, sigara deneme nedenleri, ailelerinde ve yakın arkadaş çevresinde sigara içen bireylerin olup olmadığı, sigaranın sağlığa zararlı etkileri ile ilgili bilgi düzeyleri

gibi diğer özellikler açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Her iki grup için sigarayı denemenin en çok nedeni merak olsa da, kontrol grubunda DEHB grubuna göre bir büyüğe özenmenin sigara denemesi nedenleri arasında daha yüksek oranda yer tuttuğu, DEHB grubunda ise merakın daha belirgin olduğu gözlemlenmiştir. Bu sonuçlar tablo 4.6'da gösterilmiştir.

Tablo 4.6. DEHB Grubu ile Kontrol Grubunda Çocuk ve Ergenlerde Sigara Alkol ve Madde Kullanımı Değerlendirme Anketi Sonuçlarının Karşılaştırılması-I

ÇESAMKDA (Sigara)	DEHB grubu (n=45)	Kontrol grubu (n=36)	p
Sigara kullanımı n(%)	0 (0,0)	0 (0,0)	1,000
Sigara denemesi n(%)			0,912
Var	13 (28,9)	10(27,8)	
Yok	32 (71,1)	26(72,2)	
İlk deneme yaşı ort±s.s	10,6 ±3,2	10,1± 3,3	0,728
Ne hissettiği n(%)			0,577
Nötr	2 (15,4)	1(10,0)	
Hoşlanma	1 (7,7)	0 (0,0)	
Tiksinme	10(76,9)	9(90,0)	
Deneme nedeni n(%)			0,191
Merak	11(84,6)	6(60,0)	
Bir büyüğe özenmek	2 (15,4)	4(30,0)	
Aile de sigara içen n(%)			0,288
Var	29(64,4)	19 (52,8)	
Yok	16 (35,6)	17(47,2)	
Yakın arkadaş sigara içen n(%)			0,093
Var	4 (8,9)	8(22,2)	
Yok	41(91,1)	28(77,8)	
Sigaranın sağlığa zararlı etkisi? n(%)			1,000
Var	45(100,0)	36(100,0)	
Yok	0(0,0)	0(0,0)	

ÇESAMKDA: Çocuk ve Ergenlerde Sigara Alkol ve Madde Kullanımı Değerlendirme Anketi
DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

DEHB grubunda 1 olguda alkollü içecek kullanımı saptanmıştır. Bu olgu da alkol kullanım sıklığını 'ayda bir iki kez' olarak belirtmiştir. Kontrol grubunda ise

alkol kullanımı olan çocuk ve ergene rastlanmamıştır. DEHB grubunda alkol kullanan olgunun alkol kullanımı klinik olarak sorunlu kullanım olarak değerlendirilmemiştir. DEHB grubu ve kontrol grubu alkol kullanımları açısından karşılaştırıldığında da aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. DEHB grubunda 6 olgu , kontrol grubunda ise 2 olgu alkol denediklerini belirtmiştir. Alkollü bir içeceği ilk deneme yaşı ortalama olarak DEHB grubunda (12,3) kontrol grubuna (14,0) göre daha küçük olmasına rağmen ilk alkol deneme yaşı için iki grup karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Benzer şekilde DEHB grubunda alkol deneme oranı daha yüksek olmasına rağmen iki grup alkol deneme oranları açısından karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. DEHB grubunda belirgin olmak üzere çocuk ve ergenlerin alkol deneme sebepleri arasında merak etmenin önemli bir yer tuttuğu görülmüştür. Alkol deneme sebepleri, ilk alkol deneyimlerinde ne hissettikleri açısından da her iki grup karşılaştırıldıklarında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. DEHB grubunda ailede alkol kullanımı oranı daha yüksek olmasına rağmen gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Her iki grupta da madde kullanımı ve madde denemesi bildirilmemiştir. Yine benzer şekilde her iki grupta aile ve arkadaş çevresinde madde kullanımı bildirilmemiştir. DEHB grubu ile kontrol grubunda çocuk ve ergenlerde sigara alkol ve madde kullanımı değerlendirme anketi sonuçlarının karşılaştırılması tablo 4.7'de sunulmuştur.

Tablo 4.7. DEHB Grubu ile Kontrol Grubunda Çocuk ve Ergenlerde Sigara Alkol ve Madde Kullanımı Değerlendirme Anketi Sonuçlarının Karşılaştırılması-II

ÇESAMKDA (Alkol)	DEHB grubu (n=45)	Kontrol grubu (n=36)	p
Alkol kullanımı n(%)			1,000
Var	1 (2,2)	0 (0,0)	
Yok	44 (97,8)	36(100,0)	
Alkol kullanım sıklığı n(%)			
Ayda bir iki kez	1 (100,0)	-	
Alkol denemesi n(%)			0,290
Var	6 (13,3)	2(5,6)	
Yok	39 (86,7)	34(94,4)	
İlk deneme yaşı ort±s.s	12,3±2,8	14,0±2,8	0,613
Ne hissetiği n(%)			0,801
Nötr	2 (33,3)	1(50,0)	
Hoşlanma	1 (16,7)	0(0,0)	
Tiksinme	3 (50,0)	1(50,0)	
Deneme sebebi n(%)			0,643
Merak	4(66,7)	1(50,0)	
Babaya Özenmek	2 (33,3)	0(0,0)	
Arkadaşa özenmek	0 (0,0)	1(50,0)	
Aile de alkol kullanımı n(%)			0,197
Var	13(28,9)	6(16,7)	
Yok	32 (71,1)	30(83,3)	
Madde kullanımı n(%)	0(0,0)	0(0,0)	1,000
Madde denemesi n(%)	0(0,0)	0(0,0)	1,000
Ailede madde kullanımı n(%)	0(0,0)	0(0,0)	1,000
Arkadaş madde kullanımı n(%)	0(0,0)	0(0,0)	1,000

ÇESAMKDA: Çocuk ve Ergenlerde Sigara Alkol ve Madde Kullanımı Değerlendirme Anketi
DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

4.6. DEHB Grubu ile Kontrol Grubunda Ek Psikiyatrik Tanılar ve Dağılımları

DEHB grubunda ek tanısı olan toplam olgu sayısı 28 (%62.2) iken kontrol grubunda psikiyatrik bozukluk tanısı konan toplam olgu sayısı 12'dir (%33,3), her iki

grup bu açıdan karşılaştırıldığında DEHB grubunda ek tanı varlığı istatistiksel olarak anlamlı olacak düzeyde fazladır. DEHB grubu ile kontrol grubunda ek psikiyatrik tanılar tablo 4.8' de sunulmuştur.

Tablo 4.8. DEHB Grubu ile Kontrol Grubunda Ek Psikiyatrik Tanılar

Eş tanı n (%)	DEHB grubu (n=45)	Kontrol grubu (n=36)	p
Var	28 (62,2)	12(33,3)	
Yok	17 (37,8)	24(66,7)	**0,024***

*Pearson Ki-Kare Testi, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

DEHB grubunda en sık konulan ek tanı ÖÖG olarak görülmektedir. Bunu Anksiyete Bozukluğu ve KOKG izlemektedir. Ek psikiyatrik tanısı olmayan DEHB'li olgu sayısı ise 17'dir. Kontrol grubunda ise en sık konulan psikiyatrik ek tanı Anksiyete Bozukluğu olarak görülmekte ve bunu Tik Bozukluğu izlemektedir. Kontrol grubunda ek tanısı olmayan olgu sayısı 24'tür. DEHB grubunda 11 olguda ek tanı olarak ÖÖG saptanırken, kontrol grubunda hiç ÖÖG saptanmamıştır. DEHB ve kontrol grubunda ek psikiyatrik tanı dağılımları Tablo 4.9.' da sunulmuştur.

Tablo 4.9. DEHB Grubu ile Kontrol Grubunda Ek Psikiyatrik Tanılar ve Dağılımları

Eş tanı n (%)	DEHB grubu (n=45)	Kontrol grubu (n=36)
Anksiyete B	10 (35,7)	5 (41,6)
ÖÖG	11 (39,2)	0 (0,0)
KOKG	5 (17,8)	1 (8,3)
Davranım B	1 (3,5)	0 (0,0)
Depresyon	1 (3,5)	1 (8,3)
Tik B.	0 (0,0)	3 (25)
Enürezis	0 (0,0)	1 (8,3)
Enkoprezis	0 (0,0)	1 (8,3)

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

4.7. DEHB Grubu ile Kontrol Grubunun Piers Harris Çocuklar İçin Öz Kavram Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

İki grup arasında Piers Harris Çocuklar İçin Öz Kavram Ölçeği toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Mutluluk, kaygı, davranış ve uyum, fiziksel görünüm ve zihinsel kapasite ve zeka alt ölçek puanları için her iki grup arasında ayrı ayrı karşılaştırılma yapıldığında sadece mutluluk ve kaygı alt ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Her iki grubun PHÇÖKÖ toplam puan ve alt ölçek puan ortalamaları tablo 4.10' da sunulmuştur.

Tablo 4.10. DEHB Grubu ile Kontrol Grubunun Piers Harris Çocuklar İçin Öz Kavram Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

PHÇÖKÖ	DEHB grubu (n=45)	Kontrol grubu (n=36)	P*
Alt ölçekler (ort±s.s)			
Mutluluk	10,4±3,1	11,2±2,5	**0,031***
Kaygı	8,7±2,5	9,7±2,3	**0,044***
Popülarite	9,5±2,3	9,4±1,6	0,120
Davranış ve uyum	12,4±2,3	12,9±2,5	0,270
Fiziksel görünüm	7,4±1,9	7,3±2,2	0,940
Zeka	5,0±1,4	5,3±1,2	0,417
Toplam (ort±s.s)	61,8±10,1	64,1± 9,3	0,251

PHÇÖKÖ: Piers Harris Çocuklar İçin Öz Kavram Ölçeği, * Mann-Whitney U Testi
DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

4.8.DEHB Grubu ile Kontrol Grubunun Güçler Güçlükler Anketi (GGA) Ebeveyn, Öğretmen ve Ergen Formları Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Güçler Güçlükler Anketi (GGA) ebeveyn formuna göre; duygusal problemler, davranım problemleri, arkadaş ilişkilerinde sorunlar ve hiperaktivite alt öçekleri ile toplam güçlük puanı alt ölçeğinde DEHB grubunun daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Puanın yüksekliği bireyin klinik sorunlara yatkınlığının azaldığını

gösteren sosyal davranış alt ölçek puan ortalaması ise kontrol grubunda daha yüksek olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre DEHB grubu kontrol grubuyla karşılaştırıldığında arkadaş ilişkilerinde sorunlar ve sosyal davranışlar alt ölçekleri açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmazken diğer alt ölçekler açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). DEHB grubu ile kontrol grubunun Güçler Güçlükler Anketi (GGA) ebeveyn formu alt ölçek puanlarının karşılaştırılması tablo 4.11' de sunulmuştur.

Tablo 4.11. DEHB Grubu ile Kontrol Grubunun Güçler Güçlükler Anketi (GGA) Ebeveyn Formu Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

GGA-Ebeveyn Alt Ölçekler (ortalama ± s.s)	DEHB grubu (n=45)	Kontrol grubu (n=36)	P*
Duygusal problemler	3,8±2,3	2,1- 2,0	**0,002***
Davranım problemleri	3,1±2,2	1,2±1,4	**0,000***
Hiperaktivite	6,4±2,0	3,2±2,2	**0,000***
Arkadaş ilişkilerinde sorunlar	3,1±2,1	2,4±1,7	0,215
Sosyal davranışlar	7,5±1,8	8,1±1,9	0,099
Toplam güçlük puanı	16,4±6,1	9,1±5,3	**0,000***

GGA: Güçler Güçlükler Anketi, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu,
* Mann-Whitney U Testi,

Güçler Güçlükler Anketi (GGA) öğretmen formuna göre; duygusal problemler, hiperaktivite alt ölçek puanları ve toplam güçlük puanı bakımında iki grup arasında anlamlı farklılık saptanırken, davranım problemleri, arkadaş ilişkilerinde sorunlar ve sosyal davranışlar alt ölçek puanları için anlamlı farklılık saptanmamıştır. DEHB Grubu ile Kontrol Grubunun Güçler Güçlükler Anketi (GGA) öğretmen formu alt ölçek puanlarının karşılaştırılması tablo 4.12' de sunulmuştur.

Tablo 4.12. DEHB Grubu ile Kontrol Grubunun Güçler Güçlükler Anketi (GGA) Öğretmen Formu Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

GGA-Öğretmen Alt ölçekler (ortalama ± s.s)	DEHB grubu (n=45)	Kontrol grubu (n=36)	P*
Duygusal problemler	2,7±2,1	1,5±1,4	**0,029***
Davranım problemleri	1,6±1,3	1,2±1,4	0,207
Hiperaktivite	4,8±2,3	1,6±1,9	**0,000***
Arkadaş ilişkilerinde sorunlar	2,8±1,9	2,1±1,4	0,188
Sosyal dvaranışlar	7,0±2,2	7,3±2,6	0,500
Toplam güçlük puanı	12,0±5,2	6,6±4,0	**0,000***

GGA: Güçler Güçlükler Anketi, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
* Mann-Whitney U Testi

Güçler Güçlükler Anketi (GGA) ergen formu bulgularına göre sosyal davranış alt ölçek puanı hariç diğer bütün alt ölçeklerde DEHB grubu daha yüksek puan almıştır. Duygusal problemler, davranım problemleri, hiperaktivite alt ölçek puanları açısından DEHB ve kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık saptanmazken, toplam güçlük puanı, arkadaş ilişkilerinde sorunlar ve sosyal davranışlar alt ölçekleri açısından anlamlı bir farklılık saptanmıştır. DEHB Grubu ile Kontrol Grubunun Güçler Güçlükler Anketi (GGA) ergen formu alt ölçek puanlarının karşılaştırılması tablo 4.13'te sunulmuştur.

Tablo 4.13. DEHB Grubu ile Kontrol Grubunun Güçler Güçlükler Anketi (GGA) Ergen Formu Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

GGA –Ergen Alt ölçekler (ortalama ± s.s)	DEHB grubu (n=45)	Kontrol grubu (n=36)	P*
Duygusal problemler	2,4±1,9	2,0±1,5	0,492
Davranım problemleri	2,3±1,5	1,8±1,7	0,072
Hiperaktivite	4,1±2,3	3,5±2,2	0,282
Arkadaş ilişkilerinde sorunlar	2,8±1,8	1,9±1,7	**0,026***
Sosyal davranışlar	8,4±3,3	8,7±1,5	**0,022***
Toplam güçlük puanı	11,8±4,9	9,3±4,7	**0,036***

GGA: Güçler Güçlükler Anketi, * Mann-Whitney U Testi
DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

4.9. DEHB Grubu ile Kontrol Grubunun Yenilenmiş Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Yenilenmiş Conners Ebeveyn Ölçeği sonuçları değerlendirilirken, anne ve baba formları ayrı ayrı sınıflandırılmış ve bulgular ayrı tablolarda sunulmuştur. Annelerin doldurduğu ölçeklere göre psikosomatik alt ölçek puanı dışında diğer alt ölçek puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunurken, babaların doldurduğu ölçeklere göre ise mükemmeliyetçilik alt ölçek puanı dışında diğer alt ölçek puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. DEHB grubu ile kontrol grubunun Yenilenmiş Conners Ebeveyn Ölçeği'nin anneler tarafından doldurulan formlarının alt ölçek puanlarının karşılaştırılması tablo 4.14'te, DEHB grubu ile kontrol grubunun Yenilenmiş Conners Ebeveyn Ölçeği'nin babalar tarafından doldurulan formlarının alt ölçek puanlarının karşılaştırılması ise tablo 4.15'te sunulmuştur

Tablo 4.14. Yenilenmiş Conners Ebeveyn (Anne) Derecelendirme Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

YCEDÖ-Anne Alt ölçekler (ortalama ± s.s)	DEHB grubu (n=45)	Kontrol grubu (n=36)	P
Karşı gelme	13,5±7,1	5,8±4,6	**0,000***
Bilişsel problemler/dikkatsizlik	21,4±7,6	5,1±5,7	**0,000***
Hiperaktivite	11,3±6,4	4,0±3,5	**0,000***
Kaygı-utangaçlık	6,2±4,8	4,1±3,7	**0,045***
Mükemmeliyetçilik	5,1±3,6	7,8±4,7	**0,010***
Sosyal problemler	3,8±3,4	2,0±2,3	**0,009***
Psikosomatik yakınmalar	4,6±4,0	3,2±2,8	0,158
DEHB indeksi	21,9±7,1	7,2±5,7	**0,000***
Conners global indeks huzursuzluk-impulsivite	10,0±4,6	3,4±3,2	**0,000***
Conners global indeks duygusal değişkenlik	3,8±2,4	1,5±1,6	**0,000***
Conners global indeks toplam	13,8±6,6	5,0±4,4	**0,000***
DSM-IV semptomları dikkatsizlik	15,3±5,8	3,9±3,8	**0,000***
DSM-IV semptomları hiperaktivite	12,2±6,8	4,8±4,1	**0,000***
DSM-IV semptomları toplam	27,5±11,4	8,7±7,3	**0,000***

YCEDÖ:Yenilenmiş Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği, *Mann-Whitney U Testi
DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

Tablo 4.15. Yenilenmiş Conners Ebeveyn (Baba) Derecelendirme Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

YCEDÖ-Baba Alt ölçekler (ortalama ± s.s)	DEHB grubu (n=45)	Kontrol grubu (n=36)	p
Karşı gelme	11,5±6,5	4,1±3,2	**0,000***
Bilişsel problemler/dikkatsizlik	18,5±8,4	5,0±6,4	**0,000***
Hiperaktivite	9,0±5,1	2,6±2,7	**0,000***
Kaygı-utangaçlık	7,0±5,3	3,7±4,1	**0,005***
Mükemmeliyetçilik	6,1±3,5	7,6±4,7	0,154
Sosyal problemler	4,1±3,2	1,4±1,5	**0,000***
Psikosomatik yakınmalar	3,6±3,6	1,5±1,7	**0,018***
DEHB indeksi	19,1±7,6	6,4±6,1	**0,000***
Conners global indeks huzursuzluk impulsivite	8,7±4,5	2,5±3,0	**0,000***
Conners global indeks duygusal değişkenlik	3,0±1,9	0,8±1,1	**0,000***
Conners global indeks toplam	11,7±5,9	3,4±3,9	**0,000***
DSM-IV semptomları dikkatsizlik	13,1±5,9	3,5±4,2	**0,000***
DSM-IV semptomları hiperaktivite	11,1±5,5	3,2±2,9	**0,000***
DSM-IV semptomları toplam	24,1±10,8	6,8±6,7	**0,000***

YCEDÖ:Yenilenmiş Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği, *Mann-Whitney U Testi
DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

4.10 DEHB Grubu ile Kontrol Grubunun Yenilenmiş Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Öğretmenlerin doldurduğu Yenilenmiş Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği sonuçlarına göre karşı gelme, kaygı-utangaçlık, hiperaktivite ve Conners global indeks duygusal değişkenlik alt ölçekleri dışında bütün alt ölçekler bakımında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. DEHB grubu ve kontrol grubu Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği alt ölçek puanlarına göre karşılaştırılması tablo 4.16'da sunulmuştur.

Tablo 4.16. DEHB Grubu ile Kontrol Grubunun Conners Öğretmen Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

YCÖDÖ Alt ölçekler (ortalama ± s.s)	DEHB grubu (n=45)	Kontrol grubu (n=36)	P
Karşı gelme	2,9±3,2	2,5±3,6	0,243
Bilişsel problemler/dikkatsizlik	7,3±4,5	1,6±1,8	**0,000***
Hiperaktivite	4,7±3,7	2,9±3,8	**0,005***
Kaygı-utangaçlık	5,4±3,1	5,8±3,0	0,409
Mükemmeliyetçilik	3,2±2,1	5,9±3,1	**0,000***
Sosyal problemler	3,5±3,2	0,9±1,0	**0,001***
Dikkat sorunları	7,2±3,6	2,9±2,7	**0,000***
Hiperaktivite	3,1±3,1	2,3±3,5	0,082
Conners global indeks huzursuzluk impulsivite	4,1±2,4	1,4±2,3	**0,000***
Conners global indeks duygusal değişkenlik	3,4±2,4	2,9±2,6	0,280
Conners global indeks toplam	7,6±4,4	4,4±4,2	**0,002***
DSM-IV semptomları dikkatsizlik	9,5±5,5	3,2±3,2	**0,000***
DSM-IV semptomları hiperaktivite	5,9±5,2	3,8±5,5	**0,005***
DSM-IV semptomları toplam	15,5±9,6	7,0±7,6	**0,000***

YCÖDÖ:Yenilenmiş Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği, * Mann-Whitney U Testi
DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

4.11. DEHB Grubu ile Kontrol Grubunun Yenilenmiş Conners-Wells Ergen Özbildirim Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Ergenlerin öz bildirimlerine dayalı doldurulan ölçeğe göre DEHB ve kontrol grubu arasında aile problemleri, davranım problemleri, bilişsel problemler, DEHB indeksi, DSM-IV semptomları-dikkatsizlik, DSM-IV semptomları-toplam alt ölçekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunurken, diğer alt ölçekler bakımında gruplar arasında fark anlamlı bulunmamıştır. DEHB grubu ve kontrol grubunun Conners Wells Ergen Özbildirim Ölçeği alt ölçek puanlarına göre karşılaştırılması tablo 4.17' de sunulmuştur.

Tablo 4.17. DEHB Grubu ile Kontrol Grubunun Yenilenmiş Conners-Wells Ergen Özbildirim Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

YCEDÖ Alt ölçekler (ortalama ± s.s)	DEHB grubu (n=45)	Kontrol grubu (n=36)	P
Aile problemleri	10,1±6,6	6,6±4,6	**0,017***
Duygusal problemler	7,4±5,3	5,0±3,5	0,051
Davranım problemleri	5,1±4,2	2,9±4,6	**0,003***
Bilişsel problemler	10,1±6,3	6,1±3,5	**0,004***
Öfke kontrol problemleri	10,1±6,9	8,4±7,0	0,256
Hiperaktivite	9,4±5,3	8,6±5,0	0,569
DEHB indeksi	13,1±6,4	9,4±4,1	**0,010***
DSM-IV semptomları dikkatsizlik	9,3±5,9	6,5±4,4	**0,036***
DSM-IV semptomları hiperaktivite	7,9±5,3	6,3±4,6	0,147
DSM-IV semptomları toplam	17,2±10,1	12,8±8,2	**0,038***

YCEDÖ: Yenilenmiş Conners-Wells Ergen Özbildirim Ölçeği, * Mann-Whitney U Testi
DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

4.12. DEHB Grubu ile Kontrol Grubunun Belirti Tarama Listesi (SCL-90R) Anne ve Baba Formları Toplam ve Alt ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

SCL-90R ruhsal belirti tarama listesi verilerine göre, DEHB ve kontrol grubundaki olguların annelerinde pozitif belirti toplamı, pozitif belirti düzeyi ve genel belirti düzeyi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Alt ölçek sonuçları karşılaştırıldığında ise; obsesif kompulsif ve depresyon alt ölçek puanları dışında diğer alt ölçek puanları açısından iki grup anneleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. DEHB grubu ile kontrol grubunun SCL-90R anne formlarının toplam ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması tablo 4.18'de sunulmuştur.

Tablo 4.18. DEHB Grubu ile Kontrol Grubunun Belirti Tarama Listesi (Scl-90 R) Anne Formları Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

SCL-90R (ortalama ± s.s)	DEHB grubu (n=45)	Kontrol grubu (n=36)	P
Pozitif belirti toplamı	42,7±18,1	36,7±21,5	0,116
Pozitif belirti düzeyi	1,5±0,4	1,3±0,5	0,269
Genel belirti düzeyi	0,8±0,5	0,6±0,4	0,111
Alt ölçekler;			
Somatizasyon	1,1±0,8	0,7±0,6	0,067
Obsesif kompulsif	1,1±0,6	0,7±0,5	**0,026***
Kişiler arası duyarlılık	0,9±0,7	0,7±0,5	0,138
Depresyon	1,0±0,6	0,7±0,5	**0,046***
Anksiyete	0,6±0,6	0,5±0,4	0,186
Öfke-düşmanlık	0,7±0,6	0,5±0,4	0,283
Fobik anksiyete	0,3±0,4	0,3±0,4	0,233
Paranoid düşünce	0,7±0,5	0,6±0,6	0,165
Psikotisizm	0,4±0,4	0,3±0,4	0,231

SCL-90R: Belirti Tarama Listesi, * Mann-Whitney U Testi
DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

SCL-90R ruhsal belirti tarama listesi verilerine göre, DEHB ve kontrol grubundaki olguların babaları karşılaştırıldığında pozitif belirti toplamı ve pozitif belirti düzeyi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmazken genel belirti düzeyleri açısından gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Alt ölçek sonuçları karşılaştırıldığında ise; annelerin doldurduğu ölçeklerden farklı olarak anksiyete, öfke-düşmanlık, paranoid düşünce alt ölçek puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanırken, diğer alt ölçek puanları açısından her iki grubun babaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. DEHB grubu ile kontrol grubunun Belirti Tarama Listesi (SCL-90R) baba formlarının toplam ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması tablo 4.19' da sunulmuştur.

Tablo 4.19. DEHB Grubu ile Kontrol Grubunun Belirti Tarama Listesi (Scl-90-R) Baba Formları Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

SCL-90R (ortalama ± s.s)	DEHB grubu (n=45)	Kontrol grubu (n=36)	P
Pozitif belirti toplamı	34,5±18,6	25,6±21,2	0,085
Pozitif belirti düzeyi	1,4±0,4	1,2±0,3	0,240
Genel belirti düzeyi	0,5±0,3	0,3±0,3	**0,048***
Alt ölçekler;			
Somatizasyon	0,5±0,4	0,4±0,5	0,274
Obsesif kompulsif	0,7±0,4	0,5±0,4	0,180
Kişiler arası duyarlılık	0,7±0,5	0,4±0,4	0,059
Depresyon	0,5±0,4	0,4±0,4	0,077
Anksiyete	0,4±0,3	0,3±0,3	**0,031***
Öfke-düşmanlık	0,6±0,4	0,3±0,4	**0,005***
Fobik anksiyete	0,2±0,3	0,1±0,2	0,532
Paranoid düşünce	0,6±0,4	0,4±0,5	**0,027***
Psikotisizm	0,3±0,2	0,2±0,2	0,325

SCL-90R: Belirti Tarama Listesi, * Mann-Whitney U Testi
DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

4.13.DEHB Grubu ve Kontrol Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Sosyodemografik Özellikleri Açısından Karşılaştırılması

DEHB ve kontrol grubunda sigara ve alkol deneyimi olan olgularla olmayan olgular sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılmıştır. DEHB grubunda yaş arttıkça sigara deneme ve alkol deneme olasılığı istatistiksel olarak da anlamlı olacak şekilde artarken, kontrol grubunda sigara deneyimi için yaş bakımından anlamlı fark gözlenmemiş fakat alkol deneyimi için yaş artışı anlamlı bulunmuştur. Hem DEHB grubunda hem de kontrol grubunda sigara ve alkol deneyimi açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. DEHB grubunda sigara deneyimi olan olgularla olmayan olgular arasında yaş dışında anlamlı farklılık gösteren tek faktörün baba eğitimi olduğu, sigara deneyimi olan olguların babalarının eğitim düzeylerinin

ortalama yıl olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. DEHB grubunda alkol deneyimi olan olgularla olmayan olgular arasında yaş dışında anlamlı farklılık saptanan faktörler ise anne eğitim, baba eğitim, anne mesleği olarak saptanmıştır. DEHB grubunda alkol deneyimi olan olguların anne ve babalarının eğitim düzeylerinin daha yüksek olduğu ve alkol almayan olguların grubundaki annelere göre ev hanımı oranının daha düşük olduğu ve daha çok çalıştıkları görülmüştür.

Kontrol grubunda sigara deneyimi olan olgularla olmayan olgular arasında anlamlı farklılık olan faktörler ise anne eğitim, baba eğitim, baba iş, aylık gelir ve sosyal güvence olarak bulunmuştur. Sigara deneyen olguların anne ve babalarının düzeyleri ortalama yıl olarak daha yüksekti. Babaların meslek dağılımda sigara deneyen olguların babalarının daha yüksek oranda memur oldukları, denemeyen olguların babalarının ise daha çok işçi olarak çalıştıkları ve sigara deneyen olguların ailelerinin aylık gelir düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda alkol deneyimi olan olgularla olmayan olgular arasında yaş dışında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösteren faktöre rastlanmamıştır. Kontrol grubunda alkol deneyimi olan olguların yaşlarının daha büyük olduğu saptanmıştır. DEHB grubu ve kontrol grubunda sigara ile alkol denemesi olan ve olmayan olgularının sosyodemografik özellikleri açısından karşılaştırılması tablo 4.20 ve tablo 4.21 de sunulmuştur.

Tablo 4.20. DEHB Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Sosyodemografik Özellikleri Açısından Karşılaştırılması

Sosyodemografik özellikler		DEHB grubu (n=45)					
		Sigara + (n=13)	Sigara - (n=32)	p	Alkol + (n=6)	Alkol - (n=39)	P
Yaş (yıl) (ort±ss)		14,0±1,2	12,4±1,2	* **0,001**	14,5±0,8	12,6±1,3	* **0,003**
Cinsiyet K/E	(n)	2/11	8/24	0,482	2/4	8/31	0,601
	%	15.4/84.6	25/75		33,3/67,7	20,5/79,5	
Anne yaşı (ort±ss)		41,8±2,5	39,5±5,5	0,204	43,6±3,0	39,6±5,0	0,067
Baba yaşı (ort±ss)		45,8±4,2	43,9±6,3	0,183	46,8±5,4	44,1±5,9	0,222
Anne eğitimi (yıl) (ort±SS)		10,6±3,9	8,8±3,6	0,162	13,3±2,6	8,7±3,5	* **0,008**
Baba eğitimi (yıl) (ort±SS)		11,8±2,8	9,2±3,7	* **0,034**	12,8±2,0	9,5±3,6	* **0,044**
Anne mesleği n(%)				0,738			** **0,022**
Ev hanımı		8(61,5)	22(68.8)		2(33,3)	28(71.8)	
Memur		4(30,8)	7(21.9)		2(33,3)	9(23.1)	
İşçi		0(0,0)	2(6.3)		0(0,0)	2(5.1)	
Serbest Meslek		1(7.7)	1(3.1)		2(33,3)	0(0,0)	
Baba mesleği n(%)				0,950			0,900
İşsiz		0(0,0)	1(3.1)		0(0,0)	1(2,6)	
Memur		6(46.2)	10(31.3)		3(50,0)	13(33,3)	
İşçi		1(7.7)	5(15.6)		1(16,7)	5(12.8)	
Serbest Meslek		6(46.2)	16(50)		2(33,3)	20(51.3)	
Aylık gelir n(%)				0,231			0,314
500-1000tl		1(7.7)	7(21.9)		0(0,0)	8(20,5)	
1000-1500tl		3(23.1)	10(31.3)		1(16.7)	12(30,8)	
1500-2000tl		2(15.4)	3(9.4)		0(0,0)	5(12.8)	
2000 tl ve üstü		7(53.9)	12(37.5)		5(83.3)	14(35,9)	
Sosyal güvence n(%)				0,726			0,778
SSK		6(46.2)	15(46.9)		4(66,7)	17(43.6)	
Bağkur		1(7.7)	4(12.5)		0(0,0)	5(12.8)	
Emekli Sandığı		5(38.5)	12(37.5)		2(33,3)	15(38.5)	
Yeşil kart		0(0.0)	1(3.1)		0(0,0)	1(2.6)	
Yok		1(7.7)	0(0.0)		0(0,0)	1(2.6)	
Aile yapısı n(%)				0,385			0,084
Çekirdek		10(76.9)	27(84.4)		3(50,0)	34(87,2)	
Geniş		2(15.4)	3(9.4)		2(33.3)	3(7.7)	
Tek ebeveyn		1(7.7)	2(6.3)		1(16,7)	2(5,2)	

* Mann-Whitney U Testi , ** Fisher's Exact Testi, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

Tablo 4.21. Kontrol Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olgularının Sosyodemografik Özellikleri Açıdan Karşılaştırılması

Sosyodemografik özellikler		Kontrol grubu (n=36)					
		Sigara + (n=10)	Sigara - (n=26)	P	Alkol + (n=2)	Alkol - (n=34)	p
Yaş (yıl) (ort±ss)		13,2±1,5	13,0±1,5	0,705	16,0±0,0	12,8±1,4	* **0,020**
Cinsiyet K/E	(n)	3/7	15/11	0,137	1/1	17/17	1,00
	%	30/70	57.7/42.3		50/50	50/50	
Anne yaşı (ort±SS)		39,3±7,2	39,1±9,1	0,929	41,0±0,0	39,0±6,9	0,446
Baba yaşı (ort±SS)		42,7±6,5	42,8±8,0	0,812	44,5±4,9	42,6±7,7	0,433
Anne eğitimi (yıl) (ort±SS)		10,2±3,9	6,5±2,6	* **0,009**	10,5±3,5	7,4±3,3	0,153
Baba eğitimi (yıl) (ort±SS)		12,5±3,2	8,6±8,6	* **0,010**	10,0±7,0	9,7±3,7	0,971
Anne mesleği n(%)				0,305			0,213
Ev hanımı		8(80)	24(92.3)		1(50)	31(91,2)	
Memur		2(20)	2(7.7)		1(50)	3(8,8)	
İşçi		0(0,0)	0(0,0)		0(0,0)	0(0,0)	
Serbest Meslek		0(0,0)	0(0,0)		0(0,0)	0(0,0)	
Baba mesleği n(%)				** **0,023**			1,000
İşsiz		0(0,0)	0(0,0)		0(0,0)	0(0,0)	
Memur		6(60)	4(16)		1(50)	9(27.3)	
İşçi		2(20)	13(52)		1(50)	14(42.4)	
Serbest Meslek		2(20)	8(32)		0(0,0)	10(30,3)	
Aylık gelir n(%)				** **0,003**			0,165
500-1000tl		1(10,0)	10(38,5)		0(0,0)	11(32.3)	
1000-1500tl		0(0,0)	9(34,6)		0(0,0)	9(26.5)	
1500-2000tl		2(20,0)	4(15,4)		1(50,0)	5(14.7)	
2000 tl ve üstü		7(70,0)	3(11,5)		1(50,0)	9(26.5)	
Sosyalgüvence n(%)				** **0,046**			0,789
SSK		2(20)	17(65.4)		1(50,0)	18(52.9)	
Bağkur		2(20)	3(11.5)		0(0,0)	5(14.7)	
Emekli Sandığı		6(60)	6(23.1)		1(50,0)	11(32.4)	
Yeşil kart		0(0,0)	0(0,0)		0(0,0)	0(0,0)	
Yok		0(0,0)	0(0,0)		0(0,0)	0(0,0)	
Aile yapısı n(%)				0,805			0,876
Çekirdek		9(90.0)	23(88.5)		2(100,0)	30(88,3)	
Geniş		1(10.0)	2(7.7)		0(0,0)	3(8,8)	
Tek ebeveyn		0(0.0)	1(3.8)		0(0,0)	1(2,9)	

* Mann-Whitney U Testi , ** Fisher's Exact Testi

4.14 DEHB Grubu ve Kontrol Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Okul Hayatları ile İlgili Özellikleri Açısından Karşılaştırılması

DEHB ve kontrol grubunda sigara ve alkol deneyimi olan olgularla olmayan olgular okul hayatı ile ilgili özellikleri açısından karşılaştırılmıştır. DEHB grubunda sigara deneyimi olan ve olmayan olgular arasında, ailelerine ve kendilerine göre ders başarı durumları ile okulda devamsızlık yapma, disiplin cezası alma ve sınıf tekrarı açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. DEHB grubunda sigara deneyimi olan olgularla olmayan olgular arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösteren tek faktör haftalık harcanan ortalama para miktarı olarak saptanmıştır, Sigara deneyimi olan çocukların olmayan çocuklara göre daha yüksek oranda yüksek miktar harçlık aldıkları saptanmıştır. DEHB grubunda alkol deneyimi olan olgularla olmayan olgular arasında istatistiksel olarak farklılık gösteren faktöre rastlanmamıştır. Kontrol grubunda ise sigara deneyimi olan olgularla olmayan olgular arasında istatistiksel olarak farklılık gösteren faktöre rastlanmamıştır. DEHB grubundan farklı olarak kontrol grubunda alkol deneyimi olan olguların olmayan olgulara göre aileye göre ders başarı durumları daha düşük saptanmış ve bu açıdan aralarında istatistiksel olarak da anlamlı bir farklılık bulunmuştur. DEHB grubunda sigara ve alkol deneyimi olan olgularla olmayan olguların okul hayatına ait özelliklerin karşılaştırılması tablo 4.22'de, kontrol grubunda sigara ve alkol deneyimi olan olgularla olmayan olguların okul hayatına ait özelliklerin karşılaştırılması ise tablo 4.23'de sunulmuştur.

Tablo 4.22. DEHB Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Okul Hayatları ile İlgili Özelliklerinin Karşılaştırılması

Okul Hayatı	DEHB grubu (n=45)					
	Sigara + (n=13)	Sigara - (n=32)	p	Alkol + (n=6)	Alkol - (n=39)	p
Aileye göre ders başarısı n(%)			0,254			0,650
Ortalamanın üstü	5(38.5)	7(21.9)		2(33,3)	10(25,6)	
Ortalama ve ortalamanın altı	8(61.5)	25(78.1)		4(66,7)	29(74,4)	
Kendine göre ders başarısı n(%)			0,420			0,377
Ortalamanın üstü	4(30.8)	14(43.8)		1(16.7)	17(43.6)	
Ortalama ve rtalamanın altı	9(69.2)	18(56.2)		5(83.3)	22(56,4)	
Devamsızlık n(%)			0,964			0,153
Yok	5(38.5)	10(31.3)		0(0,0)	15(38,5)	
1-2 gün	5(38.5)	13(40.6)		4(66,7)	14(35,9)	
3-4 gün	1(7.7)	5(15.6)		1(16,7)	5(12.8)	
5 gün ve üzeri	2(15.4)	4(12.5)		1(16,7)	5(12.8)	
Disiplin cezası n(%)			0,519			0,133
Var	0(0,0)	1(3.1)		1(16,7)	0(0,0)	
Yok	13(100)	31(96,9)		5(83,3)	39(100)	
Sınıfta tekrarı n(%)			1,000			1,000
Var	0(0.0)	0(0.0)		0(0,0)	0(0,0)	
Yok	13(100)	32(100)		6(100)	39(100)	
Haftalık harcanan ortalama para n(%)			*			0,796
20 tl veya daha az	9(69,2)	30(93.8)	**0,049**	5(83,3)	34(87,2)	
20 tl üstü	4(30,8)	2(6,3)		1(16,7)	5(12.8)	

* Fisher's Exact Testi DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

Tablo 4.23. Kontrol Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Okul Hayatları ile İlgili Özelliklerinin Karşılaştırılması

Okul Hayatı	Kontrol grubu (n=36)					
	Sigara + (n=10)	Sigara - (n=26)	p	Alkol + (n=2)	Alkol - (n=34)	p
Aileye göre ders başarısı n(%)			0,321			* **0,033**
Ortalamanın üstü	7(70,0)	22(84.6)		0(0,0)	29(85.3)	
Ortalama ve ortalamanın altı	3(30,0)	4(15.4)		2(100,0)	5(14.7)	
Kendine göre ders başarısı n(%)			0,599			0,607
Ortalamanın üstü	6(60,0)	18(69.2)		1(50,0)	23(67,6)	
Ortalama ve ortalamanın altı	4(40,0)	8(30.8)		1(50,0)	11(32.4)	
Devamsızlık n(%)			0,607			0,746
Yok	3(30.0)	7(26.9)		0(0,0)	10(29.4)	
1-2 gün	5(50.0)	11(42.3)		2(100,0)	14(41.2)	
3-4 gün	2(20.0)	3(11,5)		0(0,0)	5(14.7)	
5 gün vüzeri	0(0.0)	5(19.2)		0(0,0)	5(14.7)	
Disiplin cezası n(%)			1,000			1,000
Var	0(0.0)	0(0.0)		0(0,0)	0(0,0)	
Yok	10(100)	26(100)		2(100.0)	34(100)	
Sınıfta tekrarı n(%)			1,000			1,000
Var	0(0.0)	0(0.0)		0(0,0)	0(0,0)	
Yok	10(100)	26(100)		2(100,0)	34(100)	
Haftalık harcanan ortalama para n(%)			0,071			0,110
20 tl veya daha az	8(80,0)	26(100)		1(50,0)	33(97.1)	
20 tl üstü	2(20,0)	0(0,0)		1(50,0)	1(2.9)	

* Fisher's Exact Testi

4.15. DEHB Grubu ve Kontrol Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Sosyal Çevreleri ile İlgili Özellikleri Açısından Karşılaştırılması

DEHB ve kontrol grubunda sigara ve alkol deneyimi olan olgularla olmayan olgular sosyal çevreleri, sigara alkol gibi alışkanlık yapıcı maddelerin genel sağlık üzerine etkileri konusunda bilgi düzeyleri ve diğer deneyimleri açısından karşılaştırılmıştır. DEHB grubunda sigara deneyimi olan olgularla olmayan olgular arasında aile ve yakın arkadaş çevresinde sigara kullanım durumları açısından anlamlı bir farklılık gözlenmezken, ailede alkol kullanımının olmasının DEHB grubunda alkol deneyimi olan olgularla olmayan olgular arasında anlamlı bir farklılık oluşturduğu görülmüştür. DEHB grubunda sigara deneyimi olan olgular sigara deneyimi olmayan olgularla alkol deneyimlerinin olup olmaması açısından karşılaştırıldığında sigara deneyimi olan olgularda alkol denemesinin istatistiksel olarak da anlamlı olacak şekilde fazla olduğu görülmüştür. Benzer şekilde alkol deneyimi olan olgular için de sigara deneme oranlarının istatistiksel olarak da anlamlı olacak şekilde fazla olduğu görülmüştür. Kontrol grubundaki çocuklar için sigara deneyimi olan ve olmayan olgular arasında anlamlı faklılık gösteren faktörler ise ailede sigara kullanımı ve aile de alkol kullanımı olduğu görülmüştür. Kontrol grubundaki çocuklar için alkol deneyimi olan ve olmayan olgular arasında anlamlı faklılık gösteren tek faktör aile de alkol kullanımının olmasıdır. Aile de alkol kullanımı olan olgularda sigara ve alkol deneme olasılığının daha yüksek olduğunu görülmüştür. DEHB grubu ve kontrol grubunda sigara ile alkol denemesi olan ve olmayan olguların sosyal çevrelerine ait özellikler açısından karşılaştırılması tablo 4.24 ve tablo 4.25’ de sunulmuştur.

Tablo 4.24. DEHB Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Sosyal Çevreleri ile İlgili Özellikleri Açısından Karşılaştırılması

Sosyal çevre	DEHB grubu (n=45)					
	Sigara + (n=13)	Sigara - (n=32)	p	Alkol + (n=6)	Alkol - (n=39)	p
Ailede sigara kullanımı n(%)			0,265			0,075
Var	10(76,9)	19(59,4)		6(100)	23(59.0)	
Yok	3(23,1)	13(40,6)		0(0,0)	16(41.0	
Yakın arkadaş sigara kullanımını (n,%)			0,066			0,080
Var	3(23.1)	1(3.1)		2(33,3)	2(5.1)	
Yok	10(76.9)	31(96.9)		4(66,7)	37(94.9)	
Ailede alkol kullanımı n(%)			0,859			* **0,049**
Var	4(30,8)	9(28,1)		4(66,7)	9(23.1)	
Yok	9(69,2)	23(71,9)		2(33,3)	30(76,9)	
Genel sağlığa zararlı etkisi n(%)			1,000			1,000
Var	13(100)	32(100)		6(100)	39(100)	
Yok	0(0,0)	0(0,0)		0(0,0)	0(0,0)	
Alkol denemesi n(%)			* **0,049**			
Var	4(30,8)	2(6,3)				
Yok	9(69,2)	30(93,7)				
Sigara denemesi n(%)						* **0,049**
Var				4(66,7)	9(23.1)	
Yok				2(33,3)	30(76,9)	

* Fisher's Exact Testi, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

Tablo 4.25. Kontrol Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Sosyal Çevreleri ile İlgili Özellikleri Açısından Karşılaştırılması

Sosyal çevre	Kontrol grubu (n=36)					
	Sigara + (n=10)	Sigara - (n=26)	p	Alkol + (n=2)	Alkol - (n=34)	p
Ailede sigara kullanımı n(%)			* **0,042**			0,935
Var	8(80)	11(42.3)		1(50,0)	16(47.1)	
Yok	2(20)	15(57.7)		1(50,0)	18(52.9)	
Yakın arkadaş sigara kullanımını (n,%)			0,842			0,400
Var	2(20)	6(23.1)		1(50,0)	7(20.6)	
Yok	8(80)	20(76,9)		1(50,0)	27(79.4)	
Ailede alkol kullanımı n(%)			** **0,039**			** **0,024**
Var	4(40,0)	2(7,7)		2(100)	4(11,8)	
Yok	6(60,0)	24(92,3)		0(0,0)	30(88,2)	
Genel sağlığa zararlı etkisi ? n(%)			1,000			1,000
Var	10(100)	26(100)		2(100)	34(100)	
Yok	0(0,0)	0(0,0)		0(0,0)	0(0,0)	
Alkol denemesi n(%)			0,484			
Var	1(10,0)	1(3,8)				
Yok	9(90,0)	25(96,2)				
Sigara denemesi n(%)						0,484
Var				1(50,0)	9(26,5)	
Yok				1(50,0)	25(73,5)	

* Pearson Ki-Kare Testi, ** Fisher's Exact Testi

4.16.DEHB Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Hastalık ile İlgili Özellikleri Açısından Karşılaştırılması

DEHB grubunda sigara ve alkol deneyimi olan ve olmayan olgular bozukluğun tipi, ne kadar süredir takip edildikleri, tedaviye uyumları ve zeka düzeyleri açısından

karşılaştırıldığında, tedavi uyumu kötü olan olgularda sigara deneme oranlarının istatistiksel olarak da anlamlı olacak şekilde fazla olduğu görülmüş fakat diğer faktörler açısından ise anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. DEHB Grubunda sigara ile alkol denemesi olan ve olmayan olguların hastalığa ait özellikleri açısından karşılaştırılması tablo 4.26 da sunulmuştur.

Tablo 4.26. DEHB Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Hastalığa Ait Özellikler Açısından Karşılaştırılması

Hastalığa ait özellikler	DEHB grubu (n=45)					
	Sigara + (n=13)	Sigara - (n=32)	p	Alkol + (n=6)	Alkol - (n=39)	p
DEHB alt tipi n(%)			0,367			0,146
Bileşik tip	12(84.6)	23(71.9)		3(50)	31(79,5)	
Dikkat eksikliği baskın tip	2(15.4)	9(28.1)		3(50)	8(20,5)	
Hiperaktivite baskın tip	0(0,0)	0(0,0)		0(0,0)	0(0,0)	
Takip süresi (yıl) ort± s.d	3,9±2,1	2,8±1,8	0,106	3,2 ± 2,3	3,1 ±1,9	0,960
Tedavi uyumu n(%)			**** 0,014**			0,601
İyi	7(53.8)	28(87.5)		4(66,7)	31(79,5)	
Kötü	6(46.2)	4(12.5)		2(33,3)	8(20,5)	
WSCR-sözel (ort±s.s.)	92,2±14,5	85,4±10,2	0,289	95,5±23,3	87,0±11,3	0,531
WSCR-per. (ort±s.s.)	103,3±13,9	90,1±7,2	* 0,019	107,0±29,6	93,3 ±9,6	0,623
WSCR-top (ort±s.s.)	97,1±14,9	86,3±8,1	0,072	101,0±29,6	88,9±10,0	0,623

* Mann-Whitney U Testi, **Pearson Ki-Kare Testi, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

4.17 DEHB Grubu ve Kontrol Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Ek Psikiyatrik Tanı Özellikleri Açısından Karşılaştırılması

DEHB grubunda sigara ile alkol denemesi olan ve olmayan olguları ek tanı ve dağılım özellikleri açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Benzer şekilde kontrol grubunda da sigara ile alkol denemesi olan ve olmayan olgular arasında ek tanı varlığı ve ek tanı dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. DEHB Grubu sigara ile alkol denemesi olan ve olmayan olgularının ek tanı ve dağılım özellikleri açısından karşılaştırılması tablo 4.27'de, kontrol grubunda sigara ile alkol denemesi olan ve olmayan olgularının ek tanı ve dağılım özellikleri açısından karşılaştırılması tablo 4.28'de sunulmuştur

Tablo 4.27. DEHB Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Eştanı ve Dağılım Özellikleri Açısından Karşılaştırılması

Eş tanı ve Dağılımı	DEHB grubu (n=45)					
	Sigara + (n=13)	Sigara - (n=32)	p	Alkol + (n=6)	Alkol - (n=39)	p
Eş tanı n(%)			0,607			0,769
Var	8(61.5)	20(62,5)		3(50,0)	25(64.1)	
Yok	5(38.5)	12(37.5)		3(50,0)	14(35.9)	

Pearson Ki-Kare Testi, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

Tablo 4.28. Kontrol Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Eştanı ve Dağılım Özellikleri Açısından Karşılaştırılması

Eş tanı ve Dağılımı	Kontrol grubu (n=36)					
	Sigara + (n=10)	Sigara - (n=26)	p	Alkol + (n=2)	Alkol - (n=34)	p
Eş tanı n(%)			0,394			0,476
Var	2(20,0)	10(38.4)		0(0,0)	12(35.2)	
Yok	8(80,0)	16(61.6)		2(100,0)	22(64.8)	

Fisher's Exact Testi

4.18 DEHB Grubu ve Kontrol Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Piers Harris Çocuklar İçin Öz Kavramı Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

DEHB grubunda sigara deneyen olgularla denemeyen olgular Piers Harris Çocuklar İçin Öz Kavramı Ölçeği toplam ve alt ölçek puanları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Kontrol grubundaki olgular arasında sigara deneyimi olan olgularda olmayan olgulara göre PHÇÖKÖ davranış-uyum ve popülarite alt ölçek puanları ile toplam puan anlamlı olacak düzeyde düşük bulunmuştur. DEHB grubunda alkol deneyimi olan olgular ile alkol deneyimi olmayan olgular PHÇÖKÖ sonuçları açısından karşılaştırıldığında ise davranış-uyum ve zeka alt ölçek puanlarında anlamlı farklılık saptanmıştır. Kontrol grubunda alkol deneyimi olan olgular ile alkol deneyimi olmayan olgular PHÇÖKÖ toplam ve alt ölçek puanları açısından karşılaştırıldığında ise herhangi bir alt ölçek ve toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. DEHB Grubu ve kontrol grubunda sigara ile alkol denemesi olan ve olmayan olgularının Piers Harris Çocuklar İçin Öz Kavramı Ölçeği toplam ve alt ölçek puanları açısından karşılaştırılması Tablo 4.29 ve tablo 4.30' da ayrı ayrı sunulmuştur.

Tablo 4.29 DEHB Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Piers Harris Çocuklar İçin Öz Kavramı Ölçeği Toplam ve Alt ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

PHÇÖKÖ Toplam puan ve alt ölçek puanları (ort±s.s)	DEHB grubu (n=45)					
	Sigara + (n=13)	Sigara - (n=32)	p	Alkol + (n=6)	Alkol - (n=39)	p
Alt ölçekler						
Mutluluk	10,4±2,5	10,4±3,3	0,869	8,8±3,5	10,6±3,0	0,240
Kaygı	9,2±2,5	8,4±2,5	0,452	7,8±2,3	8,8±2,6	0,265
Popülarite	9,5±2,5	9,5±2,3	0,885	10,5±0,5	9,3±2,4	0,464
Davranış ve uyum	12,1±2,0	12,5±2,4	0,594	10,3±1,6	12,7±2,2	* **0,025**
Fiziksel görünüm	7,3±2,4	7,4±1,8	0,804	6,3±1,8	7,6±1,9	0,071
Zeka	4,5±1,4	5,2±1,3	0,110	4,1±0,9	5,2±1,4	* **0,037**
Toplam	61,5±9,9	61,9±10,4	0,935	56,8±8,0	62,6±10,3	0,200

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
PHÇÖKÖ: Piers Harris Çocuklar İçin Öz Kavram Ölçeği, * Mann-Whitney U Testi

Tablo 4.30. Kontrol Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Piers Harris Çocuklar İçin Öz Kavramı Ölçeği Toplam ve Alt ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

PHÇÖKÖ toplam puan ve alt ölçek puanları (ort±s.s)	Kontrol grubu (n=36)					
	Sigara + (n=10)	Sigara - (n=26)		Alkol + (n=2)	Alkol - (n=34)	
Alt ölçekler						
Mutluluk	10,6±2,9	11,4±2,4	0,321	9,0±4,2	11,3±2,4	0,242
Kaygı	9,4±1,9	9,8±2,5	0,391	12,0±0,0	9,6±2,3	0,108
Popülarite	8,5±2,2	9,8±1,2	* **0,040**	9,5±2,1	9,4±1,6	1,000
Davranış ve uyum	10,3±2,1	13,9±1,8	* **0,000**	11,0±2,8	13,0±2,4	0,196
Fiziksel görünüm	6,9±3,1	7,5±1,7	0,871	6,0±5,6	7,4±2,0	1,000
Zeka	5,2±1,6	5,4±1,1	0,704	6,5±0,7	5,3±1,2	0,202
Toplam	58,5±9,3	66,3±8,4	**0,007**	62,5±13,4	64,2±9,2	0,890

PHÇÖKÖ: Piers Harris Çocuklar İçin Öz Kavram Ölçeği , * Mann-Whitney U Testi

4.19 DEHB Grubu ve Kontrol Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Güçler Güçlükler Anketi (GGA) Ebeveyn, Öğretmen ve Ergen Formları Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

DEHB grubu ve kontrol grubunda sigara ile alkol denemesi olan ve olmayan olgular GGA ebeveyn formu alt ölçek puanlarına göre karşılaştırıldığında hem DEHB grubundaki olgular hem de kontrol grubundaki olgular için anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. DEHB grubunda sigara ile alkol denemesi olan ve olmayan olguların GGA Ebeveyn Formu alt ölçek puanları açısından karşılaştırılması tablo 4.31'de, kontrol grubunda sigara ile alkol denemesi olan ve olmayan olguların GGA Ebeveyn Formu alt ölçek puanları açısından karşılaştırılması ise tablo 4.32'de sunulmuştur.

Tablo 4.31. DEHB Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Güçler Güçlükler Anketi (GGA) Ebeveyn Formu Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.

GGA Ebeveyn Alt ölçek	DEHB grubu (n=45)					
	Sigara + (n=13)	Sigara - (n=32)	P	Alkol + (n=6)	Alkol - (n=39)	p
Duygusal problemler	4,0±2,4	3,7±2,3	0,650	4,0±3,2	3,7±2,2	0,913
Davranım problemleri	3,0±2,2	3,1±2,2	0,856	2,1±2,5	3,2±2,1	0,217
Hiperaktivite	6,6±1,8	6,3±2,0	0,648	6,5±2,3	6,4±1,9	0,714
Arkadaş ilişkilerinde sorunlar	3,2±1,9	3,0±2,2	0,659	2,3±1,9	3,2±2,1	0,290
Sosyal davranışlar	7,9±1,3	7,3±2,0	0,505	8,1±1,1	7,4±1,9	0,463
Toplam güçlük puanı	16,9±5,9	16,2±6,4	0,870	15,0±7,5	16,6±6,0	0,256

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, GGA: Güçler Güçlükler Anketi
* Mann-Whitney U Testi

Tablo 4.32. Kontrol Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Güçler Güçlükler Anketi (GGA) Ebeveyn Formu Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

GGA Ebeveyn Alt ölçek	Kontrol grubu (n=36)					
	Sigara + (n=10)	Sigara - (n=26)	P	Alkol + (n=2)	Alkol - (n=34)	p
Duygusal problemler	1,0±1,1	2,5±2,1	0,052	1,0±1,4	2,2±2,0	0,405
Davranım problemleri	1,3±1,4	1,2±1,5	0,052	1,0±0,0	1,2±1,5	0,881
Hiperaktivite	4,0±2,7	3,0±2,1	0,285	4,5±3,5	3,1±2,2	0,518
Arkadaş ilişkilerinde sorunlar	1,6±1,3	2,7±1,8	0,144	0,5±0,7	2,5±1,7	0,096
Sosyal davranışlar	7,6±2,9	8,3±1,4	0,862	8,0±2,8	8,1±1,9	0,913
Toplam güçlük puanı	8,0±4,5	9,5±5,6	0,676	7,0±5,6	9,2±5,4	0,567

GGA: Güçler Güçlükler Anketi , * Mann-Whitney U Testi,

DEHB grubu ve kontrol grubunda sigara ile alkol denemesi olan ve olmayan olgular GGA öğretmen formu alt ölçek puanlarına göre karşılaştırıldığında DEHB grubunda sigara deneyimi olan ve olmayan olgular arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. GGA öğretmen formuna göre DEHB grubunda alkol deneyimi olan çocuklarla olmayan olgular arasında da anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Kontrol grubunda DEHB grubuyla benzer şekilde alkol deneyimi için anlamlı farklılık yaratan bir faktöre rastlanmamakla birlikte kontrol grubunda sigara denemesi olan olgularla olmayan olgular arasında davranım problemleri, hiperaktivite ve toplam güçlükler ve sosyal davranışlar alt ölçekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. DEHB grubu ve kontrol grubunda sigara ile alkol denemesi olan ve olmayan olgular GGA öğretmen formu alt ölçek puanlarına göre karşılaştırılması tablo 4.33 ve tablo 34'te sırasıyla sunulmuştur.

Tablo 4.33. DEHB Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Güçler Güçlükler Anketi (GGA) Öğretmen Formu Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

GGA Öğretmen Alt ölçek	DEHB grubu (n=45)					
	Sigara + (n=13)	Sigara - (n=32)	P	Alkol + (n=6)	Alkol - (n=39)	p
Duygusal problemler	2,7±2,4	2,7±2,1	0,871	2,2±2,2	2,7±2,2	0,665
Davranım problemleri	1,8±0,9	1,5±1,4	0,516	1,7±0,9	1,6±1,3	0,825
Hiperaktivite	4,8±2,7	4,8±2,2	0,794	3,7±2,6	5,0±2,3	0,515
Arkadaş ilişkilerinde sorunlar	2,8±1,8	2,8±2,0	0,961	2,2±1,2	2,8±1,9	0,596
Sosyal davranışlar	6,5±2,3	7,3±2,1	0,338	8,7±0,5	6,8±2,2	0,124
Toplam güçlük puanı	12,1±5,6	12,0±5,1	0,949	10,0±5,8	12,2±5,1	0,445

GGA: Güçler Güçlükler Anketi, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
* Mann-Whitney U Testi

Tablo 4.34. Kontrol Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Güçler Güçlükler Anketi (GGA) Öğretmen Formu Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

GGA Öğretmen Alt ölçek	Kontrol grubu (n=36)					
	Sigara + (n=10)	Sigara - (n=26)	P	Alkol + (n=2)	Alkol - (n=34)	p
Duygusal problemler	1,7±1,0	1,4±1,5	0,377	1,5±0,7	1,5±1,4	0,864
Davranım problemleri	2,6±1,0	0,6±1,0	**0,000***	1,0±1,4	1,2±1,4	0,823
Hiperaktivite	3,5±2,0	0,8±1,2	**0,001***	2,5±3,5	1,5±1,8	0,692
Arkadaş ilişkilerinde sorunlar	2,1±1,6	2,1±1,4	0,725	2,0±2,8	2,1±1,4	0,731
Sosyal davranışlar	5,4±3,1	8,1±2,0	**0,030***	6,0±2,8	7,3±2,6	0,329
Toplam güçlük puanı	10,1±3,3	5,1±3,3	**0,002***	7,0±1,4	6,5±4,1	0,738

GGA: Güçler Güçlükler Anketi, * Mann-Whitney U Testi

DEHB grubu ve kontrol grubunda sigara ile alkol denemesi olan ve olmayan olgular Güçler Güçlükler Anketi (GGA) ergen formu alt ölçek puanlarına göre karşılaştırıldığında ise DEHB grubunda sigara deneyimi olan olgularda olmayan olgulara kıyasla hiperaktivite alt ölçek puanının yüksek olduğu görülmüştür. Benzer şekilde DEHB grubunda alkol deneyimi olan olgularda hiperaktivite alt ölçek puanının istatistiksel olarak da anlamlı olacak düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Kontrol grubunda ise alkol deneyimi için anlamlı bir farklılık gösteren faktöre rastlanmazken, sigara deneyimi olan olgularda olmayan olgulara göre; davranım problemleri ve hiperaktivite alt ölçek puanları ile toplam güçlük puanı daha yüksek bulunmuştur. DEHB grubu ve kontrol grubunda sigara ile alkol denemesi olan ve olmayan olgular Güçler Güçlükler Anketi (GGA) ergen formu alt ölçek puanlarına göre karşılaştırılması tablo 4.35 ve tablo 4.36' da sırasıyla sunulmuştur.

Tablo 4.35. DEHB Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Güçler Güçlükler Anketi (GGA) Ergen Formu Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

GGA Ergen Alt ölçekler	DEHB grubu (n=45)					
	Sigara + (n=13)	Sigara - (n=32)	p	Alkol + (n=6)	Alkol - (n=39)	p
Duygusal problemler	2,0±1,1	2,6±2,2	0,539	2,6±1,8	2,4±2,0	0,772
Davranım problemleri	2,3±1,4	2,3±1,6	0,988	2,2±1,4	2,3±1,5	0,916
Hiperaktivite	5,3±2,5	3,6±2,1	* **0,049**	6,6±1,8	3,8±2,2	* **0,011**
Arkadaş ilişkilerinde sorunlar	2,7±1,6	2,8±1,9	0,938	1,4±1,1	3,0±1,8	0,052
Sosyal davranışlar	9,9±5,8	7,8±1,6	0,347	8,0±1,0	8,4±3,6	0,901
Toplam güçlük puanı	12,4±3,5	11,5±5,3	0,447	12,8±2,3	11,6±5,1	0,447

GGA: Güçler Güçlükler Anketi, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
* Mann-Whitney U Testi

Tablo 4.36. Kontrol Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Güçler Güçlükler Anketi (GGA) Ergen Formu Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

GGA Ergen Alt ölçekler	Kontrol grubu (n=36)					
	Sigara + (n=10)	Sigara - (n=26)	p	Alkol + (n=2)	Alkol - (n=34)	p
Duygusal problemler	1,9±1,5	2,1±1,6	0,666	1,5±2,1	2,1±1,5	0,647
Davranım problemleri	3,5±1,7	1,1±1,1	* **0,000**	2,0±1,4	1,7±1,7	0,669
Hiperaktivite	4,8±2,5	3,0±1,9	* **0,048**	4,5±2,1	3,4±2,2	0,465
Arkadaş ilişkilerinde sorunlar	2,2±2,1	1,8±1,5	0,829	0,5±0,7	2,0±1,7	0,180
Sosyal davranışlar	8,2±1,9	9,0±1,3	0,156	9,5±0,7	8,7±1,5	0,535
Toplam güçlük puanı	12,4±4,9	8,1±4,1	* **0,013**	8,5±6,3	9,3±4,7	0,809

GGA: Güçler Güçlükler Anketi, * Mann-Whitney U Testi

4.20. DEHB Grubu ve Kontrol Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Conners Ebeveyn ve Öğretmen Derecelendirme Ölçeği ile Conners-Wells Ergen Özbildirim Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

DEHB grubu ve kontrol grubunda sigara ile alkol denemesi olan ve olmayan olgularının Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği alt ölçek puanlarının karşılaştırılması yapılırken anne ve baba formları ayrı ayrı sınıflandırılmış ve bulgular ayrı tablolarda sunulmuştur. Annelerin doldurduğu ölçeklere göre DEHB grubunda sigara deneyimi olan olgularla olmayan olgular karşılaştırıldığında iki grup arasında DSM IV dikkatsizlik semptomları alt ölçek puanı açısından sınırda bir istatistiksel anlamlı farklılık saptanırken diğer alt ölçek puanları açısından anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. DEHB grubunda annelerin doldurduğu YCEDÖ'e göre alkol deneyimi olan olgularla olmayan olgular arasında anlamlı bir farklılık gösteren

alt ölçekler ise kaygı-utangaçlık ve Conners global indeks duygusal değişkenlik alt ölçekleriydi. Kontrol grubuna bakıldığında ise anne formlarına göre, sigara deneyimi olan olgularla olmayan olgular arasında sadece mükemmeliyetçilik alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülürken, alkol deneyimi olan ve olmayan olgular arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı. DEHB grubu ve kontrol grubunda sigara ile alkol denemesi olan ve olmayan olgularının Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği anne formlarının alt ölçek puanlarının karşılaştırılması tablo 4.37 ve tablo 4.38' de ayrı ayrı sunulmuştur.

Tablo 4.37. DEHB Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Conners Ebeveyn (Anne) Derecelendirme Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

YCEDÖ-Anne Alt ölçek puanları	DEHB grubu (n=45)					
	Sigara + (n=13)	Sigara - (n=32)	p	Alkol + (n=6)	Alkol - (n=39)	p
Karşı gelme	14,3±8,1	13,2±6,8	0,767	9,6±7,2	14,1±7,0	0,123
Bilişsel problemler/ Dikkatsizlik	23,3±7,7	20,6±7,5	0,334	22,8±3,7	21,2±8,0	0,706
Hiperaktivite	12,7±6,3	10,7±6,4	0,387	9,3±6,5	11,6±6,4	0,493
Kaygı-utangaçlık	6,7±5,2	6,0±4,7	0,737	2,8±2,9	6,7±4,8	*** 0,033**
Mükemmeliyetçi	5,6±4,0	4,9±3,5	0,786	3,0±1,6	5,5±3,7	0,121
Sosyal problemler	4,2±2,6	3,6±3,7	0,312	2,8±3,2	4,0±3,4	0,398
Psikosomatik yakınmalar	6,0±3,7	4,0±4,1	0,063	4,1±3,5	4,7±4,2	0,932
DEHB indeksi	23,6±7,0	21,1±7,1	0,439	23,3±5,0	21,6±7,4	0,681
Conners global İndeks Huzursuzluk-İmpulsivite	10,8±5,4	9,7±4,3	0,588	7,3±4,1	10,4±4,6	0,123
Conners Global İndeks Duygusal değişkenlik	3,5±2,5	3,9±2,4	0,594	2,0±2,0	4,1±2,4	*** 0,038**
Conners global İndeks toplam	14,3±7,4	13,6±6,4	0,847	9,3±5,7	14,5±6,6	0,083
DSM-IV semptomları dikkatsizlik	17,6±5,3	14,3±5,8	0,059	17,1±4,0	15,0±6,0	0,319
DSM-IV semptomları hiperaktivite	13,1±6,2	11,8±7,1	0,718	8,8±5,3	12,7±7,0	0,165
DSM-IV semptomları Toplam	30,7±10,7	26,1±11,6	0,374	26,0±9,1	27,7±11,8	0,656

*Mann Whitney U Testi, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
YCEDÖ:Yenilenmiş Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği

Tablo 4.38. Kontrol Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Conners Ebeveyn (Anne) Derecelendirme Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

YCEDÖ-Anne Alt ölçek puanları	Kontrol grubu (n=36)					
	Sigara + (n=10)	Sigara - (n=26)	p	Alkol + (n=2)	Alkol - (n=34)	p
Karşı gelme	5,5±3,5	6,0±5,0	0,985	5,0±2,8	5,9±4,8	0,972
Bilişsel problemler/ Dikkatsizlik	7,2±6,3	4,3±5,4	0,215	11,5±12	4,7±5,2	0,222
Hiperaktivite	4,6±3,9	3,8±3,4	0,607	6,0±4,2	3,9±3,5	0,298
Kaygı-utangaçlık	2,5±3,16	4,6±3,8	0,097	4,5±3,5	4,1±3,7	0,747
Mükemmeliyetçi	3,8±2,6	9,1±4,6	**0,002***	10,5±77	7,6±4,6	0,593
Sosyal problemler	1,2±1,4	2,2±2,5	0,246	2,0±2,8	2,0±2,3	0,971
Psikosomatik yakınmalar	2,0± 2,5	3,6±2,8	0,114	4,5±2,1	3,1±2,8	0,351
DEHB indeksi	9,0±6,2	6,5±5,4	0,344	12,0±9,8	6,9±5,4	0,433
Conners global İndeks Huzursuzluk-İmpulsivite	3,1±2,5	3,6±3,4	0,864	3,5±3,5	3,4±3,2	0,943
Conners Global İndeks Duygusal değişkenlik	0,7±1,3	1,7±1,6	0,066	0,5±0,7	1,5±1,6	0,417
Conners global İndeks toplam	3,8±3,5	5,3±4,7	0,403	4,0±4,2	5,0±4,5	0,775
DSM-IV semptomları dikkatsizlik	5,2±4,5	3,4±3,6	0,278	10,0±5,6	3,5±3,5	0,073
DSM-IV semptomları hiperaktivite	5,7±4,7	4,4±3,9	0,470	9,5±3,5	4,5±4,0	0,093
DSM-IV semptomları Toplam	11,0±8,6	7,9±6,8	0,272	9,5±3,5	8,0±6,8	0,064

* Mann-Whitney U Testi
YCEDÖ:Yenilenmiş Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği

Babaların doldurduğu Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği'ne göre DEHB grubunda sigara deneyimi olan olgularla olmayan olgular karşılaştırıldığında iki grup arasında sadece psikosomatik yakınmalar alt ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. DEHB grubunda babalara göre ise alkol deneyimi olan olgularla olmayan olgular arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı. DEHB grubunda sigara ile alkol denemesi olan ve olmayan olgularının Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği baba formlarının alt ölçek puanlarının karşılaştırılması tablo 4.39.'da sunulmuştur.

Tablo 4.39. DEHB Grubu ve Kontrol Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Conners Ebeveyn (Baba) Derecelendirme Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

YCEDÖ-Baba Alt ölçek puanları	DEHB grubu (n=45)					
	Sigara + (n=13)	Sigara - (n=32)	p	Alkol + (n=6)	Alkol - (n=39)	p
Karşı gelme	13,6±4,6	10,7±7,0	0,139	14,0±7,0	11,2±6,5	0,550
Bilişsel problemler /Dikkatsizlik	21,3±9,1	17,5±8,0	0,189	19,6±1,1	18,5±8,7	0,792
Hiperaktivite	10,4±4,2	8,5±5,3	0,205	9,0±2,6	9,0±5,2	0,853
Kaygı-utangaçlık	7,0±4,8	6,9±5,5	0,875	6,3±1,5	7,0±5,5	0,895
Mükemmeliyetçi	6,0±2,5	6,1±3,9	0,863	6,3±2,0	6,0±3,6	0,791
Sosyal problemler	4,9±2,7	3,7±3,4	0,151	4,6±4,1	4,0±3,5	0,650
Psikosomatik yakınmalar	5,8±3,5	2,8±3,3	* **0,012**	3,6±3,0	3,6±3,6	0,769
DEHB indeksi	20,9±6,1	18,4±8,1	0,288	23,0±2,6	18,8±7,8	0,329
Conners global İndeks Huzursuzluk-İmpulsivite	10,2±4,5	8,1±4,5	0,198	7,0±4,3	8,8±4,6	0,427
Conners Global İndeks Duygusal değişkenlik	3,6±1,3	2,7±2,0	0,332	4,6±2,0	2,8±1,8	0,179
Conners global İndeks toplam	13,9±5,1	10,8±6,1	0,133	11,6±6,4	11,7±6,0	0,916
DSM-IVsemptomları dikkatsizlik	14,6±4,8	12,5±6,3	0,232	15,3±0,5	12,9±6,1	0,551
DSM-IVsemptomları hiperaktivite	12,8±4,7	10,5±5,7	0,364	12,3±6,4	11,0±5,5	0,751
DSM-IVsemptomları Toplam	27,3±9,0	23,0±11,3	0,336	27,6±6,8	23,8±11,0	0,533

* Mann-Whitney U Testi, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
YCEDÖ:Yenilenmiş Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği

Kontrol grubundaki babaların doldurduğu Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği'ne bakıldığında ise babalara göre, sigara deneyimi olan olgularla olmayan olgular arasında sadece kaygı alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülürken, alkol deneyimi olan ve olmayan olgular arasında DSM IV hiperaktivite belirtileri alt ölçeği puanının istatistiksel olarak anlamlı bir

farklılık gösterdiği görülmüştür. Kontrol grubunda sigara ile alkol denemesi olan ve olmayan olgularının Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği baba formlarının alt ölçek puanlarının karşılaştırılması tablo 4.40.'ta sunulmuştur.

Tablo 4.40. Kontrol Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Conners Ebeveyn (Baba) Derecelendirme Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının karşılaştırılması

YCEDÖ-Baba Alt ölçek puanları	Kontrol grubu (n=36)					
	Sigara + (n=10)	Sigara - (n=26)	p	Alkol + (n=2)	Alkol - (n=34)	p
Karşı gelme	3,5±3,2	4,3±3,3	0,655	5,0±4,2	4,0±3,2	0,708
Bilişsel problemler/Dikkatsizlik	8,2±7,8	3,9±5,6	0,124	11,5±16,2	4,5±5,4	0,815
Hiperaktivite	3,1±3,1	2,4±2,6	0,575	6,0±4,2	2,3±2,4	0,110
Kaygı-utangaçlık	1,2±2,5	4,5±4,2	**0,013***	4,0±4,2	3,6±4,2	0,779
Mükemmeliyetçi	5,5±5,3	8,3±4,3	0,174	12,0±1,4	7,2±4,7	0,164
Sosyal problemler	1,0±1,5	1,5±1,5	0,315	2,0±2,8	1,3±1,4	0,810
Psikosomatik yakınmalar	1,0±1,5	1,7±1,8	0,327	1,5±0,7	1,5±1,8	0,664
DEHB indeksi	10,0±7,6	5,1±5,2	0,063	14,0±14,1	5,8±5,2	0,353
Conners global İndeks Huzursuzluk-İmpulsivite	3,2±3,1	2,3±3,0	0,377	4,5±4,9	2,4±2,9	0,365
Conners Global İndeks Duygusal değişkenlik	0,5±0,7	0,9±1,2	0,587	0,0±0,0	0,9±1,1	0,190
Conners global İndeks toplam	3,8±3,5	3,3±4,1	0,591	4,5±4,9	3,3±3,9	0,571
DSM-IV semptomları dikkatsizlik	6,4±5,3	2,5±3,4	0,068	8,0±11,3	3,2±3,5	0,814
DSM-IV semptomları hiperaktivite	3,7±3,7	3,1±2,6	0,889	8,5±3,5	2,8±2,5	* **0,039**
DSM-IV semptomları Toplam	10,1±8,7	5,7±5,6	0,126	16,5±14,8	6,0±5,6	0,177

* Mann-Whitney U Testi
YCEDÖ:Yenilenmiş Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği

Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği sonuçlarına göre; DEHB grubunda sigara deneyen olgular ile denemeyen olgular arasında anlamlı bir farklılık gösteren faktör saptanmamıştır. Kontrol grubunda ise öğretmenler göre sigara deneyen ve denemeyen olgular arasında kaygı mükemmeliyetçilik ve sosyal problemler alt

ölçekleri dışında diğer bütün alt ölçekler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Hem DEHB grubunda hem de kontrol grubunda alkol deneyimi olan ve olmayan olgular arasında anlamlı bir farklılık oluşturan alt ölçek puanı saptanmamıştır. DEHB grubu ve kontrol grubunda sigara ile alkol denemesi olan ve olmayan olgularının Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği alt ölçek puanlarının karşılaştırılması tablo 4.41 ve tablo 4.42'de sırasıyla sunulmuştur.

Tablo 4.41. DEHB Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

YCÖDÖ Alt ölçek puanları	DEHB grubu (n=45)					
	Sigara + (n=13)	Sigara - (n=32)	p	Alkol + (n=6)	Alkol - (n=39)	p
Karşı gelme	3,4±3,3	2,7±3,2	0,493	2,8±5,1	3,0±2,9	0,441
Bilişsel problemler /Dikkatsizlik	6,5±3,2	7,6±5,0	0,897	7,2±5,0	7,3±4,5	0,873
Hiperaktivite	4,6±3,4	4,8±3,8	0,897	3,8±2,2	4,9±3,8	0,659
Kaygı-utangaçlık	4,9±3,6	5,6±3,0	0,354	4,6±1,1	5,5±3,3	0,672
Mükemmeliyetçi	3,6±2,6	3,1±1,8	0,642	4,0±2,0	3,1±2,1	0,294
Sosyal problemler	3,5±3,5	3,5±3,4	0,806	2,2±2,4	3,7±3,2	0,344
Psikosomatik yakınmalar	6,6±3,1	7,5±3,9	0,676	6,6±5,5	7,3±3,4	0,459
DEHB indeksi	3,5±3,2	3,0±3,1	0,611	3,0±3,1	3,1±3,1	0,952
Conners global İndeks Huzursuzluk-İmpulsivite	4,0±2,5	4,1±2,4	0,817	3,4±2,8	4,2±2,4	0,507
Conners Global İndeks Duygusal değişkenlik	3,6±2,2	3,4±2,5	0,612	2,8±2,4	3,5±2,4	0,494
Conners global İndeks toplam	7,6±3,8	7,5±4,7	0,829	6,2±5,0	7,8±4,4	0,448
DSM-IV semptomları dikkatsizlik	7,9±4,4	10,2±5,9	0,210	8,8±6,6	9,6±5,5	0,603
DSM-IV semptomları hiperaktivite	6,1±5,2	5,8±5,3	0,784	4,8±3,8	6,1±5,4	0,764
DSM-IV semptomları Toplam	14,0±9,0	16,1±9,9	0,698	13,6±10,4	15,8±9,6	0,705

* Mann-Whitney U Testi, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
YCÖDÖ:Yenilenmiş Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği,

Tablo 4.42. Kontrol Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

YCÖDÖ Alt ölçek puanları	Kontrol grubu (n=36)					
	Sigara + (n=10)	Sigara - (n=26)	p	Alkol + (n=2)	Alkol - (n=34)	p
Karşı gelme	5,2±5,1	1,4±2,1	**0,016***	1,5±2,1	2,6±3,7	0,689
Bilişsel problemler/Dikkatsizlik	2,8±1,7	1,0±1,6	**0,005***	2,5±0,7	1,5±1,9	0,225
Hiperaktivite	5,8±5,4	1,6±1,9	**0,012***	3,0±4,2	2,8±3,8	1,000
Kaygı-utangaçlık	5,3±2,7	6,0±3,1	0,584	4,0±2,8	6,0±3,0	0,379
Mükemmeliyetçi	5,6±3,4	6,0±3,1	0,698	4,5±2,1	6,0±3,2	0,586
Sosyal problemler	0,7±0,8	1,0±1,1	0,683	1,5±2,1	0,9±1,0	0,691
Psikosomatik yakınmalar	4,7±2,5	2,1±2,4	**0,015***	4,5v2,1	2,8±2,7	0,354
DEHB indeksi	5,0±4,5	1,2±2,4	**0,013***	2,0±2,8	2,3±3,6	0,929
Conners global İndeks Huzursuzluk-İmpulsivite	3,3±2,7	0,6±1,5	**0,004***	2,5±3,5	1,3±2,2	0,645
Conners Global İndeks Duygusal değişkenlik	4,5±2,8	2,2±2,3	**0,029***	1,0±1,4	3,1±2,7	0,274
Conners global İndeks toplam	7,8±5,0	2,9±2,8	**0,007***	3,5±4,9	4,5±4,2	0,676
DSM-IV semptomları dikkatsizlik	5,4±3,3	2,3±2,6	**0,009***	3,5±2,1	3,2±3,2	0,673
DSM-IV semptomları hiperaktivite	8,2±7,5	1,9±3,1	**0,006***	3,0±4,2	3,8±5,7	0,966
DSM-IV semptomları Toplam	13,6±9,6	4,2±4,3	**0,004***	6,5±6,3	7,1±7,8	0,933

*Mann Whitney U Testi, YCÖDÖ:Yenilenmiş Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği,

Conners-Wells Ergen Özbildirim Ölçeği sonuçlarına göre; DEHB grubunda sigara deneyen olgular ile denemeyen olgular arasında sosyal problemler (p=0,010) ve DSM IV hiperaktivite belirtileri alt ölçek puanları dışında diğer alt ölçek puanları açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı. Kontrol grubunda ise sigara deneyen ve denemeyen olgular arasında hiperaktivite, DSM IV dikkatsizlik belirtileri (p=0,046) ve DSM IV toplam belirtiler alt ölçek puanları dışında diğer alt ölçek puanları için istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. DEHB grubunda alkol denemesi olan olgularla olmayan olgular arasında sosyal problemler, DSM IV dikkatsizlik belirtileri, DSM IV hiperaktivite belirtileri, DSM IV toplam belirtiler alt ölçek

puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülürken, kontrol grubunda alkol deneyimi olan ve olmayan olgular arasında anlamlı bir farklılık oluşturan alt ölçek puanı saptanmamıştır. DEHB grubu ve kontrol grubunda sigara ile alkol denemesi olan ve olmayan olgularının Conners-Wells Ergen Özbildirim Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının karşılaştırılması tablo 4.43 ve tablo 4.44.'te ayrı ayrı sunulmuştur

Tablo 4.43. DEHB Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Conners-Wells Ergen Özbildirim Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

YCWEDÖ Alt ölçek puanları	DEHB grubu (n=45)					
	Sigara + (n=13)	Sigara - (n=32)	p	Alkol + (n=6)	Alkol - (n=39)	p
Aile problemleri	11,5±6,8	9,6±6,5	0,394	12,6±8,1	9,7±6,3	0,417
Duygusal problemler	7,5±4,7	7,4±5,6	0,716	8,8±4,8	7,1±5,4	0,321
Davranım problemleri	6,0±4,9	4,8±4,0	0,547	7,1±5,4	4,8±4,0	0,312
Bilişsel problemler	9,5±5,1	10,4±6,8	0,774	13,6±7,7	9,6±6,0	0,166
Öfke kontrol problemleri	12,7±8,1	9,1±6,2	0,225	12,1±9,6	9,8±6,5	0,640
Hiperaktivite	12,7±5,7	8,1±4,7	* **0,010**	16,3±6,8	8,3±4,2	* **0,007**
DEHB indeksi	13,1±4,8	13,1±7,0	0,878	17,8±5,8	12,3±6,3	0,078
DSM-IV semptomları dikkatsizlik	11,7±6,3	8,3±5,6	0,108	15,6±7,8	8,2±4,9	* **0,032**
DSM-IV semptomları hiperaktivite	10,6±6,1	6,8±4,6	* **0,049**	13,8±5,1	6,9±4,7	* **0,007**
DSM-IV semptomları toplam	22,4±11,4	15,2±8,9	0,081	29,5±11,2	15,2±8,5	* **0,005**

* Mann-Whitney U Testi, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
YCEDÖ: Yenilenmiş Conners-Wells Ergen Özbildirim Ölçeği,

Tablo 4.44. Kontrol Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Conners-Wells Ergen Özbildirim Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

YCWEDÖ Alt ölçek puanları	Kontrol grubu (n=36)					
	Sigara + (n=10)	Sigara - (n=26)	p	Alkol + (n=2)	Alkol - (n=34)	p
Aile problemleri	8,1±5,1	6,0±4,3	0,300	8,5±7,7	6,5±4,5	0,666
Duygusal problemler	4,3±2,9	5,2±3,7	0,607	3,5±2,1	5,0±3,6	0,568
Davranım problemleri	7,8±6,2	1,0±1,4	* **0,000**	4,0±1,4	2,9±4,7	0,177
Bilişsel problemler	7,5±4,3	5,6±3,0	0,287	6,0±2,8	6,1±3,6	0,971
Öfke kontrol problemleri	13,0±9,0	6,8±5,5	0,078	0,0±0,0	8,6±6,9	0,112
Hiperaktivite	10,9±6,7	7,7±4,0	0,143	7,5±2,1	8,7±5,1	0,859
DEHB indeksi	11,2±5,1	8,8±3,4	0,082	7,0±2,8	9,6±4,1	0,284
DSM-IV semptomları dikkatsizlik	9,2±4,9	5,4±3,8	* **0,046**	5,5±0,7	6,5±4,6	0,830
DSM-IV semptomları hiperaktivite	9,3±6,7	5,1±2,9	0,085	5,0±4,2	6,3±4,7	0,775
DSM-IV semptomları toplam	18,5±10,6	10,5±5,8	* **0,024**	10,5±3,5	12,9±8,4	0,749

* Mann-Whitney U Testi, YCEDÖ: Yenilenmiş Conners-Wells Ergen Özbildirim Ölçeği,

4.21 DEHB Grubu ve Kontrol Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Belirti Tarama Listesi (Scl-90-R) Anne ve Baba Formlarının Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Belirti Tarama Listesi sonuçlarına göre DEHB grubundaki, sigara deneyen ve denemeyen olguların anneleri SCL-90R toplam puan ve alt ölçek puanları açısından karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Benzer şekilde DEHB grubu içinde alkol deneyen ve denemeyen olguların annelerinde de

SCL-90R toplam puan ve alt ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı. Kontrol grubundaki anneler içinde alkol deneyimi olan ve olmayan olguların anneleri arasında herhangi bir farklılık saptanmazken, sigara deneyimi olan olguların annelerinde genel belirti düzeyi, pozitif belirti toplamı, kişiler arası ilişkilerde duyarlılık, depresyon, anksiyete, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotisizm alt ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. DEHB grubu ve kontrol grubunda sigara ile alkol denemesi olan ve olmayan olgularının Belirti Tarama Listesi (SCL-90R) anne formlarının toplam ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması tablo 4.45 ve tablo 4.46' da ayrı ayrı sunulmuştur.

Tablo 4.45. DEHB Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Belirti Tarama Listesi (Scl-90-R) Anne Formlarının Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

SCL-90 Anne formları	DEHB grubu (n=45)					
	Sigara + (n=13)	Sigara - (n=32)	p	Alkol + (n=6)	Alkol - (n=39)	p
Pozitif belirti toplamı	45,5±17,0	41,7±18,7	0,536	49,2±16,2	41,8±18,4	0,287
Pozitif belirti düzeyi	1,5±0,4	1,5±0,4	0,716	1,8±0,4	1,5±0,4	0,359
Genel belirti düzeyi	0,8±0,4	0,8±0,5	0,606	0,9±0,4	0,7±0,5	0,115
Somatizasyon	1,2±1,0	1,0±0,7	0,785	1,2±0,8	1,1±0,8	0,759
Obsesif kompulsif	1,0±0,6	1,1±0,6	0,832	1,4±0,6	1,0±0,6	0,325
Kişiler arası duyarlılık	1,0±0,4	0,8±0,7	0,197	0,8±0,5	0,9±0,7	0,967
Depresyon	1,0±0,5	1,0±0,7	0,574	1,4±0,6	0,9±0,6	0,075
Anksiyete	0,6±0,4	0,6±0,6	0,648	0,8±0,4	0,6±0,6	0,423
Öfke-düşmanlık	0,5±0,3	0,7±0,6	0,988	0,8±0,3	0,6±0,6	0,274
Fobik anksiyete	0,2±0,3	0,3±0,5	0,707	0,1±0,2	0,3±0,4	0,554
Paranoid düşünce	0,8±0,6	0,7±0,5	0,636	1,1±0,8	0,6±0,5	0,168
Psikotisizm	0,4±0,3	0,4±0,5	0,147	0,6±0,5	0,4±0,4	0,168

* Mann-Whitney U Testi, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, SCL-90R: Belirti Tarama Listesi

Tablo 4.46. Kontrol Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Belirti Tarama Listesi (Scl-90-R) Anne Formlarının Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

SCL-90 Anne formları	Kontrol (n=36)					
	Sigara + (n=10)	Sigara - (n=26)	p	Alkol + (n=2)	Alkol - (n=34)	p
Pozitif belirti Toplamı	22,3±13,2	41,8±21,8	**0,033***	51,0±5,6	35,8±21,9	0,241
Pozitif belirti Düzeyi	1,1±0,5	1,4±0,5	0,133	1,6±0,8	1,3±0,5	0,714
Genel belirti Düzeyi	0,3±0,1	0,7±0,4	**0,017***	0,9±0,6	0,6±0,4	0,243
Somatizasyon	0,4±0,3	0,8±0,6	0,122	1,0±0,2	0,7±0,6	0,359
Obsesif kompulsif	0,4±0,4	0,8±0,5	0,060	1,2±0,6	0,7±0,5	0,255
Kişiler arası Duyarlılık	0,3±0,2	0,8±0,5	**0,016***	1,1±0,7	0,6±0,5	0,198
Depresyon	0,3±0,1	0,9±0,6	**0,008***	0,9±0,7	0,7±0,5	0,677
Anksiyete	0,2±0,2	0,6±0,4	**0,025***	0,7±0,3	0,5±0,4	0,303
Öfke-düşmanlık	0,3±0,2	0,6±0,4	0,186	1,0±0,8	0,5±0,4	0,195
Fobik anksiyete	0,1±0,1	0,4±0,4	**0,043***	0,2±0,1	0,3±0,4	0,766
Paranoid düşünce	0,2±0,2	0,7±0,7	**0,033***	1,9±1,7	0,5±0,5	0,112
Psikotisizm	0,1±0,2	0,4±0,4	**0,031***	0,8±0,7	0,3±0,4	0,167

* Mann-Whitney U Testi, SCL-90R: Belirti Tarama Listesi

DEHB grubundaki, sigara deneyen ve denemeyen olguların babaları Scl-90-R toplam ve alt ölçek puanları açısından karşılaştırıldığında, anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Alkol deneyen ve denemeyen olguların babaları karşılaştırıldığında ise sadece obsesyon alt ölçek puanı açısından anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Kontrol grubundaki olguların babalarında, sigara deneyimi olan ve olmayan olguların babalarıyla, alkol deneyimi olan ve olmayan olguların babalarının ölçek puanları arasında herhangi bir farklılık bulunmamıştır. DEHB grubu ve kontrol grubunda sigara ile alkol denemesi olan ve olmayan olgularının SCL-90R baba formlarının toplam ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması sırasıyla tablo 4.47 ve tablo 4.48.'de sunulmuştur.

Tablo 4.47. DEHB Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Belirti Tarama Listesi (Scl-90-R) Baba Formlarının Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

SCL-90 Baba formları	DEHB grubu (n=45)					
	Sigara + (n=13)	Sigara - (n=32)	p	Alkol + (n=6)	Alkol - (n=39)	p
Pozitif belirti Toplamı	38,0±17,0	33,1±19,3	0,334	48,3±10,1	33,3±18,7	0,159
Pozitif belirti Düzeyi	1,3±0,3	1,4±0,4	0,595	1,3±0,3	1,4±0,4	0,892
Genel belirti Düzeyi	0,5±0,3	0,5±0,3	0,606	0,7±0,3	0,5±0,3	0,279
Somatizasyon	0,5±0,3	0,5±0,4	0,884	0,6±0,4	0,5±0,4	0,399
Obsesif kompulsif	0,8±0,4	0,7±0,5	0,400	1,3±0,5	0,6±0,4	**0,041***
Kişiler arası Duyarlılık	0,7±0,4	0,7±0,5	0,783	0,9±0,5	0,7±0,5	0,414
Depresyon	0,7±0,4	0,5±0,4	0,185	1,0±0,5	0,5±0,4	0,069
Anksiyete	0,4±0,3	0,4±0,3	0,922	0,5±0,2	0,4±0,3	0,493
Öfke-düşmanlık	0,7±0,6	0,5±0,4	0,417	0,7±0,6	0,5±0,4	0,827
Fobik anksiyete	0,1±0,1	0,2±0,3	0,773	0,2±0,2	0,2±0,3	0,253
Paranoid düşünce	0,6±0,4	0,6±0,5	0,922	0,8±0,4	0,6±0,4	0,300
Psikotisizm	0,2±0,2	0,3±0,3	0,626	0,3±0,2	0,3±0,3	0,935

* Mann-Whitney U Testi, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, SCL-90R: Belirti Tarama Listesi

Tablo 4.48. Kontrol Grubunda Sigara ile Alkol Denemesi Olan ve Olmayan Olguların Belirti Tarama Listesi (Scl-90-R) Baba Formlarının Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

SCL-90 Baba formları	Kontrol (n=36)					
	Sigara + (n=10)	Sigara - (n=26)	p	Alkol + (n=2)	Alkol - (n=34)	p
Pozitif belirti toplamı	28,1±24,1	24,7±20,6	0,809	40,5±23,3	24,2±21,0	0,229
Pozitif belirti düzeyi	1,3±0,4	1,2±0,3	0,648	1,6±0,4	1,2±0,3	0,145
Genel belirti düzeyi	0,4±0,4	0,3±0,3	0,762	0,8±0,6	0,3±0,3	0,133
Somatizasyon	0,5±0,6	0,4±0,4	0,807	1,0±1,1	0,4±0,4	0,289
Obsesif kompulsif	0,5±0,5	0,5±0,4	0,760	1,0±0,4	0,5±0,4	0,130
Kişiler arası duyarlılık	0,5±0,6	0,4±0,4	0,926	1,2±0,4	0,3±0,4	0,053
Depresyon	0,6±0,6	0,3±0,3	0,482	1,0±1,1	0,3±0,3	0,265
Anksiyete	0,3±0,3	0,2±0,4	0,687	0,3±0,3	0,2±0,3	0,538
Öfke-düşmanlık	0,5±0,5	0,2±0,3	0,192	0,5±0,4	0,2±0,4	0,269
Fobik anksiyete	0,1±0,1	0,1±0,2	0,789	0,1±0,2	0,1±0,2	0,956
Paranoid düşünce	0,6±0,7	0,3±0,3	0,295	0,7±0,1	0,4±0,5	0,114
Psikotisizm	0,3±0,2	0,2±0,3	0,730	0,3±0,4	0,2±0,2	0,795

* Mann-Whitney U Testi, SCL-90R: Belirti Tarama Listesi

4.22. DEHB Grubu Sigara ile Alkol Denemesinin Yordayıcı Faktörlerini Belirlemek için Uygulanan Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Bu araştırmada DEHB ve kontrol grubu arasında sigara, alkol, madde kullanımı ve özellikleri açısından fark saptanmazken DEHB grubunda sigara ve alkol deneyimi olan olgularla olmayan olgular arasında anlamlı farklılık gösteren faktörler ile kontrol grubunda sigara ve alkol deneyimi olan olgularla olmayan olgular arasında anlamlı farklılık gösteren faktörler farklıydı. Bu yüzden her grup kendi içinde sigara ve alkol kullanımını yordayacak bağımsız risk faktörlerinin saptanması amacıyla lojistik regresyon analizi uygulanarak ayrı ayrı değerlendirildi.

DEHB grubunda sigara kullanımı için parametrik olmayan testler sonucunda anlamlı farklılık gösteren veriler olan yaş, tedaviye uyum, alkoldenemesi, ve haftalık harcanan ortalama para bağımsız değişkenlerinden oluşan ve %80,0 doğru sınıflama oranı gösteren regresyon modeli kuruldu. Bu modele uygulanan lojistik regresyon analizi sonucunda tedaviye uyumunun kötü olmasının DEHB'li olgularda sigara deneme riskini 6 kat artırdığı ve yaş artışının da çocuk ve gencin sigara denemesini iki kat artırdığı bulunmuştur. Bulgular tablo 4.49'da sunulmuştur.

Tablo 4.49. DEHB Grubunda Sigara Denemesini Yordayacak Faktörlerin Belirlenmesi

	OR	95%CI	p
Yaş	2,446	1,27-4,68	**0,007***
Tedaviye uyum	6,680	1,051-42,466	**0,044***
Alkol denemesi	3,607	0,37-34,40	0,265
Haftalık harcanan ort para	0,300	0,406-26,844	0,264

DEHB grubunda alkol deneyimi için parametrik olmayan testler sonucunda anlamlı farklılık gösteren verilerden; yaş, anne eğitimi, sigara denemesi, ailede alkol kullanımı bağımsız değişkenlerinden oluşan ve %95,6 doğru sınıflama oranı gösteren regresyon modeli kuruldu. Bu modele uygulanan lojistik regresyon analizi sonucunda yaş artışının on altı kat, anne eğitim düzeyinin artmasının ise iki kat alkol deneme riskini artırdığı saptanmıştır. Bulgular tablo 4.50'de sunulmuştur.

Tablo 4.50. DEHB Grubunda Alkol Denemesini Yordayacak Faktörlerin Belirlenmesi

	OR	95%CI	P
Yaş	16,470	1,31-205,97	**0,030***
Anne eğitim	2,343	1,14- 4,799	**0,020***
Sigara deneyimi	2,716	0,108-68,471	0,544
Ailede alkol kullanımı	4,741	0,03-14,526	0,471

4.23. Kontrol Grubunda Sigara ile Alkol Denemesinin Yordayıcı Faktörlerini Belirlemek için Uygulanan Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Kontrol grubunda sigara kullanımı için anlamlı farklılık gösteren veriler olan anne eğitimi, aylık gelir, ailede sigara kullanımı, ailede alkol kullanımı bağımsız değişkenlerinden oluşan ve %83,3 doğru sınıflama oranı gösteren regresyon modeli kuruldu. Bu modele uygulanan lojistik regresyon analizi sonucunda aylık geliri ortalama 2.000 TL'nin üstünde olan ailelerin çocuklarında sigara deneme riskinin 18 kat fazla olduğu saptanmıştır. Ailede alkol kullanımının olması istatiksel olarak anlamlı bulunmasa da modele katkı sağladığı ve çocuk ve gençlerde sigara deneme riskini artırdığı görülmüştür. Bulgular tablo 4.51'de sunulmuştur.

Tablo 4.51 Kontrol Grubunda Sigara Denemesini Yordayacak Faktörlerin Belirlenmesi

	OR	95%CI	P
Anne eğitim	1,147	0,794-1,658	0,465
Aylık gelir	18,151	2,530-130,240	**0,004***
Ailede sigara kullanımı	3,589	0,440-29,255	0,233
Ailede alkol kullanımı	8,211	0,770-87,543	0,081

Kontrol grubunda alkol kullanımı için anlamlı farklılık gösteren veriler olan yaş, aileye göre ders başarı durumu ve ailede alkol kullanımı bağımsız değişkenlerinden oluşan ve %94,4 doğru sınıflama oranı gösteren regresyon modeli kuruldu. Bu modele uygulanan lojistik regresyon analizi sonucunda alkol denemesini belirlemede istatiksel olarak anlamlı bir faktör saptanmadı. Bulgular tablo 4.52'de sunulmuştur.

Tablo 4.52 Kontrol Grubunda Alkol Denemesini Yordayacak Faktörlerin Belirlenmesi

	OR	95%CI	P
Yaş	5E+0,07	0,000- .	0,995
Aileye göre ders başarsı	2E+0,07	0,000- .	0,999
Ailede alkol kullanımı	8E+0,08	0,000- .	0,998

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda, DEHB tanısı konan çocuk ve gençlerin sigara alkol ve madde kullanım özellikleri sorgulanmış ve DEHB tanısı konan çocuk ve gençlerin sigara alkol ve madde kullanım özelliklerinin sağlıklı kontrollerden farklı olup olmadığı araştırılmıştır. Daha sonra DEHB tanısı konan çocuklarla, sağlıklı kontrol için ayrı ayrı sigara alkol ve madde kullanımını yordayıcı etmenler araştırılarak yordayıcı etmenler açısından iki grup arasında fark olup olmadığı incelenmiştir.

Çocukluk çağı psikiyatrik rahatsızlıklarının başında gelen DEHB çocuk psikiyatrisi alanında çalışan araştırmacılar için ilgi odağı olmuş ve pek çok yönüyle araştırılmıştır. Belki de hakkında en çok bilgiye sahip olduğumuzu düşündüğümüz rahatsızlıkların başında gelen DEHB için bile hala merak edilen, yapılmış olan araştırma sonuçlarıyla henüz netleştirilememiş ve açıklanamamış konular vardır. Bunlardan bir tanesi sigara, alkol ve madde gibi bağımlılık yapan maddelerin kullanım bozuklukları ile DEHB arasında bir ilişkinin olup olmadığı ve bir ilişki varsa bu ilişkinin nedensel yönlerinin ne olduğudur. Özellikle yurt dışında bu alanda yapılmış araştırmalara bakıldığında tutarlı olmayan sonuçlar dikkat çekmektedir. Türkiye'de sigara, alkol ve madde kullanımı ile ilgili olarak yapılmış pek çok araştırma vardır. Genel olarak baktığımızda bu araştırmaların hemen hemen tümünün tanımlayıcı ve kesitsel tipte araştırmalar olduklarını ve var olan durumu saptamaya yönelik biçimde düzenlendiklerini görmekteyiz. Bu konuda ülkemizde yapılmış, kohort veya randomize kontrollü saha araştırmaları şeklinde düzenlenmiş, neden sonuç ilişkisini saptamaya yönelik analitik tipte araştırmalar neredeyse hiç yoktur. Türkiye'de sigara içme yaygınlıgı ile ilgili olarak yapılmıs, araştırmaların daha çok bölgesel nitelikli olduklarını, tüm ülkeyi temsil etmediklerini de söylemek mümkündür. Doğal olarak doğu ve batı ülkeleri arasında bir köprü özelliği taşıyan ve gelişmekte olan ülkeler arasında sayılan ülkemizin kendine özgü biyolojik ve sosyokültürel yapısı göz önünde bulundurulduğunda her konuda olduğu gibi bu konunda da kendi popülasyonumuzda araştırma yapılmasına ve ülkemizde yapılmış az sayıda araştırma sonuçlarının yapılacak yeni analitik tipte araştırmalar ile

desteklenerek var olan sonuçların bilimsel geçerliliğinin test edilmesine ihtiyaç vardır. Bu nedenle bu araştırma DEHB tanısı konan çocuk ve gençlerimizde sigara, alkol ve madde kullanım özellikleri açısından sağlıklı kontrollerle bir fark olup olmadığı ve herhangi bir farklılık varsa bu farklılıkta yordayıcı ve belirleyici faktörlerin ne olduğunu araştırarak kendi koruyucu halk sağlığı ve sosyal politikalarımızda etkin müdahelelerin yapılmasına yardımcı olacak ve bu alanda ülkemizde yapılacak yeni araştırmalara yön gösterici olacak niteliktedir.

Çalışmaya 11-16 yaş aralığında olmak üzere toplam 81 çocuk ve ergen dahil edilmiştir. DEHB tanısı konan 45 çocuk ve ergen vaka grubunu oluştururken, DEHB tanısı konmayan 36 çocuk ve ergen kontrol grubunu oluşturmaktadır.

Çalışmanın örneklemlerine bakıldığında, DEHB ve kontrol grubu cinsiyet dağılımları açısından farklılık gösteriyordu. DEHB grubunda kız erkek oranı 1/ 3.5, kontrol grubunda ise 1/1 idi. Cinsiyet dağılımları arasındaki bu farklılık, DEHB grubu ve kontrol grubu arasında sigara, alkol ve madde kullanım özellikleri bakımından cinsiyet açısından karşılaştırmayı güçleştirmiştir. Fakat DEHB grubundaki cinsiyet dağılımı alanyazınında DEHB'nin klinik ve toplumsal örneklemlerde yapılmış epidemiyolojik çalışmalardaki cinsiyet dağılımıyla uyumluydu. Bu nedenle DEHB grubu içinde sigara, alkol ve madde kullanımında cinsiyet açısından fark olup olmadığının test edilerek bu sonucun bozukluk için genellenebilir olmasını olanaklı kıldı. Benzer şekilde kontrol grubundaki cinsiyetler arasındaki eşitlik ise toplumsal örneklem için sigara alkol ve madde deneyimi açısından cinsiyetin risk faktörü olup olmadığının test edilmesine olanak sağladı. Araştırmamızda hem DEHB hem de kontrol grubunda sigara alkol ve madde deneyimi açısından cinsiyetler arasında fark saptanmadı. Bu sonuç değişik kültürlerde yapılan araştırmalarda tütün kullanımının erkeklerde daha sık bulunduğu (109, 130-133) sonuçlarıyla uyumlu değil iken, aksine kadın ve erkek cinsiyeti açısından sigara içme oranları arasında anlamlı fark saptanmayan (134) araştırma bulguları ile uyumluydu.

Araştırmacı tarafından klinik görüşme esnasında uygulanan, çocuk ve gençlerin alışkanlık yapıcı maddeleri kullanım özelliklerini sorgulyan ÇESAMKDA sonuçlarına bakıldığında, hem DEHB grubunda hem de kontrol grubunda düzenli sigara, alkol ve madde kullanımı olan çocuğa rastlanmamıştır. DEHB grubunda grubun % 28,9' unu temsil eden 13 kişi, kontrol grubunda ise grubun % 27,8'unun temsil eden 10 kişi sigara denemesi olduğunu belirtmiştir. Her iki grupta ilk sigara deneme yaşı ortalama 10 olarak saptanmıştır. Bu bulgu Türkiye'de bireylerin %50,9'u sigara ile ilk kez 11 ya da daha önceki yaşlarda tanıştığı (138) bilgisi ile uyumludur. Sigarayı ilk kez çocukluğunda içenler sigara tiryakiliği açısından yüksek risk taşıdığı (96) ve sigarayı erken yaşlarda denemenin erişkin yaşlarda sigara içiciliğinin kuvvetli bir belirleyicisi olduğu (137) bilgisi ile birlikte değerlendirildiğinde araştırmamızın bu bulgusu çocuk ve gençlerin sigara ile tanışma yaşı ve ilk sigara içme deneyimi olarak önem taşımaktadır.

DEHB grubu ve kontrol grubunda sigara deneme oranları açısından karşılaştırıldıklarında her iki grup arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Araştırmamızın bu sonucu, 12-16 yaş arası, 1302 adolesanın bulunduğu bir örneklemde, DEHB ile madde kullanımı ve ilişkili problemler arasında anlamlı bir ilişki saptanmaması (326) ve çocukluk DEHB'sinin adolesan dönemde sonuçlarını tanımlamak için yapılmış bir izlem çalışmasında da çocukluk DEHB'si ile ergen sigara ve esrar kullanımı arasında ilişki saptanmaması (251) sonuçlarıyla ile uyumlu olduğu görülürken, bu alanda yapılmış bir vaka kontrol çalışmasındaki, DEHB'li çocukların, eşleştirilmiş kontollerden, iki kat daha fazla, madde bağımlılığı bozukluğu geliştirmeye yatkın oldukları (296) ve Brezilyada 968 erkek adolesanın üzerinde yapılmış, DEHB'nin, madde kullanım bozuklukları ile çok güçlü bir ilişkisi (9 kat fazla) olduğunu göstermiş diğer araştırma sonuçlarıyla (323) uyumlu değildi.

DEHB'li hastaların %60- 100'ünde bir veya daha fazla eştanı olduğu öne sürülmekte (44) ve %60 sıklıkla en sık eş hastalanımın diğer yıkıcı davranış

bozuklukları olduğunu bildiren araştırmalar bulunmaktadır (53). Bu çalışmalarda oransal farklıklar olsa da sıklık sırasına göre DEHB' ye en çok eşlik eden rahatsızlıklar, KOKGB, Öğrenme Bozuklukları, İletişim Bozuklukları, Davranım Bozukluğu, Anksiyete Bozuklukları, Tik Bozuklukları, Majör Depresyon, Bipolar Affektif Bozukluk, Enkoprezis, Enürezis olarak sıralanabilir (50-55). Çalışmamızın sonucunda, alan yazından farklı olarak DEHB'li çocukların büyük oranda ek tanı olarak anksiyete bozuklukları (%41,3) ve ÖÖG (%39,7) daha az sıklıkla KOKGB (%12,1) ve Davranım Bozukluğu(%1.7) sergiledikleri görülmüştür. Uzunlamasına yapılmış pek çok çalışmada da DEHB belirtileri ve sonraki dönemde madde kullanımı arasındaki ilişkide Davranım Bozukluğu belirtilerinin belirleyici olduğunu ileri sürmüştür (16,254-257). Örneğin 10 yıl süreyle izlenmiş olan örneklem gruplarından oluşmuş, prospektif bir çalışmada, DEHB'li çocuklar(n=27), DEHB+KOKGB/DB'li çocuklar(n=82), ve kontroller incelenmiş. DEHB+KOKGB/DB'li çocuklarda oluşan grubun, diğer iki gruba göre, daha yüksek oranlarda düzenli tütün kullanımı, alkol ve esrar kötüye kullanımı/bağımlılığı olduğu saptanmıştır (241). Benzer olarak, 364 DEHB'li adolesan ve genç erişkinin, 240 eşleştirilmiş kontrolün alındığı bir çalışmada, DEHB ve DB olan adolesanlarda, kontrollere göre daha büyük bir olasılıkla, bir Alkol Kullanım Bozukluğu olduğu gösterilmiştir (246). 10 yıllık bir takip çalışmasında, DEHB'ye, DB eşlik etmesinin, psikoaktif madde kullanım bozuklukları (alkol veya madde kötüye kullanımı/ bağımlılığı olarak tanımlanmış) açısından artmış risk ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (328). Diğer erken ergenlik psikopatolojilerinin etkileri kontrol altına alındıktan sonra DEHB ile erken erişkinlikte alkol kullanım ile DEHB belirtileri arasında bir ilişki olduğuna dair kanıt bulunamamıştır. Bu konuda son zamanlarda yapılan uzunlamasına çalışmaların derlendiği bir çalışmada komorbit Davranım Bozukluğu etkinliği kontrol edildikten sonra DEHB' nin varlığının ileride madde kullanım sorunları (tütün kullanımı hariç) için belirleyici olmadığı yönündedir (261). Çocukluk DEHB'sinin Davranım Bozukluğu belirtilerinden bağımsız olarak ileride ergen madde kullanım sonuçlarını öngörülebileceğini öneren çalışmalarda bulunmakla beraber (242), çalışmamızda DEHB grubunda KOKG ile Davranım Bozukluğu gibi yıkıcı davranım bozukluklarının alanyazınında belirtilen oranlarda daha az olması ve bu açıdan kontrol grubundan farklılık göstermemesi DEHB'li

çocuk ve gençlerde sigara, alkol ve madde kullanımında yıkıcı davranım bozukluklarının etkisini destekler niteliktedir.

Araştırmamızda dikkat çeken diğer bulgulardan biri de DEHB grubunda sigara deneyimi olan olguların sigara deneyimi olmayan olgulara göre tedavi uyumlarının daha kötü olduğudur. Bu bulgu farklı şekillerde analiz edilebilir. Bunlardan birincisi, gerçekte DEHB'nin varlığı sigara alkol ve kullanımı için bir risk faktörüdür fakat uygun tedavi süreci bu birlikteliği azaltarak DEHB'si olmayan çocuk ve gençlerin düzeyine indiriyor olabilir ve uygun ve etkin bir tedavi çocukların sigara gibi maddelere yönelimi azaltarak koruyucu bir etki oluşturduğu şeklinde yorumlanabilir. İkicisi tedavi sürecini yönetmekte ve denetlemekte zorlanan bir aile yapısının çocuğun sigara, alkol denemek gibi diğer yaşantılarını da kontrol etmekteki yetersizliği olarak yorumlanabilir.

Hem DEHB grubunda hem de kontrol grubunda olguların aile ve yakın arkadaş çevresinde sigara alkol ve madde kullanım özelliklerinin benzer olması gruplar arasında sigara, alkol ve madde kullanım özelliklerinin benzer olmasına yol açmış olabilir. Bu da anne, baba veya kardeşleri sigara içen bireylerin anne baba veya kardeşleri sigara içmeyen bireylere oranla daha çok sigara kullandıklarını bildiren (166), 12-14 yaş arası ergenlerde, anne ve babalarının sigara içmesi ile ergenin sigara içmesi arasında anlamlı ilişki bulan (149,152) ve ergenlerin sigara kullanımında arkadaş etkisi önemli risk faktörlerinden biri olarak tesbit eden (153-155) araştırma sonuçlarıyla uyumlu olarak alışkanlık yapıcı maddelere yönelimde sosyokültürel ve çevresel faktörlerin önemine işaret etmiş olabilir.

Uygulanan ankette hem DEHB hem de kontrol grubundaki olguların tamamı sigaranın başta kanser, kalp hastalığı, akciğer hastalıkları olmak üzere genel sağlık üzerine olumsuz etkisi olduğunu bildiklerini belirtmiştir. DSÖ'nün raporuna göre Türkiye'de sigara yasağından sonra 2 yıl içinde 2 milyon 250 bin kişinin sigarayı

bıraktığı belirtilmiş (340). Çevresel ve sosyal faktörlerin etkisi göz önünde bulundurulduğunda araştırmamızda DEHB'si olan ve olmayan çocuk ve gençlerde düzenli sigara kullanımının saptanmaması ve sigaranın sağlığa zaralı etkileri konusunda genel bilgi düzeylerine bakıldığında ülkemizdeki son yıllarda tütün kontrolü alanında yapılmış sosyal ve sağlık politakalarının çocuk ve gençlerin bilgi düzeylerini artırarak sonuçları etkilemiş olabileceğini akla getirmektedir. Tabi ki DSÖ'nün Türkiye'de sigara yasağı sonrasında elde ettikleri bu veriler genel popülasyona ait veriler olup çocuk ve gençlerin tütün kontrolü uygulamalarından ne düzeyde ve nasıl etkilendikleri ayrıca araştırılması gereken bir konudur

Elde edilen bu sonucun yani araştırmaya katılan çocuk ve ergenlerde hiç sigara, alkol ve madde kullanımı olmadığı sonucunun gerçeği ne düzeyde yansıttığı ayrıca tartışılabilir. Kesitsel nitelikteki bir araştırmaya katılan çocuk ve gençler yaşları ve gelişim özellikleri ile birlikte, psikiyatrik görüşmenin gizlilik ilkesini algılama ölçüleri ve başta ailesel düzeyde olmak üzere sosyokültürel bağlamda yaşamaktan kaçındıkları kaygılar, anket uygulamasında kendilerine ait gerçekçi bilgiyi paylaşmaktan onları alıkoymuş olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Benzer nitelikteki bütün çalışmalar için bir handikap olan bu durumun elimine edilmesi gerekmekle birlikte bunu gerçekleştirecek ideal bir metod henüz mevcut değildir ve bizim çalışmamızda bu kısıtlılıkla karşı karşıya kalınmıştır.

Hem DEHB grubunda hem de kontrol grubunda sigara deneyen çocuk ve gençler deneme sebeplerini en yüksek oranda merak olarak belirtmişlerdir. Uygulama ve deneyerek öğrenme gibi merak etmenin de bunlarla beraber aktif öğrenme sürecinin bir parçası olduğu düşünülürse, bu bulgunun, ki her ne kadar bu bulgu önemli bir halk sağlığı sorununa yol açacak bir deneyimi gösterse de, gelişimsel süreçte belki de bütün çocuk ve gençlerde ortak olarak paylaşılan dünyayı ve kendilerini keşfetme ve öğrenme ihtiyaçlarının bir yansıması ve parçası olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamızda hem DEHB grubunda hem de kontrol grubunda herhangi bir düzenli madde kullanımı ve/ veya madde deneyimi olan çocuk ve ergen saptanmamıştır. Dokuz ilde ilk ve ortaöğretim öğrencilerinde tütün, alkol ve madde kullanım yaygınlığını araştıran bir çalışmada esrar deneme yaşı ortalaması; ilköğretimde ve orta öğretim öğrencileri arasında sırasıyla 12.8 ± 1, 13.8 ± 1.9 yaş olarak saptanmıştır (70). Uçucu madde kullanım yaşı ilkokul ve ortaöğretim öğrencilerinde sırasıyla 12.0±2.2, 13.4±1.8 olarak (142) ve ilk ekstazi deneme yaşı ortalaması ise 13.4 ±1.9 yaş; olarak bildirilmiştir (142).

DEHB grubunda 1 olgu (%2,2) ayda bir iki kez gibi klinik olarak sorunlu bir içicilik olarak tarifleyemeyeceğimiz bir alkol kullanım durumu olduğunu bildirse de kontrol grubunda düzenli alkol kullanımı olan olguya rastlanmamıştır. Bununla birlikte DEHB grubunun %13,3'ünün oluşturan 6 kişi, kontrol grubunun ise % 5,6'sını oluşturan 2 kişi alkol deneyimi olduğunu belirtmiştir. Fakat her iki grup arasında alkol deneyimleri açısından istatiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. DEHB grubunda ilk alkol deneme yaşı ortalaması 12,3 iken kontrol grubunda 14,0 olmak üzere ilk alkol deneme yaşının biraz daha geç olduğu görülmüştür. Her iki grupta da ilk alkol deneme yaş ortalamasının ülkemizde 1998 yılında yayınlanan 9 ili kapsayan bir çalışmada saptananan ilk olarak alkol deneme yaş ortalamasından (11.6±1.1) daha yüksek olduğu görülmüştür (135).

Bizim çalışmamız da ki olguların yaş aralığının 11 ile 16 olmasına rağmen başta çalışmamızın örneklem büyüklüğünün çapı olmak üzere, hem DEHB hem de kontrol grubunun belki de toplum örnekleminin her tabakasını birebir yansıtmakta yetersiz oluşu alkol ve madde kullanım özelliklerini belirleyebilecek genellebilir bir bilimsel veriye ulaşılmasını güçleştirmiş olabilir.

DEHB grubu ile kontrol grubundaki olgular sigara alkol ve madde deneyimleri açısından karşılaştırıldıklarında gruplar arasında anlamlı bir farklılık gösteren faktöre

rastlanmazken, DEHB grubundaki olguların sigara alkol deneyimlerinde belirleyici olabilecek risk faktörleri nedir? Kontrol grubundaki olguların sigara alkol deneyimlerinde belirleyici olabilecek risk faktörleri nedir? Her iki gruba ait risk faktörleri benzer mi yoksa DEHB si olan çocuklarda bu yönelimi belirleyen faktörler başka iken DEHB' si olmayan çocuklarda bu yönelimi belirleyen faktörler başka mıdır? Bu gibi sorular her grubu kendi içinde sigara ve alkol deneyimi olan ve olmayan olgular olarak ayırarak karşılaştırma fikrini akla getirmiştir.

DEHB grubunda yaş arttıkça sigara deneme ve alkol deneme olasılığı istatistiksel olarak da anlamlı olacak şekilde artarken, kontrol grubunda ise sadece alkol deneyimi için yaş artışı anlamlı bulunmuştur. Araştırmamızdan elde edilen bu sonuç İlk öğretim, ortaöğretim, lise ve üniversite yaş grubunda yapılmış olan bu araştırma sonuçları birlikte değerlendirildiğinde ergenlerde yaşla orantılı olarak sigara kullanım sıklığının arttığını gösteren çalışmalarla (101-110) uyum göstermektedir.

Araştırmamızda DEHB grubunda sigara ve alkol deneyen olguların annelerin ortalama eğitim yılı daha yüksek ve çalışan anne oranları anlamlı olarak daha fazla idi. Bu bulgu, eğitim düzeyi yüksek annelerin doğal olarak daha çok iş hayatına katılarak çalıştıklarını gösterebilir. Ev hanımlarına göre çalışan annelerin çocuklarında alkol denemesinin sık görülmesi iki şekilde yorumlanabilir. Birincisi annenin çalışması ailenin aylık gelirinin artmasını sağlayabilir ki araştırmamızda alkol deneyen grubun aylık gelir dağılımında % 83,3 ünün 2000 tl ve üstü aylık gelire sahip olduğu bu oransal dağılımın denemeyen gruba göre yüksek olduğu görülmüştür. Aylık gelirin artması çocuğa verilen ortalama harçlık miktarının artmasına neden olabilir. Bu da sigara alkol gibi parasal güç gerektiren maddeleri çocuk ve gençleri daha rahat elde edebildiklerini gösterebilir. Araştırmamızda da DEHB grubunda sigara deneyen olguların denemeyen olgulara göre istatiksel olarak da anlamlı olacak düzeyde daha fazla miktarda harçlık aldıkları saptanmıştır. Bununla birlikte çalışan annelerin ev hanımlarına göre çocuklarına vakit ayırmak ve

onları denetlemekte yetersiz kalmalarının bir sonucu olarak da yorumlanabilir. Kontrol grubunda da benzer şekilde sigara içen olguların anne ve babaların mesleki dağılımlarında memurların daha fazla olduğu, anne çalışma oranının sigara denemeyen olgulara kıyasla fazla olduğu ve aylık gelirlerlerinin yüksek olduğu görülmüştür. Bu da DEHB grubundaki bulguları destekler niteliktedir. Sigara, alkol ve madde kullanımı olan çocukların sosyal hayatlarına dair olası risk faktörlerini işaret etmektedir.

DEHB grubundaki sigara deneyen olgular sigara denemeyen olgularla karşılaştırıldığında istatiksel olarak anlamlı bulunmasa da aile ve yakın arkadaş çevresinde oransal olarak daha fazla sigara kullanımının olduğu görülmüştür. Kontrol grubunda da sigara denemesi olan gençlerin ailelerin de sigara denemesi olmayan gençlerin ailelerine göre anlamlı düzeyde fazla olacak şekilde sigara ve alkol içiciliğinin olduğu görülmüş ve DEHB grubuyla bu açıdan benzer olduğu düşünülmüştür. Araştırmamızın bu sonucu anne, baba veya kardeşleri sigara içen bireylerin anne baba veya kardeşleri sigara içmeyen bireylere oranla daha çok sigara kullandıklarını bildirildiren (166), 12-14 yaş arası ergenlerde, anne ve babalarının sigara içmesi ile ergenin sigara içmesi arasında anlamlı ilişki bulan (149,152) ve ergenlerin sigara kullanımında arkadaş etkisi önemli risk faktörlerinden biri olarak tesbit eden (153-155) araştırma sonuçlarıyla uyumlu olarak bütün çocuk ve gencler için alışkanlık yapıcı maddelere yönelimde aile ve arkadaş faktörünün önemini destekler niteliktedir.

DEHB grubunda alkol deneyimi olan çocuk ve genclerde sigara deneyiminin daha yüksek oranda olduğu görülmüştür. Sigara, alkol gibi bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımında bir geçiş aracı olarak kullanılmakta ve gençlerde alkolizmin en güçlü belirleyicisi olduğu söylenmektedir (211,212). Ergenlerin sigara içmesi ile alkol almayı denemeleri arasında güçlü bir ilişki bulan (210) ve sigara içen ergenlerde alkol kullanma sıklığını içmeyenlere göre 3 kat daha fazla bulan (213) araştırma bulgularıyla uyumlu olarak bizim araştırmamızda özellikle DEHB

grubunda kontrol grubunda da çocuk ve gençlerin alkol deneyiminde sigara deneyimlerinin ilişkili olduğu bulunmuştur.

Hem DEHB grubundaki olgular için hem de kontrol grubundaki olgular için alkol deneme açısından ailede alkol kullanımının olmasının önemli olduğu görülmüştür. Bu sonuç bütün çoçuklar için alkol kullanımda ailesel faktörler, rol model olma, ulaşılabilirlik gibi nedensel faktörlerin önemine işaret etmektedir.

Hem DEHB grubu hem de kontrol grubunda sigara ve alkolün, her ikisinin de deneyimi için ek tanı varlığının anlamlı bir etki oluşturmadığı görülmüştür. Bu bulgu sigara ve alkol deneyiminin diğer psikopatolojilerin varlığından bağımsız olduğu ama belki düzenli sigara kullanımının psikopatoloji ile ilişkili olabileceğini hipotezini doğurur ya da araştırmamızın örneklem büyüklüğünün oluşturduğu bir yanılgı olabilir.

Hem DEHB hem de kontrol grubunda; anne baba, öğretmen ve çocuklara uygulanan ölçek sonuçları birlikte değerlendirildiğinde; kontrol grubundaki çocuk ve gençler arasında sigara ve alkol deneyimi olan çocuk ve gençlerin, sigara alkol deneyimi olmayan gençlere göre hiperaktivite, dikkat problemleri, davranım problemleri, sosyal problemleri daha çok yaşadığı saptanmıştır. Bu bulgu DEHB tanısını karşılayacak düzeyde olmasa da hiperaktivite, davranım sorunları, sosyal sorunlar ve bilişsel sorunların eşik altı farklılıklarının bile önemli olduğunu düşündürmektedir.

Geçerli ve standart tanı kriterlerinin kullanılması, benzer özellikleri olan kontrol grubu ile karşılaştırma yapılmış olması çalışmanın güçlü yönleridir. Çocuk ve gençlerin sigara alkol ve madde kullanım özelliklerini saptamak için anket uygulanmış olması, örneklem grubu ve ek tanı gruplarının küçük olması elde edilen

verinin güvenirliliğini ve yapılan karşılaştırma sonuçlarını etkilemiş olabilir. Daha geniş örneklem grubuyla çalışılması daha güvenilir sonuçlara ulaşılması açısından önemlidir. Bu konuda ülkemizde toplumun bütün tabakalarını kapsayan ulusal nitelikte analitik tipte vaka kontrol ve izlem çalışmalarının yapılmasına ihtiyaç vardır.

6. SONUÇLAR

DEHB tanısı konan çocuk ve ergenlerde sigara, alkol ve madde kullanım sıklığının ve şiddetinin belirlenmesi ve DEHB tanısı konan çocuk ve gençlerde sigara alkol ve madde kullanımında bozukluğa, çocuğa ve psikososyal çevreye ilişkin etkileyici değişkenlerin araştırıldığı bu araştırmamızda şu sonuçlara ulaşıldı.

1-DEHB tanısı konan çocuklar ve DEHB tanısı konmayan çocuklar arasında düzenli sigara, alkol ve madde kullanımı olan çocuk ve ergen saptanmadı.

2-DEHB grubunda 13 çocuğun, kontrol grubunda 10 çocuğun sigara denemesi olduğu saptandı.

3-Her iki grup sigara alkol ve madde kullanım örüntüleri açısından karşılaştırıldıklarında da aralarında anlamlı bir farklılık bulunmadı.

4-DEHB grubunda 28 olguda ,kontrol grubunda ise 12 olguda ek tanı saptanmıştır. Gruplar arasında ek tanı varlığı açısından (p=0,024) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu.

5-DEHB grubunda en sık saptanan ek tanı ÖÖG(%39,2), kontrol grubunda ise Anksiyete Bozukluğu'ydu (%41,6). DEHB grubunda ÖÖG' den sonra saptanan ek tanılar sıklık sırasıyla Anksiyete B. (%35,7), KOKG (%17,8), DB(%3,5) ve Depresyon'du (%3,5). Kontrol grunda ise Anksiyete B.'dan sonra saptanan ek tanılar sıklık sırasıyla Tik Bozukluğu (%25), Depresyon (%8,3), KOKG(%8,3), Enürezis (%8,3), Enkoprezis(%8,3)'ti.

6-Çalışmamızın DEHB grubunda ek tanı olarak Davranım B. ve KOKG ek tanısı öngörülen birlikteliğe göre çok daha az oranda saptandı.

7-Uygulanan GGA ebeveyn, öğretmen ve ergen formu, Yenilenmiş Conners Ebeveyn ve Öğretmen Derecelendirme Ölçeği, Conners-Wells Ergen Özbildirim Ölçeği sonuçlarına göre DEHB' si olan çocuklarda dikkat, ve hiperaktivite problemleri ile duygusal problemler, bilişsel problemler ve sosyal problemler daha çok saptandı.

8-SCL-90R'dan elde edilen sonuçlara göre, DEHB'li çocukların annelerinde obsesif-kompulsif ve depresyon alt ölçek puanları daha yüksek saptandı. DEHB'li çocukların babalarında ise depresyon, öfke-düşmanlık, paranoid düşünce alt ölçek puanları kontrol grubuna kıyasla anlamlı olacak ölçüde yüksek bulundu.

9-DEHB'li çocuk ve gençlerde sigara deneyenlerde, sigara denemeyelere göre yaşın daha büyük, baba eğitim düzeylerinin daha yüksek, haftalık harcanan para miktarının daha fazla, alkol deneyiminin daha sık ve tedavi uyumunun kötü olduğu saptandı.

10-DEHB'li çocuk ve gençlerde alkol deneyiminde yaşın büyümesi, anne ve baba eğitimi düzeyinin artması, annenin çalışıyor olması, aile alkol kullanımının olması ve çocuğun sigara deneyiminin olmasının ilişkili olduğu saptandı.

11-DEHB'li olmayan çocuk ve gençlerde sigara deneyiminde anne, baba eğitimi, babanın mesleği, aylık gelir, ailede sigara kullanımı ve ailede alkol kullanımının ilişkili olduğu saptandı.

12-DEHB'li olmayan çocuk ve gençlerde alkol deneyiminde ise yaş, aileye göre ders başarı durumu ve ailede alkol kullanımının ilişkili olduğu saptandı.

13-DEHB grubunda sigara deneyen olgularla denemeyen olgular Piers Harris Çocuklar İçin Öz Kavram Ölçeği toplam ve alt ölçek puanları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı.

14-Kontrol grubundaki olgular arasında sigara deneyimi olan olgularda olmayan olgulara göre PHÇÖKÖ davranış-uyum ve popülarite alt ölçek puanları ile toplam puan anlamlı olacak düzeyde düşük bulundu.

15-DEHB grubunda alkol deneyimi olan olgular ile alkol deneyimi olmayan olgular PHÇÖKÖ sonuçları açısından karşılaştırıldığında ise alkol deneyimi olan grupta davranış-uyum ve zeka alt ölçek puanları düşük saptandı.

16-Kontrol grubunda alkol deneyimi olan olgular ile alkol deneyimi olmayan olgular PHÇÖKÖ toplam ve alt ölçek puanları açısından karşılaştırıldığında ise herhangi bir alt ölçek ve toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı.

17-DEHB grubu ve kontrol grubunda sigara ile alkol denemesi olan ve olmayan olgular GGA ebeveyn formu alt ölçek puanlarına göre karşılaştırıldığında hem DEHB grubundaki olgular hem de kontrol grubundaki olgular için anlamlı bir farklılık saptanmadı.

18-GGA öğretmen formuna göre DEHB grubunda sigara ve alkol deneyimi olan çocuklarla olmayan çocuklar arasında anlamlı farklılık gösteren bir faktör saptanmadı.

19-GGA öğretmen formuna göre kontrol grubunda sigara denemesi olan olgular olmayan olgulara göre davranım problemleri, hiperaktivite ve toplam güçlükler alt ölçeklerinden daha yüksek puan aldıkları ve sosyal davranışlar alt ölçeğinde daha düşük puan aldıkları saptandı.

20-GGA ergen formuna göre ise DEHB grubunda sigara deneyimi olan olgularda olmayan olgulara kıyasla hiperaktivitenin yüksek olduğu görülmüştür. Benzer şekilde DEHB grubunda alkol deneyimi olan olgularda hiperaktivitenin istatistiksel olarak da anlamlı olacak düzeyde yüksek olduğu saptandı.

21-GGA ergen formuna göre kontrol grubunda ise alkol deneyimi için anlamlı bir farklılık gösteren faktöre rastlanmazken, sigara deneyimi olan olgularda olmayan olgulara göre; davranım problemleri ve hiperaktivite alt ölçek puanları ile toplam güçlük puanı daha yüksek bulundu.

22-Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği sonuçlarına göre; DEHB grubunda sigara deneyen olgular ile denemeyen olgular arasında anlamlı bir farklılık gösteren faktör saptanmadı. Kontrol grubunda ise öğretmenlere göre sigara deneyen olguların, denemeyen olgulara göre kaygı mükemmeliyetçilik ve sosyal problemler alt ölçekleri dışında diğer bütün alt ölçeklerden daha yüksek puan aldıkları saptandı.

23-Conners-Wells Ergen Özbildirim Ölçeği sonuçlarına göre; DEHB grubunda sigara deneyen olgular ile denemeyen olgular arasında sosyal problemler ve DSM IV hiperaktivite belirtileri alt ölçek puanları dışında diğer alt ölçek puanları açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı.

24-Conners-Wells Ergen Özbildirim Ölçeği sonuçlarına göre kontrol grubunda ise sigara deneyen ve denemeyen olgular arasında hiperaktivite , DSM IV dikkatsizlik belirtileri ve DSM IV toplam belirtiler alt ölçek puanları daha yüksek saptandı.

25-Conners-Wells Ergen Özbildirim Ölçeği sonuçlarına göre DEHB grubunda alkol denemesi olan olgular, olmayan olgulara göre sosyal problemler, DSM IV dikkatsizlik belirtileri, DSM IV hiperaktivite belirtileri, DSM IV toplam belirtiler alt ölçeklerinde daha yüksek puan aldıkları saptandı.

26-Conners-Wells Ergen Özbildirim Ölçeği sonuçlarına göre kontrol grubunda alkol deneyimi olan ve olmayan olgular arasında anlamlı bir farklılık oluşturan herhangi bir alt ölçek puanı saptanmadı.

27-DEHB grubundaki, sigara deneyen ve denemeyen olguların babaları Scl-90-R toplam ve alt ölçek puanları açısından karşılaştırıldığında, anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Alkol deneyen ve denemeyen olguların babaları karşılaştırıldığında ise alkol deneyen olguların babalarında sadece obsesyon ($p=0,041$) alt ölçek puanı daha yüksek saptandı.

28-Babalara ait Scl-90-R toplam ve alt ölçek puanlarına göre kontrol grubundaki olguların babalarında, sigara deneyimi olan ve olmayan olguların babalarıyla, alkol deneyimi olan ve olmayan olguların babalarının alt ölçek puanları arasında herhangi bir farklılık saptanmadı.

29-DEHB grubundaki, sigara deneyen ve denemeyen olguların anneleri SCL-90R toplam puan ve alt ölçek puanları açısından karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Benzer şekilde DEHB grubu içinde alkol deneyen ve denemeyen olguların anneleri arasında SCL-90R toplam puan ve alt ölçek puanları açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı.

30-SCL-90R toplam puan ve alt ölçek puanlarına göre, kontrol grubundaki alkol deneyimi olan ve olmayan olguların anneleri arasında herhangi bir farklılık saptanmadı. Sigara deneyimi olmayan olguların annelerinde genel belirti düzeyi,

pozitif belirti toplamı, kişiler arası ilişkilerde duyarlılık, depresyon, anksiyete, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotisizm alt ölçek puanları daha yüksek saptandı.

31-DEHB grubunda sigara ile alkol denemesinin yordayıcı faktörlerini belirlemek için uygulanan lojistik regresyon analizine göre, sigara denemesi için yaş ve tedaviye uyumun yordayıcı olduğu, alkol denemesiiçin ise yaş ve anne eğitim düzeyinin yordayıcı olduğu saptanmıştır.

4.23. Kontrol grubunda sigara ile alkol denemesinin yordayıcı faktörlerini belirlemek için uygulanan lojistik regresyon analizine göre ise sigara denemesi için aylık gelirin yordayıcı olduğu saptanırken, alkol denemesi için yordayıcı bir faktör saptanamamıştır.

ÖZET

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuk ve Gençlerde Sigara Alkol ve Madde Kullanımını Yordayan Etmenlerin Değerlendirilmesi

Giriş ve Amaç : DEHB tanısı konan çocuk ve ergenlerde sigara, alkol ve madde kullanım sıklığının ve şiddetinin belirlenmesi ve DEHB tanısı konan çocuk ve gençlerde sigara alkol ve madde kullanımında bozukluğa, çocuğa ve psikososyal çevreye ilişkin etkileyici değişkenlerin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma örneklemi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısıyla tedavi ve takibine devam edilmekte olan 11-16 yaş aralığındaki toplam 45 çocuk ve ergen ile 36 sağlıklı gönüllü çocuk ve ergenden oluşmaktadır. DEHB grubu 11-16 yaş arasında, DSM-IV-TR kriterlerine göre DEHB tanısı konmuş, klinik olarak normal zeka düzeyinde çocuk ve ergenler arasından seçilmiştir. Kontrol grubu, DEHB grubu ile demografik özellikler bakımından eşleştirilmiş 11-16 yaş arasında, klinik olarak normal zeka düzeyinde, DSM-IV-TR ölçütlerine göre DEHB tanısı konmayan çocuk ve ergenler arasından seçilmiştir. Araştırmaya katılan çocuklar, anne babaları ve öğretmen tarafından doldurulmak üzere Piers-Harris Çocuklar İçin Öz Kavramı Ölçeği, Güçler ve Güçlükler Anketi ebeveyn, öğretmen ve ergen formu, Yenilenmiş Conners Ebeveynve Öğretmen Derecelendirme Ölçeği, Conners-Wells Ergen Özbildirim Ölçeği, Belirti Tarama Listesi (SCL-90R) verilmiştir. Çocuklara araştırmacı tarafından, Çocuk ve Ergenlerde Sigara Alkol ve Madde Kullanımı Değerlendirme Anketi ile Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (K-SADS-PL) uygulanmıştır.

Sonuçlar: Çalışmamızda, DEHB tanısı konan çocuklar, DEHB tanısı konmayan çocuklar arasında düzenli sigara, alkol ve madde kullanımı olan çocuk ve ergen saptanmamıştır. DEHB grubunda 13 çocuğun, kontrol grubunda 10 çocuğun sigara denemesi oldu saptanmıştır.Her iki grup sigara alkol ve madde kullanım

örüntüleri açısından karşılaştırıldıklarında da aralarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.DEHB grubunda 28 olguda ,kontrol grubunda ise 12 olguda ek tanı saptanmıştır. Gruplar arasında ek tanı varlığı açısından (p=0,024) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. DEHB grubunda en sık saptanan ek tanı ÖÖG(%39,2), kontrol grubunda ise Anksiyete Bozukluğu'dur (%41,6). DEHB grubunda ÖÖG' den sonra saptanan ek tanılar sıklık sırasıyla Anksiyete B. (%35,7), KOKG (%17,8), DB(%3,5) ve Depresyon'dur (%3,5). Kontrol grunda ise Anksiyete B.'dan sonra saptanan ek tanılar sıklık sırasıyla Tik Bozukluğu (%25), Depresyon (%8,3), KOKG(%8,3), Enürezis (%8,3), Enkoprezis(%8,3) 'tir. DEHB'li çocuk ve gençlerde sigara deneyiminde yaş,baba eğitimi, haftalık harcana para miktarı, alkol deneyimi ve tedavi uyumunun etkili olduğu saptanmış. DEHB'li çocuk ve gençlerde alkol deneyiminde yaş, anne ve baba eğitimi, anne mesleği, aile alkol kullanımı ve çocuğun sigara deneyiminin etkili olduğu saptanmış. DEHB'li olmayan çocuk ve gençlerde sigara deneyiminde anne, baba eğitimi, babanın mesleği, aylık gelir,ailede sigara kullanımı ve ailede alkol kullanımının etkili olduğu, DEHB'li olmayan çocuk ve gençlerde alkol deneyiminde ise yaş, aileye göre ders başarı durumu ve ailede alkol kullanımın etkileyici olduğu saptanmıştır.

Tartışma : Çalışmamızda DEHB'li çocukların sigara, alkol ve madde kullanım özellikleri kontrol grubundaki çocuklarla benzer saptanmıştır. Bu alan yazınında ki DEHB ve sigara, AMKK arasında ilişki saptamayan araştırma sonuçlarıyla uyumludur. Bu durum DEHB'de sigara, alkol ve madde kullanım bozukluklarında esas belirleyici faktörün KOKG ve Davranım Bozukluğu gibi Yıkıcı Davranım Bozuklukları komorbiditesi olduğu hipotez ve araştırma bulgularını destekler niteliktedir çünkü bizim araştırma örneklemimizde Yıkıcı Davranım Bozuklukları komorbiditesi azdı. DEHB'li çocuk ve gençlerde tedavi uyumunun kötü olması sigara deneyimde yordayıcı bir faktör olduğu görüldü.

Sonuç olarak; DEHB'li çocuk ve gençlerde tedavi uyumu kötü olan olgularda tedavi uyumunu zorlaştıran faktörlerin iyi ele alınması ve direncin çözülmesi sigara alkol ve madde kullanım sorunlarıyla baş etmede önemli olacaktır. Bununla birlikte diğer yıkıcı davranım bozuklukları ve DEHB'li çocukların tedavi sürecinde bu

sorunlara yönelik etkin ve erken müdahalelerin yapılması sigara alkol ve maddeye yönelim riskini azaltıcak ve sağaltımı etkinliği artıracaktır.

Anahtar Sözcükler: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Sigara Kullanımı, Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları

SUMMARY

Evaluation Of The Factors Which Predicts Tobacco, Alcohol And Substance Abuse In Children And Adolescents With Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Introduction And Purpose: The aim of our study was to determine the frequency and severity of tobacco, alcohol and substance abuse in children and adolescents with the diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity disorder and to investigate impressive variables related with the disorder, child and psychosocial environment.

Method: Study sample consist of 45 children and adolescents between the ages of 11-16 applied for the first time and continued to follow up in Ankara University Faculty of Medicine, Department of Child and Adolescent Psychiatry and with the diagnosis of ADHD using the DSM-IV-TR diagnostic criteria ; and 36 healthy children and adolescents. ADHD group is selected from children and adolescents between the ages of 11-16 , with the level of clinically normal intelligence and diagnosed with ADHD according to DSM-IV-TR criteria. Control group is selected from children and adolescents between the ages of 11-16 and matched with ADHD group for demographic characteristics, with the level of clinically normal intelligence and not diagnosed with ADHD according to DSM-IV-TR criteria. Piers-Harris Children's Self-Concept Scale, Strengths and Difficulties Questionnaire parent, teacher and adolescent form, newly revised versions of Conners' Parent and Teacher Rating Scale, Conners-Wells Adolescent self-report Scale, the Symptom Check List (SCL-90R) are given to children , parents and teachers participating in the study. "Assessment Questionnaire for tobacco, alcohol and substance abuse in children and adolescents" and "Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL)" are administered to children participating in the study by the researcher.

Results: In our study,there was no regular tobacco, alcohol, and substance use in children and adolescents with or without ADHD. 13 children of ADHD group

and 10 children of the control group had been experience of smoking. Both groups were compared in terms of patterns of tobacco , alcohol and substance use , there was no statistically significant difference. Comorbidity was found in 28 cases of ADHD group and 12 cases of control group. There was a statistically significant difference($p = 0.024$) between the two groups for the presence of comorbidity. The most common comorbidity in children with ADHD was specific learning disability(SLD)(%39,2). The most common comorbidity in control group was anxiety disorder (%41,6). In ADHD group , in order of frequency , comorbid diagnoses after SLD are anxiety disorder (%35,7), oppositional defiant disorder (%17,8), conduct disorder(%3,5) , and depression (%3,5). In control group, in order of frequency , comorbid diagnoses after anxiety disorder are tic disorder (%25), depression (%8,3), oppositional defiant Disorder (%8,3), enuresis (%8,3),encopresis (%8,3). Smoking experience in children and adolescents with ADHD was found to be associated with age, education level of father , the amount of money spent per week, alcohol experience, and treatment compliance. Alcohol experience in children and adolescents with ADHD was found to be associated with age, maternal and paternal education, maternal occupation, alcohol use of family, and smoking experience of the child. Smoking experience in children and adolescents without ADHD was found to be associated with paternal education, father's occupation, monthly income, family history of cigarette smoking and alcohol use in the family. Alcohol experience in children and adolescents without ADHD was found to be associated with age, success in school perceived by family , alcohol use in the family.

Discussion : In our study, characteristics of tobacco, alcohol and substance use in children with ADHD were similar in control group . This finding are consistent with literature that were no relationship between ADHD and tobacco ,alcohol ,substance abuse. This supports the hypothesis that the decisive factor in tobacco, alcohol and substance use in children with ADHD is comorbidity of disruptive behavior disorders such as oppositional defiant disorder and conduct disorder. Because in our study sample , comorbidity of disruptive behavior disorders were fewer. Poor compliance to treatment in children with ADHD was found a predictive factor for smoking experience.

As a result, handling with difficulties affecting treatment compliance and resolviNg the resistance will be important in dealing with tobacco, alcohol and substance use problems in children with ADHD. However, in the treatment course of children with ADHD and other disruptive behavior disorders, early and effective interventions to these problems will reduce the risk of tobacco, alcohol and substance use and increase the effectiveness of treatment.

Key Words: Attention deficit hyperactivity disorder, smoking, Alcohol and Substance Use Disorders

KAYNAKLAR

1.Amerikan Psikiyatri Birliği. Psikiyatrik Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırması El Kitabı, Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV R). E Köroğlu, ed. Ankara, Hekimler Yayın Birliği; 2000.

2.Doğangün ve ark. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu /Attention deficit hyperactivity disorder. Türk Ped Arşivi 2011; 46 Özel Sayı: 25-8 Türk Arch Ped 2011; 46 Suppl: 25-8

3.Takahashi K, Miyawaki D, Suzuki F, Mamoto A, Matsushima N, Tsuji H ve ark. (2007) Hyperactivity and comorbidity in Japanese children with attentiondeficit/ hyperactivity disorder. Psychiatry Clin Neurosci; 61(3):255-62,

4.Öncü B, Şenol S Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Etiyolojisi: Bütüncül Yaklaşım. Klinik Psikiyatri 2002;5:111-119

5. DSM-IV-TR. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin. Washington DC. (çeviri Editörü: Köroğlu E), Ankara: Hekimler Yayın Birliği 2007: 116-29

6.Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. Am J Psychiatry 2007; 164:942-948.

7.Özcan ve ark. Okul Çağı Çocuklarında DEHB Yaygınlığı: Bir Ön Çalışma. Turgut Özal tıp merkezi dergisi 5(2,3) :1998

8.Toros F, Tataroğlu C (2002) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: sosyodemografik özellikler, anksiyete ve depresyon düzeyleri. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi; 9: 23-31.

9.Erşan EE, Doğan O, Doğan S, Sümer H. The distribution of symptoms of Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder in school age children in Turkey. Eur Child Adolesc Psychiatry 2004; 13:354-361.

10. Larsson JO, Larsson HMA, Lichtenstein P (2004) Genetic and environmental contributions to stability and change of ADHD symtoms between 8 and 13 years of age: a longitidunal twin study. Child Adolescent Psychiatry, 43(10): 1267-1275.

11. Biederman J, Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder. Lancet 2005; 366:237–48.

12.Barkley RA (1997) Advancing age, declining ADHD. Am J Psychiatry, 154:1323-1325.

13.Rucklidge JJ. Gender differences in attention-deficit/hyperactivity disorder. Psychiatr Clin North Am 2010; 33:357-373

14.Rowland AS, Lesesne CA, Abramowitz AJ. The epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a public health view. Ment Retard Dev Disabil Res Rev 2002; 8: 162-70.

15.Spetie L, Arnold EL. Attention Deficit Hyperactivity Disorder, In: Martin A, Fred RW (eds), Lewis's Child and Adolescent Psychiatry, A Comprehensive Textbook, Philadelphia: Williams&Wilkins, 2007: 430-54.3

16.Barkley RA, Fischer M, Edelbrock CS, Smallish L (1990) The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria I: an 8 year prospective follow up study. J Acad Child Adolesc Psychiatry; 29(4):546-57.

17.Yazgan MY (1998) Dikkat eksikliği hiperaktivte bozukluğunun klinik özellikleri: komorbidite ve ayırıcı tanı. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları; 3: 417-425.

18.Coolidge F, Thede L, Young S. Heritability and the comorbidiy of attention deficit hyperactivity disorder with behavioral disorders and executive function deficits: a preliminary investigation. Dev Neuropsychol 2000; 17: 273-87.

19.Thapar A, Harrington R, Ross K, McGuffin P. Does the definition of ADHD affect heritability? J Am Acad Child Psychiatry 2000; 39: 1528-36

20.Martin N, Scourfield J, McGuffin P. Observer effects and heritability of childhood attention-deficit hyperactivity disorder symptoms. Br J Psychiatry 2002; 180: 260-5

21.Comings DE, Comings BG, Muhleman D, Dietz G, Shahbahrami B, Tast D, Knell E, Kocsis P, Baumgarten R, Kovacs BW, et al. JAMA. 1991 Oct 2;266(13):1793-800

22.Barkley RA, Smith KM, Fischer M, Navia B. 6. An examination of the behavioral and neuropsychological correlates of three ADHD candidate gene polymorphisms (DRD4 7+, DBH TaqI A2, and DAT1 40 bp VNTR) in hyperactive and normal children followed to adulthood. Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet. 2006 Jul 5;141B(5):487-98

23. Faraone SV, Doyle AE, Mick E, Biederman J. Meta-analysis of the association between the 7-repeat allele of the dopamine D(4) receptor gene and attention deficit hyperactivity disorder. Am J Psychiatry. 2001 Jul;158(7):1052-7.

24.Hauser P, Zametkin AJ, Martinez P, et al. (1993). "Attention deficit-hyperactivity disorder in people with generalized resistance to thyroid hormone". N. Engl. J. Med. 328 (14): 997–1001

25.Giedd JN, Blumenthal J, Jeffries NO, et al. Brain developmentduring childhood and adolescence: a longitudinal MRI study. Nat Neurosci 1999; 2: 861-3.

26.Shaw P, Eckstrand K, Sharp W, et al. Attention-deficit/ hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. Proc Natl Acad Sci USA 2007; 104: 19649-54

27.Castellanos FX, Giedd JN, Marsh WL, et al. Quantitative brain magnetic resonance imaging in attention-deficit hyperactivity disorder. Arch Gen Psychiatry 1996 ; 53: 607-16.

28.Castellanos FX, Giedd JN, Berquin PC, et al. Quantitative brain magnetic resonance imaging in girls with attentiondeficit/hyperactivity disorder. Arch Gen Psychiatry 2001; 58:289-95.

29.Kim BN, Lee JS, Shin MS, Cho SC, Lee DS. Regional cerebral perfusion abnormalities in attention deficit/hyperactivity disorder. Statistical parametric mapping analysis. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2002; 252: 219-25.

30.Durston S. A review of the biological bases of ADHD: what have we learned from imaging studies? Ment Retard Dev Disabil Res Rev 2003; 9: 184-95.

31.Bush B, Frazier JA, Rauch SL, et al. Anterior cingulate cortex dysfunction in attention deficit/hyperactivity disorder revealed by fMRI and the counting stroop. Biol Psychiatry 1999;45:1542-52.

32.Lee JS, Kim BN, Kang E, et al. Regional cerebral blood flow in children with attention deficit hyperactivity disorder: comparison before and after methylphenidate treatment. Hum Brain Mapp 2005; 24: 157-64.

33.Şenol S. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı, Çetin Çuhadaroğlu F (ed), Ankara: Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları 2008; 293-311.

34.Steinhausen HC, Drechsler R, Földenyl M ve ark. (2003) Clinical course of attention-deficit/ hyperactivity disorder from childhood toward early adolescence. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1085-1092.

35.Chronis AM, Lahey BB, Pelham WE ve ark. (2003) Psychopathology and substance abuse in parents of young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 42(12):1424-1432.

36.Jellinek ME (1960). The Diseasa Concept of Alcoholism. New Haven: Collage and University Press.

37.Biederman J, Mick E, Faraone SV. Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. Am J Psychiatry 2000; 157: 816-8.

38. Kaufman J., Birmaher B., Brent D., Rao U., et al. Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (KSADS- PL):

Initial Reliability and Validity Data J Am Acad Child Adolesc Psychiatry Volume 36, Issue 7, July 1997, Pages 980-988.

39.Geller B (1997) Discussion of "Attention deficit hyperactivity disorder with bipolar disorders; a familial subtype." J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 36:1387-1388.

40.Mick E, Faraone SV (2000) Age-dependent decline of symtoms of attention deficit hyperctivity disorder: Impact of remission definition and symtom type. Am J Psychiatry, 157(5): 816-819

41.Weiss G, Weiss M. Attention Deficit Hiperactivity Disorder. Lewis M, ed. Child and Adolescent Psychiatry, A Comprehensive Textbook, third edition. Philadelphia, Lippincott Williamns and Wilkins, 2003: 645–670

42. Gül N, Tiryaki A, Kültür EC, Topbas M, Ak I (2010) Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and comorbid disruptive behavior disorders among school age children in Trabzon. Bulletin of Clinical Psychopharmacology; 20: 50-56.

43.Taylor E, Sonuga-Barke E. Disorders of attention and activity. In Rutter M, Pine D (eds), Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, 5th Edition, Massachusets Blackwell Publishing,2008: 521-43

44.Rommelse NNJ, Altink ME, Fliers EA, Martin NC, Buschgens CJM, Hartman CA, et al. (2009) Comorbid problems in ADHD: Degree of association, shared endophenotypes, and formation of distinct subtypes. Implications for a future DSM. J Abnorm Child Psychol; 37(6):793-804).

45.Hecthman L, Etcovitch J, Platt R, et al. Does multimodal treatment of ADHD decrease other diagnoses? Clin Neurosci Res 2005; 5: 273-82.

46. APA (American Psychiatric Association). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed. Revised, 1987). APA Press, Washington DC

47.Barkley RA. History. Barkley RA, ed. Atttention Deficit Hyperactivity Disorder, third edition. Guilford Pres, New York, 2006: 3-75

48.Erman Ö, Turgay A, Öncü B, Urdarivic V (1999) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuk ve gençlerde komorbidite: yaş ve cinsiyet farklılıkları . Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi; 6: 12-18

49. APA (American Psychiatric Association). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., 1994). Washington, DC: American Psychiatric Association.

50.Bauermeister JJ, Shrout PE, Ramirez R, Bravo M, Alegria M, Martinez-Taboas A ve ark. (2007) ADHD correlates, comorbidity, and impairment in community and treated samples of children and adolescents. J Abnorm Child Psychol; 35(6):883-98.

51.Gillberg C, Gillberg IC, Rasmussen P, Kadesjö B, Söderström H, Rastam M, et al. (2004) Co-existing disorders in ADHD implications for diagnosis and intervention. Eur Child Adolesc Psychiatry; 13 Suppl 1:I80-92. 13: 80-92

52.Cunningham CE, Boyle MH (2002) Preschoolers at risk for attention deficit hyperactivity disorder and oppositional deviant disorder: Family, paren ting and behavioral correlates. J Abnorm Child Psychol; 30(6):555-69

53.Jensen PS, Martin D, Cantwell DP (1997) Comorbidity in ADHD: implications for research, practice, and DSM-IV. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry; 6(8):1065-79.

54.Pliszka SR (1998) Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with psychiatric disorder: An overwiev. J Clin Psychiatry; 59 Suppl 7:50-8

55.Jensen PS, Shervette RE 3rd, Xenakis SN, Richters J (1993) Anxiety and depressive disorders in attention deficit disorder with hyperactivity: new findings. Am J Psychiatry;150(8):1203-9

56. Piazza, 1988 Piazza NJ, Wise SL (1988). An Order -Theoretic Analysis of Jellinek's Disease Model of Alcoholism. Int J Addict;23: 387–397.

57. Öztürk, 1995 Öztürk MO (1995). Ruh Saglıgı ve Hastalıkları. 6. Baskı, Ankara: MEDKOMAT Basım Yayın San. Tic.

58. Pumarega A J, Kilgus M D, Rodriguez L Adolescents. Lowinson J H, Ruiz P, Millman R B, Langrod J G (editors) Substance Abuse. 4 Baskı Philedalphia Lipincott Williams& Wilkins, 2005: 1021–1037.

59. . Dukarm CP ve ark.2001Dukarm CP, Byrd RS, Auinger P, Weitzman M. Illicit substance use, gender, and the risk of violent behavior among adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med 2001; 150: 797–801.

60. Ögel K, Çorapçıoğlu A, Sır A, Tamar M, Tot Ş, Doğan O, Uğuz Ş, Yenilmez Ç, Bilici M, Tamar D, Liman O. Dokuz ilde ilk ve ortaöğretim öğrencilerinde tütün, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. Türk Psikiyatri Dergisi 2004; 15: 112–118

61.Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. Archives of General Psychiatry. 2005;62:593–602).

62. Grant BF, Stinson FS, Harford T. The 5- year course of alcohol abuse among young adults. J Subst Abuse 2001; 13(3): 229-38.

63. WHO Regional Office for Europe. Rehn N, Room R, Edwards G. Alcohol in the European Region-consumption, harm, and policies. World Health Organization, 2001.

64.Hibell B, Andersson B, Bjarnason T, et al. The ESPAD Report 2003: Alcoholand Other Drug Use Among Students in 35 European Countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs. Stockholm; 2004.

65. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Ross J, Hawkins J, et al. Youth Risk Behavior Surveillance - United States, 2007. MMWR Surveill Summ 2008; 57(4): 1-131.

66. Gökler B., Ünal F., Pehlivantürk B., Kültür E.Ç., Akdemir D., Taner Y. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi -

şimdi ve yaşam boyu şekli- Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirliği Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 2004,11(3):109-116.

67. Ercan O, Alikaşifoğlu M, Erginöz E, ve ark. İstanbul lise gençlerinde riskli davranışların sıklığı ve cinsiyete göre dağılımı (Cerrahpaşa Gençlik Sağlığı Araştırması 2000). Türk Pediatri Arşivi 2001; 36(4): 199-211.

68. Kara B, Hatun M, Aydoğan M, ve ark. Kocaeli ilindeki lise öğrencilerinde sağlık açısından riskli davranışların değerlendirilmesi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2003; 46(1): 30-7

69. Pıers, E. V. & Harrıs, D. (1964). Age and other correlates of self-concept in children. Journal of Educational Psychology, 55, 91-95.

70. Pıers, E. V. (1969). Manual of Piers-Harris Children's Self-Concept Scale, Nashville: Counsellor Recordings and Tests.

71. Ögel K, Tamar D, Evren C, Çakmak D. Lise gençleri arasında sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. Türk Psikiyatri Dergisi 2001; 12(1): 47-52.

72. Akvardar Y., Aslan B., Ekici Z.B., Öğün E., Şimşek T.; "Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 2 öğrencilerinde sigara, alkol, madde kullanımı", Bağımlılık Dergisi 2001; 2(2): 49-52.

73. Çelikol A.; Alkol kullanım bozuklukları ve tedavisi. Cilt 1. Sayı 2. İçinde: Tamar M., Aydın C: Ergenlikte alkol kullanımı. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları. 1996, 305-323.

74. Grant B.F Prevalence and correlates of alcohol use and DSM-IV alcohol dependence in United States; results of the National Longitudinal Alcohol Epidemiology Survey . J Stud Alcohol 1997; 58 (5): 464-471.

75. Grant B.F., Harford T.C., Dawson D.A., Chou P., Dufour M., Pickering R.; "Prevalence of DSM-IV alcohol abuse and dependence; United States, 1992", Alcohol Health Res World 1994; 18 (3):243-249.

76. Wilsnack S.C., Wilsnack R.W. “Epidemiology of women’s drinking” J Subst Abuse Treat 1991; 3:133-157.

77. Wayne H. Maree T. “The 12. Month prevalence of substance use and ICD-10 substance use disorders in Australian”, Addiction 1999; 94(10):1541-1551.

78. Jernigan D (2001). Global Status Rapor. Alcohol and Young People. WHO, Geneve. http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.1.pdf.

79. İlhan İÖ, Demirbaş H, Yarpuz AY, Doğan YB. Alkol bağımlılığında remisyon süresi üzerinde etkili olan değişkenler. Bağımlılık Dergisi 2003; 4(2): 57-61.

80. Aslan D (2005). Dünyada ve Türkiyede Tütün Kontrolünde Yeni Bir Dönem Basladı: Tütün Kontrolü Çerçeve Sözlesmesi. Sted.cilt 14 sayı 1 sayfa 19–21.

81 Tuğlu C., Güzelant A., Erdoğan S., Şenevli B., Abay E.; “Hekimlerde sigara içme alışkanlığı ve ruhsal örüntü” Bağımlılık Dergisi 2000; 1(1): 32-42.

82. Corrao MA, Guindon GE, Cokkinides V, Sharma N (2000). Building the Evidence Base for Global Tobacco Control. Bulletin of the World Health Organization; 78(7): 884–890.

83.Öztürk Y.,Mualla, A. (1988) "Tütünün Tarihçesi". Ya Sigara Ya Sağlık, Kayseri : Bayrak.

84. Türkoglu A. Gıda maddeleri (1979). İstanbul; İstanbul Üniversitesi Yayını No. 2563.1979; 188–196.

85. Barış, İzzettin (1997) "Tütünün Dünya'da ve Türkiye'de Tarihçesi", Sigara ve Gençlik, Ankara : T.C Kültür Bakanlığı Yayını.

86. Piers-Harris Çocuklarda Öz-Kavramı Ölçeği El Kitabı Ankara: Türk Psikologlar Derneği 1996

87. TÜBİTAK (2006). Vizyon 2023 Teknoloji Öngörüsü Projesi Sağlık ve İlaç Paneli Sağlık Hizmetleri Alt Grubu; Rapor–1.

88. Kaufman N, Yach D (2000) Tobacco Control-Challenges and Prospects. Bulletin of the World Health Organization; 78(7):867.

89. MNWR (2002). Annual Smoking-Attributable Mortality, Years of Potential Life Lost, and Economic Costs-United States, 1995–1999. MMWR Morb Mortal Wkly Rep;51: 300–3.

90. Sezer R.E (2002). Dünyada ve Türkiye'de Sigara Tüketim Eğilimleri. Hipokrat Dergisi;11: 56–63.

91. TUIK (2008) Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, Ankara. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?tb_id=6&ust_id=1

92. The second decade: Improving adolescent health and development, World Health Organization,Geneva, 2001.

93 Türkiye İstatistik Kurumu, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Veri Tabanı, 2010. http://rapor.tuik.gov.tr/reports/rwservlet?adnksdb2&ENVID=adnksdb2Env&report=wa_turkiye_yasgr.RDF&p_yil=2010&p_dil=1&desformat=html (Şubat 5, 2012)

94. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009: Implementing smoke-free environments, The MPOWER package. World Health Organization. France, 2009.

95. Taşçı E, Atan Ş, Durmaz N ve ark. (2005) Kız meslek lisesi öğrencilerinin madde kullanma durumları. Bağımlılık Dergisi, 6: 122-128.

96. Elders MJ, Perry CL, Eriksen MP, Giovino GA. The report of the SurgeonGeneral: Preventing tobacco use among young people. Am J Public Health 1994; 84(4): 543-7.

97. Alikaşifoğlu M, Ercan O. Ergenlerde Madde Kullanımı. Türk Pediatri Arşivi 2002; 37(2): 66-73.

98. Marshall L, Schooley M, Ryan H, Cox P, Easton A, Healton C, et al. Youth tobacco surveillance - United States, 2001-2002. MMWR Surveill Summ 2006; 55(3): 1-56.

99- Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabı. 4. baskı. Çev: Köroğlu E. In: Yüksel N, Sevinçok L. Madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar. 1998, 215-337.

100- Lanier C.A., Nicholson T., Duncan D.; "Drug use and mental well being among a sample of undergraduate and graduate college students", J Drug Educ 2001; 31(3):239-248.

101. Kocabaş A (1988). Orta Dereceli Okul Ögrencilerinde Sigara İçme Alışkanlığı. Ankara Tıp Mecmuası; 41: 9–22.

102 Tümerdem Y, Ayhan B, Emekli U, Özsüt H, Disçi R (1988). Orta öğrenimde Gençlerin Sigara İçmelerindeki Etkinlikler. (Medikososyal bir çalısma). İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası;51: 197–206.

103 Metintaş S, Kalyoncu C, Etiz S (1991). Ülkemizde Lise Çagındaki Gençlerde Sigara Kullanmanın Mediko-sosyal Yönü. Anadolu Tıp Dergisi;13(2): 63–74.

104 Okan N, Sıvka S, Resmi S, Sıvka N (1993). Lise Ögrencilerinde İçki ve Sigara Kullanımı (Gemlik-Bursa). Uludag Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi; 3: 285–289.

105 Dabakoglu T, Kükner S, Vicdan K, Keles G, Ergin T, Gökmen O (1993). Smoking, Drinking and Drug Use in Female Adolescents. Tr J of Medical Sciences;19: 157– 164.

106 Apan E, Karaömerlioğlu Ö, Tanır F, Akbaba M (1994). Adolesan çağda sigara içmede etkili olabilecek faktörler. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı. İzmir:666–668.

107 Bilir N, Doğan BG, Yıldız AN (1997). Sigara İçme Konusundaki Davranışlar ve Tutumlar. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayını, Yayın No:7, Ankara.

108 T.C.Saglık Bakanlıgı (2003). Ankara. www.ntvmsnbc. com\news\237967.asp.

109- Ögel K., Tamar D., Evren C., Çakmak D.; "İstanbul'da lise gençleri arasında sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığı" Klinik Psikiyatri Dergisi 2000; 3(4): 242-246

110. Bilir S, Magden D (1984). Hacettepe Üniversitesi Ögrencilerinin Sigara-Alkol-İlaç Alma ve Uyusturucu Madde Kullanma Alışkanlıgının Araştırılması. Sağlık Dergisi;58(4-6):15-30.

111.Aykut M, Öztürk Y (1989). Erciyes Üniversitesi'nin Çesitli Fakültelerinde Okuyan Ögrencilerin Sigara İçme Durumu ve Bunu Etkileyen Bazı Faktörler. SaglıkDergisi;61(1):60–72.

112. Özdamar K, Canküyer E, Dinçer KS, Türe M (1990). Üniversite Ögrencilerinin Sigara Alıskanlıgı Üzerine Bir Arastırma. Doga-Tr. J. Of Medical Sciences; 14: 669-679.

113. Cimrin A, Ergin S, Akkoçoglu A, Öztürk R (1988). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Ögrenci ve Çalısanlarında Akciger Hastalıklarının Sigara ile İliskisinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi; 3(3):54–61.

114. Çivi S, Sahin TK (1991). Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Saglık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Ögrencilerinin Sigara Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranısları. Aile ve Toplum; 1(1): 49–52.

115. Bilir S, Magden D, San P, Atik B, Artan I, Üstün E (1993). Hacettepe Üniversitesi Ögrencilerinin Sigara Alkol İlaç Alma ve Bagımlılık Yapan Maddeleri Kullanma Alıskanlıgının Arastırılması. Saglık Dergisi; 65(1): 65–75.

116. Özdemir T, Saka O, Artvinli M (1992). Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Ögrencilerinin Sigara İçme Alıskanlıkları ve Sigaranın Saglıga Etkileri Konusundaki Düsünceleri. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi; 9(1–2): 7–10.

117. Keskinler D, Güraksın A, İnandı T, Tufan Y (1998). Atatürk Üniversitesi Ögrencilerinde Sigara İçme Prevalansı ve Etkili Faktörler. VI. Ulusal Halk Saglıgı Kongresi Bildiri Kitabı Adana; s: 467.

118. Evci D, Aycan S (1998). Orta Dogu Teknik Üniversitesi Ögrencilerinde Alkol ve Sigara Alıskanlık Düzeyi ve Buna Etki Eden Bazı Faktörler. 6. Ulusal Halk Saglıgı Kongresi, Adana; 464.

119. Metintas S, Sarıboyacı MA, Nuhoglu S, Metintas M, Kalyoncu C, Etiz E, Özdemir N, Aktas C (1998). Smoking patterns of university students in Eskisehir, Turkey. Public Health; 112(4): 261–264.

120. Goodman R (1999) The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. J Child Psychol Psychiatry 40:791-801.

121. Demirel Y, Sezer RE (2005). Sivas Bölgesi Üniversite Ögrencilerinde Sigara Kullanım Sıklıgı. Erciyes Tıp Dergisi(Erciyes Medical Journal); 27(1): 1–6.

122. Kaya N, Çilli AS (2004). Yurtta Yasayan Kız Üniversite Ögrencilerinde Nikotin Bagımlılıgı ve Yoksunlugun 12 Aylık Yaygınlıgı. Bagımlılık Dergisi; 5: 128–132.

123. Ögel K. Bağımlılığı Önleme Anne-Babalar-Öğretmenler İçin Kılavuz. İstanbul, IQ Kültür Sanat Yayıncılık, 2002.

124. Ögel K, Erol B. Çocuklarda Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı "Çocuğum Madde Bağımlısı Olmasın". Ankara, Morpa Kültür Yayınları, 2005.

125. Steinberg L. Ergenlik. F Çok (Çev.), Ankara, İmge Kitabevi, 2007, s.489-499.

126. Kutlu R, Çivi S (2006) Seydişehir Meslek Yüksek Okulu öğrencilerinde sigara kullanma durumu ve etkileyen faktörler. Bağımlılık Dergisi, 7: 71-79.

127. Akvardar Y, Turkcan A, Yazman U, Aytaçlar S, Ergor G, Cakmak D. Prevalance of alcohol use in İstanbul. Psychol Rep 2003; 92(3 Pt 2): 1081-8.

128.Ney,T. Gale,A. (1989) Smoking and Human Behavior. New York: John Willey

129. Çuhadaroğlu ÇF, Canat S, Kılıç E, ve ark. TUBA Raporları: Ergen ve ruhsal sorunları durum saptama çalışması. Tübitak Matbaası, Ankara, 2003.

130. Adelekan M.L. , Abiodun O.A., Obayan A.O., Oni G., Ogunremi O.O.; "Prevalence and pattern of substance use among undergraduates in a Nigerian University", Drug Alcohol Depend 1992; 29(3):255 61.

131- Karam E. , Melhem N. , Mansour C. , Maolouf W. , Saliba S. , Chami A.; "Use and abuse of licit and illicit substances; prevalence and risk factors among sutdents in Lebanon", Eur Addict Res 2000; 6(4):189-97.

132- Hansen M.A., Schumacher C., Ingle D.E., Middaugh J.P., Mehrkens H.L.; "Tobacco use among Alaska youth", Alaska Med 1996; 38(1):26-30.

133- Steptoe A., Wardle J., Smith H., Kopp M., Skrabski A., Vinck J., Zotti A.M.; "Tobacco smoking in young adults from 21 European countries; association with attitudes and risk awareness", Addiction 1995;90(4) 571-82.

134. Rose JS, Chassin L, Presson CC et al (1996) Demographic Factors in Adult Smoking Status: Mediating and Moderating Influences. Psychol Addict Behav, 10: 28–37.

135. Ögel K, Tamar D, Çakmak D. Madde kullanımı sorununda Türkiye'nin yerine bir bakış. Türk Psikiyatri Dergisi 1998; 9: 301–307

136. www. hürriyetim.htm 'Uyuşturucu Yaşı 13', 19 Mart 2002.

137. Conrad KM, Flay BR, Hill D. Why children start smoking cigarettes: predictors of onset. Addic 1992;87:1711-24.

138. Yazıcı H, Ak İ. Çocukların sigara içen ve içmeyenleri algılama biçimleri. Bağımlılık Dergisi 2006;7:84-90.

139. Ekşi A. Gençlerimiz ve Sorunları. İstanbul, İ.Ü. Edebiyat Fakültesi Yayınları,1982, s.44-46.

140. Ekşi A. Çocuk, Genç, Ana Babalar. Ankara, Bilgi Yayınevi, 1990, s.101-1,……

141. Hogan MJ. Diagnosis and treatment of teen drug use. Med Clin North Am 2000; 84:927-966.

142. Ögel K, Uguz Ş, Sır A, Yenilmez Ç, Tamar M, Çorapçıoğlu A, Doğan O, Tot Ş, Bilici M, Tamar D, Evren C, Liman O. Türkiye'de ilköğretim ve ortaöğretim gençliği arasında esrar kullanım yaygınlığı. Bağımlılık Dergisi 2003; 4: 15–19.

143. Johnson D, Golub A. Socıocultural isues. Lowinson J H, Ruiz P, Millman R B, Langrod J G. (editors).Substance abuse a comprehensive textbook,. 4. edition, Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia: 2005: 107–120.

144. Jackson C, Henriksen L, Dickinson D, Levine WD. The early use of alcohol and tobacco: its relation to children's competence and parents' behavior. Am J Public Health 1997; 87:359-364.26.

145. Gülerce A. Türkiye'de Ailelerin Psikolojik Örüntüleri. İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 19

146. Tuğrul C. Gençlik Dönemi Aile Sorunlarını Değerlendirme Ölçeği: Faktör yapısı, geçerlik ve güvenirlik çalışması. Türk Psikoloji Dergisi 1996; 11:25-43.

147. Herken H. Gençlerin Sigara Kullanma Davranışına Anne-Baba Tutumunun, Sosyokültürel Değişkenlerin ve Sosyal Öğrenmenin Etkileri. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Konya, Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, 1997.

148. Bahar HH. Sigara Alışkanlığının Oluşmasında Üniversite Öğrencileri Üzerinde Etkili Olan Sosyo-Ekonomik Faktörler. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Erzurum, Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2001. 96.

149.Bauman KE, Foshee VA, Linzer MA ve ark. (1990) Effect of parental smoking. Addict Behav, 15:413-422.

150-Cohen DA, Richardson J, La Bree L.Parenting Behaviours and the onset of smoking and alcohol use:a Longitudinal study. Pediatrics. 1994, 94:368-75.

151.Reimers TM, Pamprehn PR, Becker SL,Becker SL, Lauer RM: Fathers for adolescent cigarette smoking. The muscatin study. Am J. Dischild. 1990: 144:1265-72.

152.Hops H, Tildesley E, Lichhenstein Ary D,Sherman L: Parent- Adolescent problem solving interactions and drug use. Am J. Drug Alcohol Abuse.1990: 16:239-58.

153 Kulaksızoğlu A. Ergenlik Psikolojisi, Remzi Kitabevi, İstanbul, 2001.

154. Özlü T. Sigara hakkında bilmek istediklerinizi. Beyaz Yayınları, İstanbul, 2002

155. Jackson C. Initial and experimental stages of tobacco and alcohol use during late childhood:relation to peer, parent, and personal risk factors. Addictive Behaviors 1997;22(5): 685-97.

156. Doğanavşargil G. Ö. ve ark. EÜTF Psikiyatri Anabilim Dalı Bağımlılık Tedavi Biriminin Hasta Verilerinin On Yıllık Geriye Dönük Olarak İncelemesi: Madde Kullanan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri. Bağımlılık Dergisi 2004; 5: 115-120

157. Evren C, Çakmak D. Alkol ve madde kullananların özellikleri: 2000 yılına ait AMATEM'e yatan hasta verilerinin incelenmesi. Düşünen Adam 2001; 14: 142–149.

158. Odabaşı, G. N. (1992) Sigara Alışkanlığının Türk Toplumunda Dağılımı ve Özellikleri. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,(Yayınlanmamış Doktora Tezi), İstanbul

159. Landrine H, Richardson JL, Klonoff EA, Flay B. "Culturel Diversity in Predictory Of Adolescant Cigarette Smoking". The Relative Influence Of Peers, J.Behav Med. 1994 Jun;17(3):331-46.

160. Low WY, Zulkifli SN, Yusof K, Batumalail S, Aye KW. The drug abuse problem in Peninsular Malaysia: parent and child differences in knowledge, attitudes and perceptions. Drug Alcohol Depend. 1996 Oct;42(2):105-15.

161.Glikswan M,Dwyer T,Wlodarezyk, J. (1989) “Cigarette Smoking in Australian School Children” Med.1 Agut. 1989:81-84 fluence Of Peers, J.Behav Med. 1994:331-346

162.Sabuncuoğlu, H. (1994) Uyuşturucu Bağımlılığı, Ankara :Milli Eğitim Bakanlığı Sağlık İşleri Daire Başkanlığı.

163. Taner Güvenir , Aylin Özbek , Burak Baykara, Haluk Arkar , Birsen Şentürk ,Seçil İncekaş Güçler ve Güçlükler Anketi'nin (GGA) Türkçe Uyarlamasının Psikometrik Özellikleri. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 15 (2) 2008

164. Mare, A .S. (1993) Alkol ve Madde Kötüye Kullanımı Tanı ve Tedavi. (Çev;Doç. Dr. Sezan Koşay, Dr. Kutlu Kamberoğlu),İzmir.

165. WHO,1989:12-15) WHO (1989) Smoking and Its Effects on Health “Report of WHO",Geneva..

166 M.Uğur : Medical Psikoloji 1. Baskı, İstanbul****, 1994: 569-580.

167-Hughes RJ, Fiester S, Goldtein M, Resnick M, Nicholas R, Ziedonis D: Practical guideline for the treatment of patıents with nicotine dependence. Am.J Psychiatry153:10, Supp,s1-30

168 . McNeill AD, West RJ, Jarvis MJ et al (1986) Cigarette Withdrawal Symptoms in Adolescent Smokers. Psychopharmacology, 90: 533–536

169.S hiffman S, Paty JA, Gnys M, et al (1996) First Lapse to Smoking; Within Subjects Analysis of Real- Time Reports. J Consult Clin Psychol, 64: 366–379.

170.Killen JD, Fortmann SP, Telch MJ, et al (1988) Are Heavy Smokers Different from Light Smokers? Journal of American Medical Assocation, 260: 1581–1585.

171.Pomerleau OF, Kardia SLR (1999) Introduction to the Featured Section: Genetic Research on Smoking, Health Psychology, 18: 3–6.

172.Sabol SZ, Nelson ML, Fisher C, et al (1999) A Genetic Association for Cigarette Smoking Behavior. Health Psychol, 18: 7–13.

173.Lerman C, Audrain J, Main D, et al (1999) Evidence Suggesting the Role of Specific Genetic Factors in Cigarette Smoking. Health Psychol, 18: 14–20.

174.Tümerdem Y, Ayhan B, Özsüt H. (1986) Orta ve yüksek öğrenim gençleri ve alkol kullanımı. 22. Ulusal Psikiyatri Kongresi. Bilimsel çalışmalar, 22-27

175.Pekşen,Y. (1995) Sigara İçmenin Nedenleri, Epidemiyolojisi,Pasif İçicilik". (EditörA.Tür) Sigaranın Sağlığa Etkileri ve Bırakma Yöntemleri, :1-28 İstanbul: Logos.

176.Rosenberg M (1979) Conceiving the Self. New York: Basic Books. Rosenberg M (1986) Conceiving the Self. Krieger: Malabar, FL

177.Côté JE (2002) The role of identity capital in the transition to adulthood: The individualization thesis examined. J Youth Studies, 5:117-134.

178.Bush SI, Ballard ME, Fromouw W (1995) Attributional style, depressive features and self-esteem: Adult children of alcoholicand nonalcoholic parents. J Youth Adolesc, 24:177-185.

179.Morissette SB, Brown TA, Kamholz BW, et al (2006) Differences Between Smokers and Nonsmokers with Anxiety Disorders. Anxiety Disorder, 20: 597–613. and nonalcoholic parents. J Youth Adolesc, 24:177-185.

180.Lujic C, Reuter M, Netter P (2005) Psychobiological Theories of Smoking and Smoking Motivation. European Psychologist, 10: 1-24.

181.Azak A (2006) Sağlık Memurluğu Öğrencilerinin Sigara Kullanımını Etkileyen Faktörler. Toraks Dergisi, 7: 120–124

182- Caroll KM, Rounsavilla BJ: Psycho-social treatments . In Review of Psychatry, Vol. 14, Eds. Oldham JM, Riba MB, American Psychiatric Press, Washington , 1995;s.127-149.

183. Lohr JB, Flynn K. Smoking and schizophrenia. Schizophr Res 1992; 8:93-102.

184. Benowitz NL. Nicotine addiction. Prim Care 1999; 26:611-631.

185. Pomerleau OF, Pomerleau CS. Research on stress and smoking: progress and problems. Br J Addict 1991; 86:599-603.

186. Black DW, Zimmerman M, Coryell WH. Cigarette smoking and psychiatric disorder in a community sample. Ann Clin Psychiatry 1999; 11:129-136.

187. Kaplan HI, Sadock BJ: Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. 8. Baskı, Williams & Wilkins, Baltimore, 1998.

188. Miller WR, Hedrick KE, Taylor CA: Addictive behaviours and life problems before and after behavioral treatment of problem drinkers. Addictive Behaviors 8:403-412, 1983.

189. Zimmermann RS, Warheit GJ, Ulbrich PM, et al: The relationship between alcohol use and attempts and success at smoking cessation. Addictive Behaviors 15:197-207, 1990.

190. Doğan O. ; "Sivas ilindeki lise öğrencilerinde madde kullanımı yaygınlığı", Bağımlılık Dergisi 2001; 2(2): 53-56

191. Conners CK, Wells KC, Parker JD ve ark. (1997) A new selfreport scale for assessment of adolescent psychopathology: Factor structure, reliability, validity and diagnostic sensitivity. J Abnorm Child Psychol, 25:487-497

192. Kasatura İ(1998). Gençlik ve Bağımlılık. Evrim Yayın Evi. İstanbul.

193. Aslan D (2005). Dünyada ve Türkiyede tütün kontrolünde yeni bir dönem basladı: Tütün kontrolü çerçeve sözlesmesi. Sted; cilt 14 sayı 1 sayfa 19–21.

194.Orak ve ark., 2004, Orak S Özen T, Orak ME (2004). Süleyman Demirel Üniversitesi Öğrencilerinin Sigara, Alkol Alışkanlıkları ve Sosyokültürel Özelliklerinin İncelenmesi. S.D.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 11(3): 1–7.

195.Karlıkaya ve ark. 2006). Karlıkaya C, Öztuna F, Solak ZA, Özkan M, Örsel O (2006). Tütün Kontrolü. Toraks Dergisi; 7(1): 51–64.

196. Karlıkaya C. Tütün ve Ortak Havayolu, Solunum Dergisi, 2005,7:

197.Asut, 1993; Asut Ö (Editör) (1993). Hekim ve Sigara. 1.Baskı, Ankara Türk Tabipler Birliği Yayınları, Maya Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Sti: 45–52.

198. Westermeyer J: The psychiatrist and solvent inhalant abuse: recognition, assessment, and treatment. Am J Psychiatry 1987; 144(7):903-907.

199. Henningfield JE, Clayton R, Pollin W: Involvement of tobacco in alcoholism and illicit drug use. Bt J Addict 85(2):279-291, 1990.

200. Kaner S, Büyüköztürk Ş, İşeri E, Ak A, Özaydın L. Conners-Wells Ergen Öz-Bildirim Ölçeği Uzun Formu: Türk Ergenlerde Psikometrik Özelliklerinin DeğerlendirilmesiKlinik Psikiyatri 2011;14:71 84

201. Güler N, Güler G, Ulusoy H, Bekar M. Lise öğrencileri arasında sigara, alkol kullanımı ve intihar düşüncesi sıklığı. Cumhuriyet Tıp Dergisi 2009; 31(4): 340-5.

202. Conners CK, Sitarenios G, Parker JD ve ark. (1998) The revised Conners' Parent rating scale (CPRS-R): Factor structure, reliability, and criterion validity. J Abnorm Child Psychol,

26:257-268.

203. Kaner S, Büyüköztürk Ş, İşeri E ve ark. (2006b) Yenilenmiş Conners Anababa Dereceleme Ölçeği-Uzun Formunun Türkçe uyarlama çalışması. 16. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi, 20-23 Nisan 2006. Antalya.

204. Conners CK, Sitarenios G, Parker JD ve ark. (1998) Revision and restandardization of the Conners teacher rating scale (CTRS-R): Factor structure, reliability and criterion validity. J Abnorm Child Psychol, 26:279-291.

205. Kaner S, Büyüköztürk Ş, İşeri E ve ark. (2010) Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği Yenilenmiş Uzun Formu: Faktör yapısı, geçerlik ve güvenirlik çalışması.

206. Tuncer C, Tolgay A, Beyazyürek M ve ark: Uçucu madde bağımlısı hastaların psikolojik incelenmesi. 24. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Serbest Bildiriler Kitabı, s.802-806, Ankara, 1988.

207. Görker I. Çocuk ve ergenlerde alkol kullanımı ve alkol bağımlılığı. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi 2010; 3(3): 100-6..

208. Yörükoğlu A: Gençlik Çağı. Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, Ankara, 1988..

209. Tamer M, Aydın C: Ergenlikte madde kullanımı. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları 1996; 1(2):305-321.

210. Herken H, Özkan İ, Çilli A, Bodur S Öğrencilerde alkol kullanım sıklığı ve sosyal öğrenmeyle ilişkisi. Düşünen Adam 2000;13:87- 91

211. Zhang L, Wang W, Zhao Q, Vartiainen E. Psychosocial predictors of smoking among secondary school students in Henan, China. Health Educ Res 2000; 15 (4):415-22.

212. Torabi MR, Bailey WJ, Majd-Jabbari M. Cigarette smoking as a predictors of alcohol and other drug use by children and adolescents: evidence of the "Gateway Drug Effect" J Sch Health 1993;63(7):302-6.

213.Ritchey PN, Reid GS, Hasse LA. The relative influence ofsmoking on drinking and drinking on smoking among high school students in a rural tobacco-growing country. J of Adoles Health 2001;29:386-94.

214. Rounsaville BJ, Kosten TR, Weissman MM, Prusoff B, Pauls D, Anton SF, Merikangas K. Psychiatric disorders in relatives of probands with opiate addiction. Arch Gen Psychiatry. 1991; 48:33–42.

215. Mercer GW, Kohn PM: Child-rearing factors, outhoritarianizm drug use attitudes and adolescent drug use a model. J Genet Psychol 163:159-71, 1980.

216. Sieber MF, Angst J: Alcohol, tobacco and connabis: 12-year longitudinal associations with antecedent social context and personality. Drug Alcohol Depand 25:281-92, 1990.

217. Tol C. Lise Öğrencilerinin Alkol Kullanımını Etkileyen Bazı Değişkenler. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1990.

218. Conners G, Maisto SA, Watson DW. Racial factors influencing college student's ratigs of alcohol's usefulness. Drug Depend 1988; 21:247-252.

219. Çakıcı M, Çakıcı E. Child abuse and its effect on drug use. International Conference of Violence in the Family. Abstract Book, Lefkoşa, 2000, s.40.

220. Derogatis LR. Confirmation of the Dimensional Structure of the SCL-90: A Study in Construct Validation. J Clin Psych. 1977;16:347–356.

221. Gökler, B.: Nevrotik kadın hastaların ilkokul çağındaki çocuklarının ruhsal belirtiler yönünden değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniv Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü, 1978

222. Dağ I. Belirti Tarama Listesi'nin Üniversite Öğrencileri için Güvenilirliği ve Geçerliği. Türk Psikiyatri Dergisi. 1991;2(1).

223. Rescnic M, Bearman L, Blum R, Bauman K, Harris K, Tabor J, et al. Protecting adolescents from harm: Findings from the nationallongitudinal study on adolescent health. JAMA 1997; 27:823- 830.

224. Coombs R, Landsverg J. Parenting style and substance use durink childhood and adolescence. J Marriage Fam 1988; 50:473-482.

225.Wilens TE, Biederman J, Kiely K, Bredin E, Spencer TJ. Pilot study of behavioral and emotional disturbances in the high-risk children of parents with opioid dependence. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995; 34(6):779-85.

226. Tarter RE, Vanyukov M (1994) Alcoholism: a developmental disorder. J Consult Clin Psychol, 62: 1096–1107.

227. Caspi A, Begg D, Dickson N ve ark. (1997) Personality differences predict health-risk behaviors in young adulthood: evidence from a longitudinal study. J Pers Soc Psychol, 73: 1052–1063.

228. Cloninger CR, Sigvardsson S, Bohman M ve ark. (1988) Childhood personality predicts alcohol abuse in young adults. Alcohol Clin Exp Res, 12: 494–505.

229. Jones MC (1968) Personality correlates and antecedents of drinking patterns in adult males. J Consult Clin Psychol, 32: 2–12.

230. Loper RG, Kammeier ML, Haffmann H ve ark. (1973) MMPI characteristics of college freshmen males who later became alcoholics. J Abnorm Psychol, 82: 159–162.

231. Yüncü Z, Kesebir S, Özbaran B, Çelik Y, Aydın C Madde Kullanım Bozukluğu Olan Ergenlerin Ebeveynlerinde Psikopatoloji ve Mizaç: Kontrollü Bir Çalışma Türk Psikiyatri Dergisi 2009; 20(1):5-13

232. Prescott C, Aggen S, Kendler K; Sex-spesific Genetic Influences on the comorbidity of alcoholism and major depression in a population-based sample of US twins. Arch Gen Psychiatry, 2000, 57:803-811.

233. Heath AC, Martin NG, Lynskey MT, Todorov AA, Madden PA. Estimating two-stage models for genetic influences on alcohol, tobacco or drug use initiation and dependence vulnerability in twin and family data. Twin Res. 2002; 5:113–124

234. Lin SW, Anthenelli RM. Genetics factors in the risk for substance use disorders. Lowinson JH, Ruiz P, Milmann RB, Langrod JG (editors). Substance Abuse. A comprehensive textbook. Fourth Edition. Lippincott Williams & Willkins Philadelphia 2005; 33–48.

235. Cloninger CR, Bohman M, Sigvardsson S. Inheritance of alcohol abuse. Cross-fostering analysis of adopted men. Arch Gen Psychiatry. 1981; 38:861–868.

236. Heath AC, Bucholz KK, Madden PA, Dinwiddie SH, Slutske WS, Bierut LJ, Statham DJ, Dunne MP, Whitfield JB, Martin NG. Genetic and environmental contributions to alcohol dependence risk in a national twin sample: consistency of findings in women and men.Psychol Med. 1997; 27:1381–1396.

237. Noble EP; Polymorphisms of the D2 Dopamine Receptor Gene in Alcoholism, Cocaine and Nicotine Dependence and Obesity. Handbook of Psychiatric Genetics,1997,331-351.

238. Abay E , Ateş İ Bağımlılığın Genetiği , Genetics of Dependence Bağımlılık Dergisi, 2001; 2(2): 68-70

239. Çöpür M: Uçucu Madde Kullanan Çocukların Psikososyal Özellikleri. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AnaBilim Dalı, İstanbul, 1996

240.Steinhausen HC, Gobel D, Nestler V. Psychopathology in the offspring of alcoholic parents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1984; 23(4):465-71.

241. August GJ, Winters KC, Realmuto GM, Fahnhorst T, Botzet A, Lee S. Prospective study of adolescent drug use among community samples of ADHD and non-ADHD participants J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2006 Jul;45(7):824-32.

242. Molina BS, Pelham WE Jr. Childhood predictors of adolescent substance use in a longitudinal study of children with ADHD. J Abnorm Psychol. 2003 Aug;112(3):497-507

243. Wilens TE. Attention-deficit/hyperactivity disorder and the substance use disorders: the nature of the relationship, subtypes at risk, and treatment issues. Psychiatr Clin North Am. 2004 Jun;27(2):283-301.

244. Molina BS, Pelham WE. Substance use, substance abuse, and LD among adolescents with a childhood history of ADHD. J Learn Disabil. 2001 Jul-Aug;34(4):333-42, 351.

245. Flory K, Milich R, Lynam DR, Leukefeld C, Clayton R. Relation between childhood disruptive behavior disorders and substance use and dependence symptoms in young adulthood: individuals with symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder are uniquely at risk. Psychol Addict Behav. 2003 Jun;17(2):151-8.

246. Molina BS, Pelham WE, Gnagy EM, Thompson AL, Marshal MP Attention-deficit/hyperactivity disorder risk for heavy drinking and alcohol use disorder is age specific.. Alcohol Clin Exp Res. 2007 Apr;31(4):643-54.

247. Upadhyaya HP, Carpenter MJ. Is attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) symptom severity associated with tobacco use? Am J Addict. 2008 May-Jun;17(3):195-8.

248. Dogan YB (2001). Madde Kullanımı ve Bagımlılıgı. Aile ve Toplum Egitim, Kültür ve Arastırma Dergisi; 1: 79–86.

249. Abrantes AM, Strong DR, Ramsey SE, Lewisohn PM, Brown RA. Substance use disorder characteristics and externalizing problems among inpatient adolescent smokers. J Psychact Drugs. 2005;37:391–399.

250. Burke JD, Loeber R, Lahey BB. Which aspects of ADHD are associated with tobacco use in early adolescence? J Chld Psychol Psychiatr. 2001;42:493–502

251. Bussing R, Mason DM, Bell L, Porter P, Garvan C. Adolescent outcomes of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder in a diverse community sample. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2010 Jun;49(6):595-605. Epub 2010 May 1.

252. Elkins IJ, McGue M, Iacono WG. Prospective effects of attention-deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder, and sex on adolescent substance use and abuse. Arch Gen Psychiatry. 2007 Oct;64(10):1145-52.

253.Cantwell DP: Psychiatric illness in the families of hyperactive children. Arch Gen Psychiatry 1972; 27(3):414-7.

254. Pulkkinen L, Pitkänen T. A prospective study of the precursors to problem drinking in young adulthood. J Stud Alcohol. 1994 Sep;55(5):578-87.

255. Biederman J, Wilens T, Mick E, Faraone SV, Weber W, Curtis S, Thornell A, Pfister K, Jetton JG, Soriano J. Is ADHD a risk factor for psychoactive substance use disorders? Findings from a four-year prospective follow-up study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1997;29:546–557.

256. Clark DB, Parker AM, Lynch KG. Psychopathology and substance-related problems during early adolescence: a survival analysis. J Clin Child Psychol. 1999 Sep;28(3):333-41.

257. Loeber R, Stouthamer-Loeber M, White HR. Developmental aspects of delinquency and internalizing problems and their association with persistent juvenile substance use between ages 7 and 18. J Clin Child Psychol. 1999 Sep;28(3):322-32.

258. Molina BSG, Smith BH, Pelham WE. Interactive effects of attention deficit hyperactivity disorder and conduct disorder on early adolescent substance use. Psychol Addict Behav. 1999;13:348–358.

259. Fergusson DM, Lynskey MT, Horwood LJ. Conduct problems and attention deficit behaviour in middle childhood and cannabis use by age 15. Aust N Z J Psychiatry. 1993 Dec;27(4):673-82.

260. Taylor E, Chadwick O, Heptinstall E, Danckaerts M. Hyperactivity and conduct problems as risk factors for adolescent development. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1996 Sep;35(9):1213-26.

261. Flory K, Lynam DR. Clin The relation between attention deficit hyperactivity disorder and substance abuse: what role does conduct disorder play? Child Fam Psychol Rev. 2003 Mar;6(1):1-16.

262. Dustin Pardini, Helene Raskin White, and Magda Stouthamer-Loeber Early Adolescent Psychopathology as a Predictor of Alcohol Use Disorders by Young Adulthood Drug Alcohol Depend. 2007 April ; 88(Suppl 1): S38–S49.

263. Groman SM, James AS, Jentsch JD. Poor response inhibition: at the nexus between substance abuse and attention deficit/hyperactivity disorder. Neurosci Biobehav Rev. 2009 May;33(5):690-8. Epub 2008 Aug 22.

264. Sagvolden T, Johansen EB, Aase H, Russell VA. A dynamic developmental theory of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) predominantly hyperactive/impulsive and combined subtypes. Behav Brain Sci. 2005 Jun;28(3):397-419; discussion 419-68. Review.

265. Koob GF, Le Moal M.Drug abuse: hedonic homeostatic dysregulation. Science. 1997 Oct 3;278(5335):52-8.

266. Robinson TE, Berridge KC. The psychology and neurobiology of addiction: an incentive-sensitization view. Addiction. 2000 Aug;95 Suppl 2:S91-117.

267. Jentsch JD, Taylor JR. Impulsivity resulting from frontostriatal dysfunction in drug abuse: implications for the control of behavior by reward related stimuli. Psychopharmacology (Berl). 1999 Oct;146(4):373-90.

268. Miller EK, Cohen JD. An integrative theory of prefrontal cortex function. Annu Rev Neurosci. 2001;24:167-202.

269. Aron AR, Dowson JH, Sahakian BJ, Robbins TW. Methylphenidate improves response inhibition in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. Biol Psychiatry. 2003 Dec 15;54(12):1465-8.

270. Casey BJ, Trainor RJ, Orendi JL, Schubert AB, Nystrom LE, Giedd JN, Castellanos FX, Haxby JV, Noll DC, Cohen JD, Forman SD, Dahl RE, Rapoport JL. A developmental functional MRI study of prefrontal activation during performance of a Go-No-Go task. Journal of Cognitive Neuroscience. 1997; 9(6), 835– 847.

271. Chamberlain SR, Del Campo N, Dowson J, Muller U, Clark L, Robbins TW, Sahakian BJ. Atomoxetine Improved Response Inhibition in Adults with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Biol Psychiatry. 2007

272. Clark L, Blackwell AD, Aron AR, Turner DC, Dowson J, Robbins TW, Sahakian BJ. Association between response inhibition and working memory in adult ADHD: a link to right frontal cortex pathology? Biol Psychiatry. 2007 Jun 15;61(12):1395-401. Epub 2006 Oct 13.

273. Itami S, Uno H. Orbitofrontal cortex dysfunction in attention-deficit hyperactivity disorder revealed by reversal and extinction tasks. Neuroreport. 2002 Dec 20;13(18):2453-7.

274. Kuntsi J, Andreou P, Ma J, Börger NA, van der Meere JJ. Testing assumptions for endophenotype studies in ADHD: reliability and validity of tasks in a general population sample. BMC Psychiatry. 2005 Nov 1;5:40.

275. Schachar R, Tannock R, Marriott M, Logan G Deficient inhibitory control in attention deficit hyperactivity disorder. J Abnorm Child Psychol. 1995 Aug;23(4):411-37.

276. Aron AR, Poldrack RA. The cognitive neuroscience of response inhibition: relevance for genetic research in attention-deficit/hyperactivity disorder. Biol Psychiatry. 2005 Jun 1;57(11):1285-92. Epub 2004 Dec 23.

277. Ersche KD, Roiser JP, Robbins TW, Sahakian BJ. Chronic cocaine but not chronic amphetamine use is associated with perseverative responding in humans. Psychopharmacology (Berl). 2008 Apr;197(3):421-31. Epub 2008 Jan 24.

278. Fillmore MT, Rush CR. Impaired inhibitory control of behavior in chronic cocaine users. Drug Alcohol Depend. 2002 May 1;66(3):265-73.

279. Monterosso JR, Aron AR, Cordova X, Xu J, London ED. Deficits in response inhibition associated with chronic methamphetamine abuse. Drug Alcohol Depend. 2005 Aug 1;79(2):273-7. Epub 2005 Mar 31.

280.London ED, Simon SL, Berman SM, Mandelkern MA, Lichtman AM, Bramen J, Shinn AK, Miotto K, Learn J, Dong Y, Matochik JA, Kurian V, Newton T, Woods R, Rawson R, Ling W. Mood disturbances and regional cerebral metabolic abnormalities in recently abstinent methamphetamine abusers. Arch Gen Psychiatry. 2004 Jan;61(1):73-84.

281.Thompson PM, Hayashi KM, Simon SL, Geaga JA, Hong MS, Sui Y, Lee JY, Toga AW, Ling W, London ED. Structural abnormalities in the brains of human subjects who use methamphetamine. J Neurosci. 2004 Jun 30;24(26):6028-36.

282.Ernst M, Zametkin AJ, Matochik JA, Jons PH, Cohen RM. DOPA decarboxylase activity in attention deficit hyperactivity disorder adults. A [fluorine-18]fluorodopa positron emission tomographic study. J Neurosci. 1998 Aug 1;18(15):5901-7.

283.Heinz A, Siessmeier T, Wrase J, Buchholz HG, Gründer G, Kumakura Y, Cumming P, Schreckenberger M, Smolka MN, Rösch F, Mann K, Bartenstein P. Correlation of alcohol craving with striatal dopamine synthesis capacity and D2/3 receptor availability: a combined [18F]DOPA and [18F]DMFP PET study in detoxified alcoholic patients. Am J Psychiatry. 2005 Aug;162(8):1515-20.

284. Ludolph AG, Kassubek J, Schmeck K, Glaser C, Wunderlich A, Buck AK, Reske SN, Fegert JM, Mottaghy FM. Dopaminergic dysfunction in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), differences between pharmacologically treated and never treated young adults: a 3,4-dihdroxy-6-[18F]fluorophenyl-l-alanine PET study. Neuroimage. 2008 Jul 1;41(3):718-27. Epub 2008 Feb 29.

285. Martinez D, Kim JH, Krystal J, Abi-Dargham A. Imaging the neurochemistry of alcohol and substance abuse. Neuroimaging Clin N Am. 2007 Nov;17(4):539-55,

286. Matochik JA, London ED, Eldreth DA, Cadet JL, Bolla KI. Frontal cortical tissue composition in abstinent cocaine abusers: a magnetic resonance imaging study. Neuroimage. 2003 Jul;19(3):1095-102.

287. Semrud-Clikeman M, Pliszka SR, Lancaster J, Liotti M. Volumetric MRI differences in treatment-naïve vs chronically treated children with ADHD. Neurology. 2006 Sep 26;67(6):1023-7.

288. Castellanos FX, Giedd JN, Eckburg P, Marsh WL, Vaituzis AC, Kaysen D, Hamburger SD, Rapoport JL. Quantitative morphology of the caudate nucleus in attention deficit hyperactivity disorder. Am J Psychiatry. 2001 Mar;158(3):486-9. Am J Psychiatry. 1994 Dec;151(12):1791-6.

289. Jacobsen LK, Giedd JN, Gottschalk C, Kosten TR, Krystal JH. Quantitative morphology of the caudate and putamen in patients with cocaine dependence. Am J Psychiatry. 2001 Mar;158(3):486-9.

290. Hester R, Garavan H. Executive dysfunction in cocaine addiction: evidence for discordant frontal, cingulate, and cerebellar activity. J Neurosci. 2004 Dec 8;24(49):11017-22.

291. Leland DS, Arce E, Miller DA, Paulus MP.Anterior cingulate cortex and benefit of predictive cueing on response inhibition in stimulant dependent individuals. Biol Psychiatry. 2008 Jan 15;63(2):184-90. Epub 2007 Aug 20.

292. Arnsten AF. Stimulants: Therapeutic actions in ADHD. Neuropsychopharmacology. 2006 Nov;31(11):2376-83. Epub 2006 Jul 19.

293. Biederman J, Arnsten AF, Faraone SV, Doyle AE, Spencer TJ, Wilens TE, Weiss MD, Safren SA, Culpepper L. New developments in the treatment of ADHD. J Clin Psychiatry. 2006 Jan;67(1):148-59.

294. Andersen SL, Arvanitogiannis A, Pliakas AM, LeBlanc C, Carlezon WA Jr. Altered responsiveness to cocaine in rats exposed to methylphenidate during development. Nat Neurosci. 2002 Jan;5(1):13-4.

295.Mague SD, Andersen SL, Carlezon WA Jr. Early developmental exposure to methylphenidate reduces cocaine-induced potentiation of brain stimulation reward in rats. Biol Psychiatry. 2005 Jan 15;57(2):120-5.

296. Biederman J, Monuteaux MC, Spencer T, Wilens TE, Macpherson HA, Faraone SV. Stimulant therapy and risk for subsequent substance use disorders in male adults with ADHD: a naturalistic controlled 10-year follow-up study. Am J Psychiatry. 2008 May;165(5):597-603. Epub 2008 Mar 3.

297. Mannuzza S, Klein RG, Truong NL, Moulton JL 3rd, Roizen ER, Howell KH, Castellanos FX. Age of methylphenidate treatment initiation in children with ADHD and later substance abuse: prospective follow-up into adulthood. Am J Psychiatry. 2008 May;165(5):604-9. Epub 2008 Apr 1.

298. Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA, Sklar P. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. Biol Psychiatry. 2005 Jun 1;57(11):1313-23. Epub 2005 Jan 21.

299. Cornish KM, Manly T, Savage R, Swanson J, Morisano D, Butler N, Grant C, Cross G, Bentley L, Hollis CP Association of the dopamine transporter (DAT1) 10/10-repeat genotype with ADHD symptoms and response inhibition in a general population sample. Mol Psychiatry. 2005 Jul;10(7):686-98.

300. Gill M, Daly G, Heron S, Hawi Z, Fitzgerald M. Confirmation of association between attention deficit hyperactivity disorder and a dopamine transporter polymorphism. Mol Psychiatry. 1997 Jul;2(4):311-3.

301. Lee SS, Lahey BB, Waldman I, Van Hulle CA, Rathouz P, Pelham WE, Loney J, Cook EH. Association of dopamine transporter genotype with disruptive behavior disorders in an eight-year longitudinal study of children and adolescents. Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet. 2007;144:310–7.

302. Roman T, Schmitz M, Polanczyk G, Eizirik M, Rohde LA, Hutz MH. Attention-deficit hyperactivity disorder: a study of association with both the dopamine transporter gene and the dopamine D4 receptor gene. Am J Med Genet. 2001 Jul 8;105(5):471-8.

303. Swanson JM, Flodman P, Kennedy J, Spence MA, Moyzis R, Schuck S, Murias M, Moriarity J, Barr C, Smith M, Posner M Dopamine genes and ADHD. Neurosci Biobehav Rev. 2000 Jan;24(1):21-5.

304. Guindalini C, Howard M, Haddley K, Laranjeira R, Collier D, Ammar N, Craig I, O'Gara C, Bubb VJ, Greenwood T, Kelsoe J, Asherson P, Murray RM, Castelo A, Quinn JP, Vallada H, Breen G. A dopamine transporter gene functional variant associated with cocaine abuse in a Brazilian sample. Proc Natl Acad Sci U S A. 2006 Mar 21;103(12):4552-7. Epub 2006 Mar 14.

305. Stapleton JA, Sutherland G, O'Gara C. Association between dopamine transporter genotypes and smoking cessation: a meta-analysis. Addict Biol. 2007 Jun;12(2):221-6.

306. Volkow ND, Chang L, Wang GJ, Fowler JS, Ding YS, Sedler M, Logan J, Franceschi D, Gatley J, Hitzemann R, Gifford A, Wong C, Pappas N. Low level of brain dopamine D2 receptors in methamphetamine abusers: association with metabolism in the orbitofrontal cortex. Am J Psychiatry. 2001 Dec;158(12):2015-21.

307. Nader MA, Morgan D, Gage HD, Nader SH, Calhoun TL, Buchheimer N, Ehrenkaufer R, Mach RH. PET imaging of dopamine D2 receptors during chronic cocaine self-administration in monkeys. Nat Neurosci. 2006 Aug;9(8):1050-6. Epub 2006 Jul 9.

308. Dalley JW, Fryer TD, Brichard L, Robinson ES, Theobald DE, Lääne K, Peña Y, Murphy ER, Shah Y, Probst K, Abakumova I, Aigbirhio FI, Richards HK, Hong Y, Baron JC, Everitt BJ, Robbins TW Nucleus accumbens D2/3 receptors predict trait impulsivity and cocaine reinforcement. Science. 2007 Mar 2;315(5816):1267-70.

309. London ED, Lee B, Tabibnia G, Monterosso J, Farahi J, Aron AR, Poldrack RA, Mandelkern MA, Dahlborn M, Bokarius A, Brody AL, Bilder RM. Association of ventral striatal dopamine D2/D3 receptors with stop-signal reaction time. Soc. Neurosci. Abstr.: 910.13. 2007

310. Wilens TE, Biederman J. Alcohol, drugs, and attention-deficit/ hyperactivity disorder: a model for the study of addictions in youth.J Psychopharmacol. 2006 Jul;20(4):580-8. Epub 2005 Sep 20.

311. Wilens TE, Faraone SV, Biederman J, Gunawardene S. Does stimulant therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. Pediatrics. 2003 Jan;111(1):179-85.

312. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. Harv Rev Psychiatry. 1997 Jan-Feb;4(5):231-44.

313. Arcos-Burgos M, Vélez JI, Solomon BD, Muenke M. A common genetic network underlies substance use disorders and disruptive or externalizing disorders. Hum Genet. 2012 Jun;131(6):917-29. Epub 2012 Apr 11.

314. Steve S. Lee, Kathryn L. Humphreys, Kate Flory, Rebecca Liu, Kerrie Glass Prospective Association of Childhood Attention-deficit/hyperactivity Disorder (ADHD) and Substance Use and Abuse/Dependence: A Meta-Analytic Review Clin Psychol Rev. 2011 April; 31(3): 328–341.

315. Clark DB, Moss HB, Kirisci L, Mezzich AC, Miles R, Ott P. Psychopathology in preadolescent sons of fathers with substance use disorders. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1997;36:495–502

316. Schuckit MA, Smith TL. An 8-year follow-up of 450 sons of alcoholic and control subjects. Archives of General Psychiatry. 1996;53:202–210

317.Morrison JR, Stewart MA: A family study of the hyperactive child syndrome. Biol Psychiatry 1971; 3(3):189- 95

318. Lahey BB, Piacentini JC, McBurnett K, Stone P. Psychopathology in the parents of children with conduct disorder and hyperactivity. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 1988;27:163–170

319. Molina BSG, Pelham WE, Lang AR. Alcohol expectancies and drinking characteristics in parents of children with attention deficit hyperactivity disorder. Alcoholism: Clinical and Experimental Research. 1997;21:557–566).

320. Biederman J, Faraone SV, Keenan K, Benjamin J. Further evidence for family-genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder: Patterns of comorbidity in probands and relatives in psychiatrically and pediatrically referred samples. Archives of General Psychiatry. 1992;49:728–738

321. Iacono WG, Malone SM, McGue M. Behavioral disinhibition and the development of early-onset addiction: Common and specific influences. Annual Review of Clinical Psychology. 2008;4:325–348

322 Young SE, Friedman NP, Miyake A, Willcutt EG, Corley RP, Haberstick BC, Hewitt JK. Behavioral disinhibition: Liability for externalizing spectrum disorders and its genetic and environmental relation to response inhibition across adolescence. Journal of Abnormal Psychology. 2009;118:117–130

323. Szobot CM, Rohde LA, Bukstein O, Molina BSG, Martins C, Ruaro P, Pechansky F. Is attention-deficit/hyperactivity disorder associated with illicit substance use disorders in male adolescents? A community-based case-control study. Addiction. 2007;102:1122–1130. Medicine. 2006;36:167–179

324. Thompson LL, Riggs PD, Mikulich SK, Crowley TJ. Contribution of ADHD symptoms to substance problems and delinquency in conduct-disordered adolescents. Journal of Abnormal Child Psychology. 1996;24:325–347

325. Whitmore EA, Mikulich SK, Thompson LL, Riggs PD, Aarons GA, Crowley TJ. Influences on adolescent substance dependence: Conduct disorder, depression, attention deficit hyperactivity disorder, and gender. Drug and Alcohol Dependence. 1997;4:87–97

326. Boyle MH, Offord DR. Psychiatric disorder and substance use in adolescence. Canadian Journal of Psychiatry. 1991;36:699–705

327. De Sanctis VA, Trampush JW, Harty SC, Marks DJ, Newcorn JH, Miller CJ, Halperin JM. Childhood maltreatment and conduct disorder: Independent predictors of adolescent substance use disorders in youth with attention deficit/hyperactivity disorder. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. 2008;37:785–793.

328. Biederman J, Petty CR, Dolan C, Hughes S, Mick E, Monuteaux MC, et al. The long-term longitudinal course of oppositional defiant disorder and conduct disorder in ADHD boys: findings from a controlled 10-year prospective longitudinal follow-up study. Psychological Medicine. 2008;38:1027–1036).

329.Lambert N. The contribution of childhood ADHD, conduct problems, and stimulant treatment to adolescent and adult tobacco and psychoactive substance abuse. Ethical Human Psychology and Psychiatry. 2005;7:197–221.

330. Frodl T. Comorbidity of ADHD and substance use disorder (SUD): A neuroimaging perspective. Journal of Attention Disorders. 2010;14:109–120

331. Volkow ND, Fowler JS, Wang GJ, Ding Y, Gatley SJ. Mechanism of action of methylphenidate: insights from PET imaging studies. Journal of Attention Disorders. 2002;6:S31–43

332. Carrol KM, Rounsaville BJ (1993) History and significance of childhood ADHD in treatment seeking cocaine abusers. Compr Psychiatry, 34:75-82

333. Kaminer Y. Clinical implications of the relationship between attention-deficit hyperactivity disorder and psychoactive substance use disorders. Am J Addict 1992;1(4):257-264.

334. Wilens TE, Prince JB, Biederman J, Spencer TJ, Frances RJ. Attention-deficit hyperactivity disorder and comorbid substance use disorders in adults. Psychiatr Serv 1995;46(8):761-3, 765.

335. Biederman J, Willens T, Mick E, Milberger S, Spencer TJ, FaraoneSV. Psychoactive substance use disorders in adults with ADHD: effects of ADHD and psychiatric comorbidity. Am J Psychiatry 1995; 152(11):1652-8.

336. Everet CA. Family Therapy for ADHD: Treating Children, Adolescents, and Adult. New York: Guilford Press; 1999.

337. Sher KJ, Walitzer KS, Wood PK ve ark. (1991) Characteristics of children of alcoholics: putative risk factors, substance use and abuse and psychopathology. J Abnorm Psychol, 100:427-448.

338. Pickens RW, Svikis DS, McGue M ve ark. (1995) Common genetic mechanisms in alcohol, drug, and mental disorder comorbidity. Drug Alcohol Depend, 39:129-138.

339. Pelham WE, Lang AR. Can your children drive you to drink alcohol research and health? Alcohol Res Health 1999;23(4): 292-8.

340. Bulletin of the World Health Organization Volume 90, Number 6, June 2012, 401-476 .

EKLER

EK-1:

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Tarihi:
Formu dolduran kişi: ANNE / BABA
Tel: Ev; …….. Cep; ……

Anne adı ve soyadı:
Doğum tarihi veya yaşı : ……
Mesleği:…..
Eğitim düzeyi (Kaç yıl okuduğu?) : …..

Baba adı ve soyadı
Doğum tarihi veya yaşı : ……
Mesleği:…..
Eğitim düzeyi (Kaç yıl okuduğu?) : …..

Toplam aylık geliriniz:

1) **500-1000tl**
2) **1000-1500tl**
3) **1500-2000tl**
4) **2000-2500tl**
5) **2500-3000tl**
6) **3000 ve üzeri**

Sosyal güvenceniz:
1) **Sosyal güvence yok**
2) **SSK**
3) **Bağkur**
4) **Emekli sandığı**
5) **Özel sağlık sigortası**
6) **Yeşil kart**
7) **Diğer (…….)**

Yaşadığınız konut durumu?
1) **Kiracı**
2) **Evsahibi**

Kimlerle yaşıyorsunuz?
1) **Çekirdek aile(anne-baba ve çocuklar)**
2) **Geniş aile (anne baba ve çocuklarla birlikte diğer akrabalardan bir yada birkaçı ile birlikte**
3) **Tek ebeveyn olarak: Anne /baba boşanmış, Anne vefat etmiş/ baba vefat etmiş: anne ile beraber / baba ile beraber**
4) **Diğer (Açıklayınız:…….)**

Kaç çocuğunuz var?

…..

Çocuğunuzun ;

Adı ve soyadı:
Yaşı:
Doğum tarihi:
Cinsiyeti: kız/ erkek
Kaçıncı çocuğunuz:…..
Eğitim durumu(eğitime devam ediyorsa kaçıncı sınıfta olduğu, şuan eğitime devam etmiyorsa kaç yıl okuduğu): …….

Çocuğunuzun son 30 günde okula devamsızlığı var mı?

1) **Devamsızlığı hiç yok**
2) **1-2 gün devamsızlığı var**
3) **3-4 gün devamsızlığı var**
4) **5 gün ve üzeri devamsızlığı var**

Çocuğunuz öğretim hayatı boyunca disiplin cezası aldı mı?

1) **Disiplin cezası aldı.**
2) **Hic disiplin cezası almadı.**

Çocuğunuz öğretim hayatı boyunca sınıfta kaldı mı?

1) **Sınıfta kaldı**
2) **Hic sınıfta kalmadı.**

Sizce çocuğunuzun ders başarı durumu nedir?

1) **Mükemmel**
2) **Cok iyi**
3) **Ortalamanın üzerinde**
4) **Orta duzeyde**
5) **Ortalamanın biraz altında**
6) **Ortalamanın oldukca altında**

EK-2 :

ÇOCUK VE ERGENLERDE SİGARA ALKOL VE MADDE KULLANIMI DEĞERLENDİRME ANKETİ

1.Sigara kullanıyor musun?
1) Evet 2) Hayır

2.Sigarayı ilk kez kaç yaşında denedin? (bir nefes çekmek dahi olsa)
…….

3.İlk denemende ne hissetmiştin?

1) İyi veya kötü hiçbir şey hissetmedim
2) Hoşlandım
3) Tiksindim

4.Şuan sigara kullanıyorsan düzenli kullanıma kaç yaşında başladın? (Bir tane de olsa her gün mutlaka kullanım)
……..

5.Şuan günde ne kadar sigara tüketiyor sun?
1) Bir paketten fazla
2) Yaklaşık bir paket
3) Yarım paket
4) 5-10 tane
5) 5 den az

6.Sigarayı bırakmayı düşünüyor musun?
1) Evet 2) Hayır

7.Şuan sigara kullanmıyorsan sigarayı ilk denediğin günden bu zamana kadar sigara kullandığın bir dönem oldu mu?
1) Evet 2) Hayır

8..Sigarayı ne kadar süre kullanıp bıraktın?
…..

9.Başlama nedenin sence nedir?
1) Sigarayı merak etmek
2) Sigara içme davranışına yada sigara içen birisine özenmek
a. Anneye b.Babaya c.Arkadaşa d. Aile ve arkadaş çevresi dışında sevdiği bir büyük yada sanatçıya
3) Arkadaş önerisi
4) Stres
5) Diğer

10.Ailende sigara içen var mı?
1) Yok 2) Baba 3) Anne 4) Kardeş
11. Kaç tane samimi arkadaşın var?
1) Sıfır 2) Bir tane 3) İki tane 4) Üç tane 5) Dört ve daha fazla

12. Samimi arkadaşlarından kaç tanesi sigara içiyor?
1)Hicbiri 2)Biri 2)İkisi 3)Ücü 4)Dördü ve daha fazlası

13. Sence sigaranın sağlığa zaralı etkileri var mıdır?
1) Evet 2) Hayır

14. Evetse sigaranın ne gibi sağlığa zaralı etkileri olabilir?
……..

15. Marketten sigara alırken herhangi bir zorlukla karşılaşıyor musun?
1)Evet 2) Hayır

16.Günlük ortalama kahve tüketimin nedir?
1) Hiç 2) 1 kupa 3) 2 kupa 4) 3 kupa 5) 4 kupa ve üzeri

17.Alkollü içecek içiyormusun?
1) Evet 2)Hayır

18.Ne tür alkollü içecek içersin?
1) Bira 2)Votka 3)Rakı 4)Şarap

19.Alkollü içecek ilk kez denediğinde kaç yaşındaydın?
…..

20.Bu zaman kadar kaç kez sarhoş oldun?
1)Hiç 2)Bir kez 3)Birden fazla

21.Aile de alkol kullanımı olan var mı?
1)Yok 2)Anne 3)Baba 4)Kardeş (yaş ve cinsiyeti : ……)
5) 1' akraba(kim:……)

22.Aile de alkol kötüye kullanım ve/veya bağımlılık düzeyinde alkol kullanımı olan var mı ?
1)Yok 2)Anne 3)Baba 4)Kardeş(yaş ve cinsiyeti : ……)
5) 1' akraba(kim:……)

23.Sigara ve alkol dışında bağımlılık yapıcı herhangi bir madde denedin mi ?
1)Evet 2)Hayır

24.Denedi isen ilk kaç yaşında denemiştin?
……

25.Hangi maddeleri denedin?
1) Uçucular 2) Esrar 3) Extazy 4) Eroin 5) Benzodiazepam

26.Şuan kullanmakta olduğun bir madde var mı?
1) Evet 2) Hayır

27.Şuan kullanmakta olduğun madde nedir ?
…….

28.Ne sıklıkta ne miktarda kullanırsın?
….

29.Düzenli harçlık alırmısın,
1) Hayır
2) Evet günlük
3) Evet haftalık
4) Evet aylık
30.Haftada ortalama nekadar para harcarsın?
1) 10 tl den az 2) 10 -20 tl 3) 20-50 tl 4) 50 tl den fazla

31. Sana göre şuan almakta olduğun harçlığın ihtiyaçlarını karşılamak için yeterli bir miktar mıdır?
1) Evet 2) Hayır

32. Sana göre okulda ders başarı durumun nedir?
1)Mükemmel
2)Cok iyi
3)Ortalamanın üzerinde
4)Orta duzeyde
5)Ortalamanın biraz altında
6)Ortalamanın oldukca altında

EK-3
GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ (GGA) E 11-17

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

Adınız: .....Kız / Erkek

Doğum Tarihi: .....

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

Belirtmek istediğiniz başka düşünce ya da duygunuz var mı?

Lütfen sayfayı çeviriniz - arka sayfada birkaç soru daha var

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

Evet-Biraz Hayır Evet-OldukçaCiddiEvet-ÇokCiddi

☐ ☐ ☐ ☐

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

Bu güçlükler ne zamandır var?

1 aydan az 1-5 ay 6-12 ay1 yıldan fazla

☐ ☐ ☐ ☐

Bu güçlükler seni ne kadar sıkıntıya sokuyor ya da ne kadar moralini bozuyor mu?

Kesinlikle Hayır Biraz Oldukça fazla çok fazla

☐ ☐ ☐ ☐

Bu güçlükler aşağıdaki alanlarda, günlük yaşamını etkiliyor mu?

	Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça fazla	çok fazla
Ev yaşamı :	☐	☐	☐	☐
Arkadaş ilişkileri :	☐	☐	☐	☐
Sınıf içi öğrenme :	☐	☐	☐	☐
Boş zaman etkinlikleri:	☐	☐	☐	☐

Bu güçlükler çevrendeki insanların(aile, arkadaşlar, öğretmenler vb.) hayatını zorlaştırıyor mu?

Kesinlikle Hayır Biraz Oldukça fazla çok fazla

☐ ☐ ☐ ☐

İmza: ..... Tarih: .....

Yardımınız için teşekkür ederiz

© Robert Goodman, 2005

EK-4:
CONNERS-WELLS ERGEN ÖZBİLDİRİM ÖLÇEĞİ (12-17 YAŞ)

İsim ---------- **Cinsiyeti: K E**

(daire içine alınız)

Doğum tarihi ----------/----------/---------- **Yaşı:** **Sınıfı:**

Ay Gün Yıl

Bugünün Tarihi : ------/------/---------

Ay Gün Yıl

Yönerge: Aşağıdaki maddelerin sizin için Hiç Doğru Değil, Biraz Doğru, Oldukça Doğru, Çok Doğru olup olmadığını gösteren numaraları yuvarlak içine alınız. Hiç Doğru Değil, bir sorunun hiç olmadığını ya da nadiren olduğunu ifade etmektedir. Çok Doğru, bir sorunun çok fazla ya da çok sık olduğu anlamına gelmektedir. Biraz Doğru ve Oldukça Doğru, bu ikisi arasındadır. Lütfen bütün maddeleri yanıtlayınız.

		HİÇ DOĞRU DEĞİL (Hiçbir zaman, nadiren)	BİRAZ DOĞRU (Bazen)	OLDUKÇA DOĞRU (Çoğu kez, Sık sık)	ÇOK DOĞRU (Pek çok kez, Çok sık sık)
1	Ebeveynlerimin çok sert bir disiplini vardır	0	1	2	3
2	Kendimi ağlamaklı hissederim.	0	1	2	3
3	Fırsat bulduğumda kuralları bozarım.	0	1	2	3
4	İstediğimden daha yavaş öğreniyorum	0	1	2	3
5	Kolayca parlarım.	0	1	2	3
6	Çok uzun süre hareketsiz kalamam.	0	1	2	3
7	Ebeveynlerim yalnızca kötü davranışlarımı farkederler.	0	1	2	3
8	Dikkatsizce hatalar yaparım ya da ayrıntılara dikkat etmede sorun yaşarım	0	1	2	3
9	Evimizdeki cezalandırma adil değildir.	0	1	2	3
10	Cesaretsizim.	0	1	2	3
11	Oynarken ya da çalışırken dikkatimi sürdürmekte sorun yaşarım.	0	1	2	3
12	Polisle başım derde girer.	0	1	2	3
13	Okul çalışmalarımı düzenlemekte sorun yaşarım.	0	1	2	3
14	Kolayca patlamaya hazırım.	0	1	2	3
15	Çok uzun süre hareketsiz oturamayacak kadar çok enerjim var.	0	1	2	3
16	Ebeveynlerim benim iyi davranışlarımı ödüllendirmezler ya da farketmezler	0	1	2	3
17	Bana söylenenleri dinlemekte sorun yaşarım.	0	1	2	3
18	Ebeveynlerim çok katıdırlar.	0	1	2	3
19	Kendimi mutsuz ve sıkıntılı hissederim.	0	1	2	3
20	Okul çalışmalarımı ya da günlük işlerimi bitirmekte sorun yaşarım.	0	1	2	3
21	Kuralları çiğnerim.	0	1	2	3
22	Öğrendiğim şeyleri unuturum.	0	1	2	3
23	Kızgın bir yapım var.	0	1	2	3
24	Genellikle kıpır kıpırımdır ve yerimde duramam.	0	1	2	3
25	Ebeveynlerim benden çok şey beklerler.	0	1	2	3
26	İşlerimi ve etkinliklerimi düzenlemede sorun yaşarım.	0	1	2	3
27	Ebeveynlerim beni her zaman eleştiriyor gibidirler.	0	1	2	3
28	Ufak tefek şeyler için çok endişelenirim.	0	1	2	3
29	Bazı insanları incitmek hoşuma gider.	0	1	2	3
30	Okul çalışmalarımı tamamlamam için çok çabalamam gerekir.	0	1	2	3
31	Sinirlerime hakim olamıyorum.	0	1	2	3
32	Hareket etmeden otursam bile içten içe huzursuzluk hissederim.	0	1	2	3
33	Çalışırken, gürültüler beni yaptığım işten alıkoyar.	0	1	2	3

- **Bu proje, M.E.B. Eğitim Araştırma ve Geliştirme Dairesi tarafından desteklenmektedir.**

- **Copyright 1997, 2000 by Psychological Assessment Resource, Inc.**

- **Türkçe çeviri ve uyarlama çalışması (*) Prof. Dr. Sema Kaner, Doç. Dr. Elvan Karacan, Yrd. Doç. Dr. Şener Büyüköztürk, Aylin Ak ve Latife Özaydın tarafından Psychological Assessment Resource, Inc. izni ile yapılmaktadır.**

- ***Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Bölümü Öğretim Üyesi**

34	**Çok fazla düşünmemi gerektiren okul çalışmalarından ve ev ödevlerinden hoşlanmam.**	**0**	**1**	**2**	**3**
35	**Evimizde çok fazla bağırma olur.**	**0**	**1**	**2**	**3**
36	**Başkalarına itiraf etmesem de pek çok şey beni korkutur.**	**0**	**1**	**2**	**3**
37	**İçimde beni gerçekten kötü şeyler yapmaya iten bir şeyler var.**	**0**	**1**	**2**	**3**
38	**Bir şeylerle bir kaç dakikadan fazla uğraşmam zordur.**	**0**	**1**	**2**	**3**
39	**Öfkem başımı derde sokar**	**0**	**1**	**2**	**3**
40	**Ev ödevlerimi yaparken kalkıp dolaşmalıyım.**	**0**	**1**	**2**	**3**
41	**Pek çok şey hakkındaki kararlarım yerinde değildir.**	**0**	**1**	**2**	**3**
42	**Görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybederim (örneğin okul ödevleri, kalemler, kitaplar ya da araçlar).**	**0**	**1**	**2**	**3**
43	**Evimizdeki kurallar çok net değildir.**	**0**	**1**	**2**	**3**
44	**Dışarıya karşı kendimden emin davransam da kendi içimde öyle değilim.**	**0**	**1**	**2**	**3**
45	**Başkalarının malına zarar veririm.**	**0**	**1**	**2**	**3**
46	**Düşüncelerimi sistemli bir şekilde düzenlemekte sorun yaşarım.**	**0**	**1**	**2**	**3**
47	**Pek çok şey beni sinirlendirir**	**0**	**1**	**2**	**3**
48	**Yemek sırasında hareketsiz oturmakta sorun yaşarım.**	**0**	**1**	**2**	**3**
49	**Sessizce oyun oynamakta ya da boş zaman etkinliklerini yapmakta sorun yaşarım.**	**0**	**1**	**2**	**3**
50	**Etrafımda olup bitenler dikkatimi dağıtır.**	**0**	**1**	**2**	**3**
51	**Ailem eğlenceli bir çok şeyi birlikte yapmaz.**	**0**	**1**	**2**	**3**
52	**Tek başına kalmaktan korkarım.**	**0**	**1**	**2**	**3**
53	**Günlük etkinliklerimde unutkanım.**	**0**	**1**	**2**	**3**
54	**Tehlikeli şeyler yapmaktan hoşlanırım.**	**0**	**1**	**2**	**3**
55	**Yapmak zorunda olduğum işlerin sırasını karıştırırım.**	**0**	**1**	**2**	**3**
56	**İnsanlar beni kızdırırlar ve öfkelendirirler.**	**0**	**1**	**2**	**3**
57	**Ellerim ayaklarım hiç durmaz, oturduğum yerde kıpırdanırım.**	**0**	**1**	**2**	**3**
58	**Aynı yerde durmaktansa hareket halinde olmayı severim.**	**0**	**1**	**2**	**3**
59	**Derslerimde geriyim.**	**0**	**1**	**2**	**3**
60	**Oturmam beklenen durumlarda (örneğin, okulda) yerimden kalkarım.**	**0**	**1**	**2**	**3**
61	**Aileme çok yakın değilim.**	**0**	**1**	**2**	**3**
62	**Sinirlenirim.**	**0**	**1**	**2**	**3**
63	**Huzursuzum ya da aşırı hareketliyim.**	**0**	**1**	**2**	**3**
64	**Okuldan kaçarım (Örneğin izinsiz okuldan ayrılırım).**	**0**	**1**	**2**	**3**
65	**Bir konuya bir kerede konsantre olmakta sorun yaşarım.**	**0**	**1**	**2**	**3**
66	**Hala öfkemi kontrol etmede sorun yaşarım.**	**0**	**1**	**2**	**3**
67	**Yalnız biriyim.**	**0**	**1**	**2**	**3**
68	**Bazen kendimi bir motor tarafından sürülüyormuş gibi hissederim.**	**0**	**1**	**2**	**3**
69	**Alınganım ya da kolayca kızdırılırım.**	**0**	**1**	**2**	**3**
70	**Sürekli hareket halindeyim.**	**0**	**1**	**2**	**3**
71	**Ebeveynlerim beni gerçekten umursamazlar .**	**0**	**1**	**2**	**3**
72	**Gelecek bana ümitsiz görünüyor.**	**0**	**1**	**2**	**3**
73	**Bana ait olmayan şeyleri alırım.**	**0**	**1**	**2**	**3**
74	**Sıra ev ödevlerini yapmaya gelince çok düzensizim.**	**0**	**1**	**2**	**3**
75	**Çok fazla konuşurum.**	**0**	**1**	**2**	**3**
76	**Bir çok ağrım ve sızım vardır.**	**0**	**1**	**2**	**3**
77	**Alkollü içecekler içerim.**	**0**	**1**	**2**	**3**
78	**Büyük bir gayretle ve yavaş okurum.**	**0**	**1**	**2**	**3**
79	**Soruların tamamlanmasını beklemeden cevap veririm.**	**0**	**1**	**2**	**3**
80	**Uyuşturucu kullanırım**	**0**	**1**	**2**	**3**
81	**Okumada ve yazmada sorun yaşarım.**	**0**	**1**	**2**	**3**
82	**Sırada beklemekte ya da sıranın bana gelmesini beklemekte sorun yaşarım**	**0**	**1**	**2**	**3**
83	**El yazım kötüdür.**	**0**	**1**	**2**	**3**
84	**Okurken okuduğum yeri kaybederim.**	**0**	**1**	**2**	**3**
85	**Başım kolaylıkla derde girer.**	**0**	**1**	**2**	**3**
86	**Çalışırlarken ya da oynarlarken başkalarını engellerim.**	**0**	**1**	**2**	**3**
87	**Geceleri kabus görürüm.**	**0**	**1**	**2**	**3**

EK-5:

PİERS- HARRİS ÖZ KAVRAM ÖLÇEĞİ

Açıklama: Aşağıda 80 cümle var. Bunlardan sizi tanımlayanları evet, tanımlamayanları ise hayır ile cevaplandırın. Bazı cümlelerde karar vermek zor olabilir. Yine de lütfen bütün cümleleri cevaplayın. Aynı cümleyi hem evet, hem hayır seklinde işaretlemeyin. Unutmayın, cümledeki ifade genellikle sizi anlatıyorsa evet, genellikle sizi anlatmıyorsa hayır olarak işaretleyeceksiniz. Cümlenin size uygun olup olmadığını en iyi siz kendiniz bilebilirsiniz. Bunun için kendinizi gerçekten nasıl görüyorsanız aynen öyle cevaplandırın. Cevaplarınızı işaretlerken, buradaki cümlenin numarası ile cevap kağıdındaki numaranın aynı olmasına dikkat edin.

1. İyi resim çizerim.
2. Okul ödevlerimi bitirmem uzun sürer.
3. Ellerimi kullanmada becerikliyimdir.
4. Okulda başarılı bir öğrenciyim.
5. Aile içinde önemli bir yerim vardır.
6. Sınıf arkadaşlarım benimle alay ediyorlar.
7. Mutluyum.
8. Çoğunlukla neşesizim.
9. Akıllıyım.
10. Öğretmenler derse kaldırınca heyecanlanırım.
11. Dış (fiziki) görünüşüm beni rahatsız ediyor.
12. Genellikle çekingenim.
13. Arkadaş edinmekte güçlük çekiyorum.
14. Büyüdüğümde önemli bir kimse olacağım.
15. Aileme sorun yaratırım.
16. Kuvvetli sayılırım.
17. Sınavlardan önce heyecanlanırım.
18. Okulda terbiyeli, uyumlu davranırım.
19. Herkes tarafından pek sevilen biri değilim.
20. Parlak, güzel fikirlerim vardır.
21. Genellikle kendi dediklerimin olmasını isterim.
22. İstediğim bir şeyden kolayca vazgeçerim.
23. Müzikte iyiyim.
24. Hep kötü şeyler yaparım.
25. Evde çoğu zaman huysuzluk ederim.
26. Sınıfta arkadaşlarım beni sayarlar.
27. Sinirli biriyim.
28. Gözlerim güzeldir.
29. Derse kalktığımda bildiklerimi sıkılmadan anlatırım.
30. Derslerde sık sık hayal kurarım.
31. (Kardeşiniz varsa) Kardeş(ler)ime sataşırım.
32. Arkadaşlarım fikirlerimi beğenir.
33. Basım sık sık belaya girer.
34. Evde bildiklerimin sözünü dinlerim.
35. Sık sık üzülür, meraklanırım.
36. Ailem benden çok şey bekliyor.
37. Halimden memnunum.
38. Evde ve okulda pek çok şeyin dışında bırakıldığım hissine kapılırım
39. Saçlarım güzeldir.

40. Çoğu zaman okul faaliyetlerine gönüllü olarak katılırım.
41. şimdiki halimden daha başka olmayı isterdim.
42. Geceleri rahat uyurum.
43. Okuldan hiç hoşlanmıyorum.
44. Arkadaşlar arasında oyunlara katılmak için bir seçim yapılırken, en son seçilenlerden biriyim.
45. Sık sık hasta olurum.
46. Başkalarına karsı iyi davranmam.
47. Okul arkadaşlarım güzel fikirlerimin olduğunu söylerler.
48. Mutsuzum.
49. Çok arkadaşım var.
50. Neşeliyim.
51. Pek çok şeye aklım ermez.
52. Yakışıklıyım/güzelim.
53. Hayat dolu bir insanım.
54. Sık sık kavgaya karışırım.
55. Erkek arkadaşlarım arasında sevilirim.
56. Arkadaşlarım bana sık sık sataşırlar.
57. Ailemi düş kırıklığına uğrattım.
58. Hoş bir yüzüm var.
59. Evde hep benle uğraşırlar.
60. Oyunlarda ve sporda bası hep ben çekerim.
61. Ne zaman bir şey yapmaya kalksam her şey ters gider.
62. Hareketlerimde hantal ve beceriksizim.
63. Oyunlarda ve sporda, oynamak yerine seyrederim.
64. Öğrendiklerimi çabuk unuturum.
65. Herkesle iyi geçinirim.
66. Çabuk kızarım.
67. Kız arkadaşlarım arasında sevilirim.
68. Çok okurum.
69. Bir grupla birlikte çalışmaktansa tek başıma çalışmaktan hoşlanırım.
70. (Kardeşiniz varsa) Kardeş (ler)imi severim.
71. Vücutça güzel sayılırım.
72. Sık sık korkuya kapılırım.
73. Her zaman bir şeyler düşürür ve kırarım.
74. Güvenilir bir kimseyim.
75. Başkalarından farklıyım.
76. Kötü şeyler düşünürüm.
77. Kolay ağlarım.
78. İyi bir insanım.
79. İşler hep benim yüzümden ters gider.
80. Şanslı bir kimseyim.

Piers-Harris Öz Kavram Ölçeği Cevap Kağıdı

Adınız, Soyadınız:

Tarih:

EVET	HAYIR	EVET	HAYIR	EVET	HAYIR
I. ( )	( )	28. ( )	( )	55. ( )	( )
2. ( )	( )	29. ( )	( )	56. ( )	( )
3. ( )	( )	30. ( )	( )	57. ( )	( )
4. ( )	( )	31. ( )	( )	58. ( )	( )
5. ( )	( )	32. ( )	( )	59. ( )	( )
6. ( )	( )	33. ( )	( )	60. ( )	( )
7. ( )	( )	34. ( )	( )	61. ( )	( )
8. ( )	( )	35. ( )	( )	62 ( )	( )
9. ( )	( )	36. ( )	( )	63. ( )	( )
10. ( )	( )	37. ( )	( )	64. ( )	( )
11. ( )	( )	38. ( )	( )	65. ( )	( )
12. ( )	( )	39. ( )	( )	66. ( )	( )
13. ( )	( )	40. ( )	( )	67. ( )	( )
14. ( )	( )	41. ( )	( )	68. ( )	( )
15. ( )	( )	42. ( )	( )	69. ( )	( )
16. ( )	( )	43. ( )	( )	70. ( )	( )
17. ( )	( )	44. ( )	( )	71. ( )	( )
18. ( )	( )	45. ( )	( )	72. ( )	( )
19. ( )	( )	46. ( )	( )	73. ( )	( )
20. ( )	( )	47. ( )	( )	74. ( )	( )
21. ( )	( )	48. ( )	( )	75. ( )	( )
22. ( )	( )	49. ( )	( )	76. ( )	( )
23. ( )	( )	50. ( )	( )	77. ( )	( )
24. ( )	( )	51. ( )	( )	78. ( )	( )
25. ( )	( )	52. ( )	( )	79. ( )	( )
26. ( )	( )	53. ( )	( )	80. ( )	( )
27. ( )	( )	54. ( )	( )		

EK-6

GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ (GGA) A-B (4-16)

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

Çocuğunuzun Adı: .....Kız / Erkek

Doğum Tarihi: .....

	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru
Diğer insanların duygularını önemser.	□	□	□
Huzursuz ve aşırı hareketlidir, uzun süre kıpırdamadan duramaz.	□	□	□
Sıkça baş ağrısı, karın ağrısı ve bulantı şikayetleri olur	□	□	□
Diğer çocuklarla kolayca paylaşır. (yiyeceğini, oyuncağını, kalemini v.s.)	□	□	□
Sıkça öfke nöbetleri olur yada aşırı sinirlidir.	□	□	□
Daha çok tek başınadır, yalnız oynama eğilimindedir	□	□	□
Genellikle söz dinler, büyüklerin isteklerini yapar.	□	□	□
Birçok kaygısı vardır. Sıkça endişeli görünür	□	□	□
Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş yada kendini kötü hissediyor ise ona yardımcı olur.	□	□	□
Sürekli elleri ayakları kıpır kıpırdır yada oturduğu yerde kıpırdanıp durur.	□	□	□
En az bir yakın arkadaşı vardır.	□	□	□
Sıkça diğer çocuklarla kavga eder yada onlarla alay eder.	□	□	□
Sıkça mutsuz, kederli yada ağlamaklıdır.	□	□	□
Genellikle diğer çocuklar tarafından sevilir.	□	□	□
Dikkati kolayca dağılır. Dikkatini toplamakta güçlük çeker.	□	□	□
Yeni ortamlarda gergin yada huysuzdur. Kendine güvenini kolayca kaybeder.	□	□	□
Kendinden küçüklere iyi davranır.	□	□	□
Sıkça yalan söyler yada hile yapar.	□	□	□
Diğer çocuklar ona takarlar yada onunla alay ederler.	□	□	□
Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, diğer çocuklar) yardım etmeye istekli olur.	□	□	□
Bir şeyi yapmadan önce düşünür.	□	□	□
Ev, okul yada başka yerlerden çalar.	□	□	□
Büyüklerle çocuklardan daha iyi geçinir.	□	□	□
Pek çok korkusu var. Kolayca ürker.	□	□	□
Başladığı işi bitirir, dikkat süresi iyidir.	□	□	□

Belirtmek istediğiniz başka düşünce ya da duygunuz var mı?

Lütfen sayfayı çeviriniz - arka sayfada birkaç soru daha var

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

Evet-Biraz Hayır Evet-OldukçaCiddiEvet-ÇokCiddi

☐ ☐ ☐ ☐

Eğer yanıtınız "evet" ise, lütfen aşağıdaki bu güçlüklere ilişkin soruları yanıtlayınız.
Bir önceki soruda bahsettiğiniz bu güçlükler ne zamandır var?

1 aydan az 1-5 ay 6-12 ay1 yıldan fazla

☐ ☐ ☐ ☐

Bu güçlükler çocuğunuzu sıkıntıya sokuyor yada moralini bozuyor mu?

Kesinlikle Hayır Biraz Oldukça fazla çok fazla

☐ ☐ ☐ ☐

Bu güçlükler aşağıdaki alanlarda, çocuğunuzun günlük yaşamını etkiliyor mu?

	Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça fazla	çok fazla
Ev yaşamı :	☐	☐	☐	☐
Arkadaş ilişkileri :	☐	☐	☐	☐
Sınıf içi öğrenme :	☐	☐	☐	☐
Boş zaman etkinlikleri:	☐	☐	☐	☐

Bu güçlükler size ya da ailenize zorluk yaşatıyor mu?

Kesinlikle Hayır Biraz Oldukça fazla çok fazla

☐ ☐ ☐ ☐

İmza: ..... Tarih: .....

Anne / Baba / Diğer (lütfen belirtiniz):

Yardımınız için teşekkür ederiz

© Robert Goodman, 2005

EK-7:

YENİLENMİŞ CONNERS EBEVEYN DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (3-17 YAŞ)

Çocuğun adı ---------- Cinsiyeti: K E

(daire içine alınız)

Doğum tarihi ----------/----------/---------- Yaşı: Sınıfı:

Ay Gün Yıl

Anne ya da Babanın Adı:---------- Bugünün Tarihi : ------/------/---------

Ay Gün

Yıl

Yönerge: Aşağıda çocukların yaşadıkları yaygın pek çok sorun vardır. Lütfen her bir maddeyi, çocuğunuzun son bir ay içerisindeki davranışlarına göre derecelendiriniz .Her bir madde için kendinize 'Son bir ay içinde bu sorunun ne kadar görüldüğü' sorusunu sorunuz ve her madde için en uygun yanıtı yuvarlak içine alınız. Eğer o davranış hiçbir zaman görülmüyorsa ya da çok seyrek, nadiren görülüyorsa 0'ı işaretleyiniz. Eğer çok sık görülüyorsa 3 ü işaretleyiniz. Bu ikisi arasında kalan derecelendirmeler için 1'i ya da 2'yi işaretleyiniz. Lütfen bütün maddeleri yanıtlayınız.

		HİÇ DOĞRU DEĞİL (Hiçbir zaman, nadiren)	BİRAZ DOĞRU (Bazen)	OLDUKÇA DOĞRU (Çoğu kez, Sık sık)	ÇOK DOĞRU (Pek çok kez, Çok sık sık)
1	Öfkeli ve alıngandır.	0	1	2	3
2	Ev ödevlerini yapmada ya da tamamlamada güçlük çeker	0	1	2	3
3	Sürekli hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi hareket eder.	0	1	2	3
4	Ürkektir, kolayca korkar	0	1	2	3
5	Her şey yerli yerinde olmalıdır	0	1	2	3
6	Hiç arkadaşı yoktur .	0	1	2	3
7	Karnı ağrır.	0	1	2	3
8	Kavga eder.	0	1	2	3
9	Uzun süreli zihinsel çaba göstermeyi gerektiren görevlerden (okul çalışmaları ya da ev ödevleri gibi) kaçınır, isteksizlik gösterir ya da yapmakta zorlanır.	0	1	2	3
10	Görevlerde ya da oyun etkinliklerinde dikkatini sürdürmede güçlük çeker.	0	1	2	3
11	Yetişkinlerle tartışır.	0	1	2	3
12	Ödevlerini tamamlamayı başaramaz	0	1	2	3
13	Çarşıda ya da marketlerde alışveriş sırasında kontrolü zordur	0	1	2	3
14	İnsanlardan korkar	0	1	2	3
15	Bir şeyleri tekrar tekrar kontrol eder.	0	1	2	3
16	Çabuk arkadaş kaybeder	0	1	2	3
17	Ağrıları ve sızıları olur .	0	1	2	3
18	Huzursuzdur ya da aşırı hareketlidir.	0	1	2	3
19	Sınıfta dikkatini toplamada sorunu vardır.	0	1	2	3
20	Kendisine söyleneni dinlemiyor görünür.	0	1	2	3
21	Hiddetlenir.	0	1	2	3
22	Ödevlerini yaparken yakından denetlenmesi gerekir	0	1	2	3
23	Uygun olmayan ortamlarda aşırı bir şekilde koşuşturur ya da tırmanır.	0	1	2	3
24	Yeni durumlardan korkar.	0	1	2	3
25	Temizlik konusunda titizdir.	0	1	2	3
26	Nasıl arkadaş edineceğini bilemez .	0	1	2	3
27	Okula gitmeden önce ağrıları, sızıları ya da karın ağrıları olur.	0	1	2	3
28	Kolay heyecanlanır, düşünmeden hareket eder.	0	1	2	3
29	Yönergeleri izlemez ve okul çalışmalarını, günlük ev işlerini ya da iş yerindeki görevlerini bitiremez (karşı gelme davranışından ya da yönergeleri anlamadığından değil)	0	1	2	3
30	Görevleri ve etkinlikleri düzenlemede güçlük çeker.	0	1	2	3

31	**Sinirlidir.**	**0**	**1**	**2**	**3**
32	**Kıpır kıpırdır, huzursuzdur .**	**0**	**1**	**2**	**3**
33	**Yalnız kalmaktan korkar.**	**0**	**1**	**2**	**3**
34	**Her şey, her zaman aynı şekilde yapılmalıdır.**	**0**	**1**	**2**	**3**
35	**Arkadaşlarının evlerine çok sık davet edilmez.**	**0**	**1**	**2**	**3**
36	**Başı ağrır.**	**0**	**1**	**2**	**3**
37	**Başladığı işi bitiremez.**	**0**	**1**	**2**	**3**
38	**Dikkatsizdir, dikkati kolayca dağılır.**	**0**	**1**	**2**	**3**
39	**Çok konuşur.**	**0**	**1**	**2**	**3**
40	**Yetişkinlerin isteklerine açıkça karşı gelir ya da uymayı reddeder .**	**0**	**1**	**2**	**3**
41	**Ayrıntılara dikkatini veremez ya da okul çalışmalarında iş ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.**	**0**	**1**	**2**	**3**
42	**Sırada beklemekte ya da oyunlarda ve grup etkinliklerinde sıranın kendisine gelmesini beklemekte güçlüğü vardır.**	**0**	**1**	**2**	**3**
43	**Pek çok korkuları vardır.**	**0**	**1**	**2**	**3**
44	**Mutlaka gerçekleştirdiği kalıpsal davranış biçimleri vardır**	**0**	**1**	**2**	**3**
45	**Dikkatinin dağınıklığı ya da dikkatinin süresi sorun yaratır.**	**0**	**1**	**2**	**3**
46	**Hiç bir şeyi yokken hastalıktan yakınır.**	**0**	**1**	**2**	**3**
47	**Öfke patlamaları vardır.**	**0**	**1**	**2**	**3**
48	**Bir şey yapması için yönergeler verildiğinde dikkati dağılır**	**0**	**1**	**2**	**3**
49	**Başkalarını böler ya da zorla araya girer (örneğin başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına burnunu sokar).**	**0**	**1**	**2**	**3**
50	**Günlük etkinliklerde unutkandır.**	**0**	**1**	**2**	**3**
51	**Matematiği kavrayamaz**	**0**	**1**	**2**	**3**
52	**Yemekte lokmalar arasında koşturur durur.**	**0**	**1**	**2**	**3**
53	**Karanlıktan, hayvanlardan ya da böceklerden korkar.**	**0**	**1**	**2**	**3**
54	**Kendisi için çok yüksek hedefler koyar.**	**0**	**1**	**2**	**3**
55	**Elleri ayakları hiç durmaz ya da oturduğu yerde kıpır kıpırdır.**	**0**	**1**	**2**	**3**
56	**Dikkat süresi kısadır.**	**0**	**1**	**2**	**3**
57	**Alıngandır ya da başkaları tarafından kolayca kızdırılır.**	**0**	**1**	**2**	**3**
58	**Özensiz bir el yazısı vardır.**	**0**	**1**	**2**	**3**
59	**Sakin bir biçimde oyun oynamakta ya da boş zaman etkinliklerine katılmakta güçlük çeker.**	**0**	**1**	**2**	**3**
60	**Utangaçtır, çekiniktir.**	**0**	**1**	**2**	**3**
61	**Kendi hataları ya da yanlış davranışları nedeniyle başkalarını suçlar**	**0**	**1**	**2**	**3**
62	**Yerinde duramaz.**	**0**	**1**	**2**	**3**
63	**Evde ya da okulda dağınık ya da düzensizdir**	**0**	**1**	**2**	**3**
64	**Bir başkası ona ait şeyleri yeniden düzenlerse bundan rahatsız olur.**	**0**	**1**	**2**	**3**
65	**Anne babasına ya da diğer yetişkinlere yapışır**	**0**	**1**	**2**	**3**
66	**Diğer çocukları rahatsız eder.**	**0**	**1**	**2**	**3**
67	**Başkalarını kızdıran şeyleri kasıtlı olarak yapar.**	**0**	**1**	**2**	**3**
68	**İstekleri hemen karşılanmalıdır-kolayca sinirlenir.**	**0**	**1**	**2**	**3**
69	**Yalnızca gerçekten ilgi duyduğu şeylere dikkatini verir**	**0**	**1**	**2**	**3**
70	**Kincidir ya da öç almak ister.**	**0**	**1**	**2**	**3**
71	**Görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örneğin okul ödevleri, kalemler, kitaplar, araç gereçler ya da oyuncaklar)**	**0**	**1**	**2**	**3**
72	**Başkalarıyla kıyaslandığında kendini küçük görür.**	**0**	**1**	**2**	**3**
73	**Çoğu zaman yorgun ya da bitkin görünür**	**0**	**1**	**2**	**3**
74	**İmlası zayıftır.**	**0**	**1**	**2**	**3**
75	**Sık sık ve kolayca ağlar.**	**0**	**1**	**2**	**3**
76	**Sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda yerinden kalkar.**	**0**	**1**	**2**	**3**
77	**Ruh hali ani ve çarpıcı bir şekilde değişir**	**0**	**1**	**2**	**3**
78	**Çabalamaktan çabuk vazgeçer**	**0**	**1**	**2**	**3**
79	**Dışsal uyaranlarla dikkati kolayca dağılır.**	**0**	**1**	**2**	**3**
80	**Sorunun tamamlanmasını beklemeden cevabı yapıştırır**	**0**	**1**	**2**	**3**

Bu proje, M.E.B. Eğitim Araştırma ve Geliştirme Dairesi tarafından desteklenmektedir.
Copyright 1997, 2000 by Psychological Assessment Resource, Inc.
Türkçe çeviri ve uyarlama çalışması (*) Prof. Dr. Sema Kaner, Doç. Dr. Elvan Karacan, Yrd. Doç. Dr. Şener Büyüköztürk, Aylin Ak ve Latife Özaydın tarafından Psychological Assessment Resource, Inc. izni ile yapılmaktadır.

EK-8:

SCL–90-R

Aşağıda *"zaman zaman herkeste olabilecek"* yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra her bir durumun, bugün de dahil olmak üzere *son on beş gün içinde* sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önünde alarak, cevap kağıdında belirtilen tanımlamalardan (*Hiç / çok az / Orta derecede / Oldukça fazla / İleri derecede*) uygun olanın (*yalnızca bir seçeneğin*) altındaki parantez arasına bir (X) işareti koyunuz. Düşüncelerinizi değiştirirseniz ilk yaptığınız işaretlemeyi silmeyi unutmayınız. Lütfen anlamadığınız bir cümle ile karşılaştığınızda uygulamacıya danışınız.

	Hiç	Çok Az	Orta Derece	Oldukça Fazla	İleri derece
1. Baş ağrısı	( )	( )	( )	( )	( )
2. Sinirlilik ya da içinin titremesi	( )	( )	( )	( )	( )
3. Zihinden atamadığınız, yineleyici, hoşa gitmeyen düşünceler	( )	( )	( )	( )	( )
4. Baygınlık veya baş dönmesi	( )	( )	( )	( )	( )
5. Cinsel arzu veya ilginin kaybı	( )	( )	( )	( )	( )
6. Başkaları tarafından eleştirilme duygusu	( )	( )	( )	( )	( )
7. Herhangi bir kimsenin düşüncelerimizi kontrol edebileceği fikri	( )	( )	( )	( )	( )
8. Sorunlarımızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu	( )	( )	( )	( )	( )
9. Olayları anımsamada güçlük	( )	( )	( )	( )	( )
10. Dikkatsizlik ve sakarlıkla ilgili endişeler	( )	( )	( )	( )	( )
11. Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi	( )	( )	( )	( )	( )
12. Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar	( )	( )	( )	( )	( )
13. Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi	( )	( )	( )	( )	( )
14. Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali	( )	( )	( )	( )	( )
15. Yaşamınızın sonlanması düşünceleri	( )	( )	( )	( )	( )
16. Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma	( )	( )	( )	( )	( )
17. Titreme	( )	( )	( )	( )	( )
18. Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi	( )	( )	( )	( )	( )
19. İştah azalması	( )	( )	( )	( )	( )
20. Kolayca ağlama	( )	( )	( )	( )	( )
21. Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi	( )	( )	( )	( )	( )

22. Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi	( )	( )	( )	( )	( )
23. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma	( )	( )	( )	( )	( )
24. Kontrol edilemeyen öfke patlamaları	( )	( )	( )	( )	( )
25. Evden dışarı yalnız çıkma korkusu	( )	( )	( )	( )	( )
26. Olanlar için kendini suçlama	( )	( )	( )	( )	( )
27. Belin alt kısmında ağrılar	( )	( )	( )	( )	( )
28. İşlerin yapılmasında erteleme duygusu	( )	( )	( )	( )	( )
29. Yalnızlık hissi	( )	( )	( )	( )	( )
30. Karamsarlık hissi	( )	( )	( )	( )	( )
31. Her şey için çok fazla endişe duyma	( )	( )	( )	( )	( )
32. Her şeye karşı ilgisizlik hali	( )	( )	( )	( )	( )
33. Korku hissi	( )	( )	( )	( )	( )
34. Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali	( )	( )	( )	( )	( )
35. Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi	( )	( )	( )	( )	( )
36. Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu	( )	( )	( )	( )	( )
37. Başkalarının sizi sevmediği yada dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi	( )	( )	( )	( )	( )
38. İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapma	( )	( )	( )	( )	( )
39. Kabin çok hızlı çarpması	( )	( )	( )	( )	( )
40. Bulantı veya midede rahatsızlık hissi	( )	( )	( )	( )	( )
41. Kendini başkalarından aşağı görme	( )	( )	( )	( )	( )
42. Adale (kas) ağrıları	( )	( )	( )	( )	( )
43. Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi	( )	( )	( )	( )	( )
44. Uykuya dalmada güçlük	( )	( )	( )	( )	( )
45. Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme	( )	( )	( )	( )	( )
46. Karar vermede güçlük	( )	( )	( )	( )	( )
47. Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu	( )	( )	( )	( )	( )
48. Nefes almada güçlük	( )	( )	( )	( )	( )
49. Soğuk veya sıcak basması	( )	( )	( )	( )	( )
50. Sizi korkutan belirli uğraş, yer ve nesnelerden kaçınma durumu	( )	( )	( )	( )	( )
51. Hiçbir şey düşünememe hali	( )	( )	( )	( )	( )
52. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması	( )	( )	( )	( )	( )
53. Boğazınıza bir yumru tıkanmış olma hissi	( )	( )	( )	( )	( )

54. Gelecek konusunda ümitsizlik	( )	( )	( )	( )	( )
55. Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük	( )	( )	( )	( )	( )
56. Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi	( )	( )	( )	( )	( )
57. Gerginlik veya coşku hissi	( )	( )	( )	( )	( )
58. Kol veya bacaklarda ağırlık hissi	( )	( )	( )	( )	( )
59. Ölüm ya da ölme düşünceleri	( )	( )	( )	( )	( )
60. Aşırı yemek yeme	( )	( )	( )	( )	( )
61. İnsanların size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma	( )	( )	( )	( )	( )
62. Size ait olmayan düşüncelere sahip olma	( )	( )	( )	( )	( )
63. Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması	( )	( )	( )	( )	( )
64. Sabahın erken saatlerinde uyanma	( )	( )	( )	( )	( )
65. Yıkanma, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yineleme hali	( )	( )	( )	( )	( )
66. Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama	( )	( )	( )	( )	( )
67. Bazı şeyleri kırıp dökme hissi	( )	( )	( )	( )	( )
68. Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması	( )	( )	( )	( )	( )
69. Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme	( )	( )	( )	( )	( )
70. Çarşı sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi	( )	( )	( )	( )	( )
71. Her şeyin bir yük gibi görünmesi	( )	( )	( )	( )	( )
72. Dehşet ve panik nöbetleri	( )	( )	( )	( )	( )
73. Toplum içinde yiyip-içerken huzursuzluk hissi	( )	( )	( )	( )	( )
74. Sık sık tartışmaya girme	( )	( )	( )	( )	( )
75. Yalnız bırakıldığında sinirlilik hali	( )	( )	( )	( )	( )
76. Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince taktir etmediği duygusu	( )	( )	( )	( )	( )
77. Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme	( )	( )	( )	( )	( )
78. Yerinizde duramayacak ölçüde huzursuzluk duyma	( )	( )	( )	( )	( )
79. Değersizlik duygusu	( )	( )	( )	( )	( )
80. Size kötü bir şey olacakmış duygusu	( )	( )	( )	( )	( )
81. Bağırma ya da eşyaları fırlatma	( )	( )	( )	( )	( )
82. Topluluk içinde bayılacağınız korkusu	( )	( )	( )	( )	( )
83. Eğer izin verirseniz insanların sizi sömüreceği duygusu	( )	( )	( )	( )	( )
84. Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması	( )	( )	( )	( )	( )
85. Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi	( )	( )	( )	( )	( )

86. Korkutucu türden düşünce ve hayaller	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
87. Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
88. Başka bir kişiye asla yakınlık duyamama	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
89. Suçluluk duygusu	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
90. Aklınızdan bir bozukluğu olduğu düşüncesi	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**

EK-9:

GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ (GGA) Ö(4-16)

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

Öğrencinin Adı: .....Kız / Erkek

Doğum Tarihi: .....

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

Belirtmek istediğiniz başka düşünce ya da duygunuz var mı?

Lütfen sayfayı çeviriniz - arka sayfada birkaç soru daha var

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

Evet-Biraz ☐ **Hayır** ☐ **Evet-OldukçaCiddi** ☐ **Evet-ÇokCiddi** ☐

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

Bir önceki soruda bahsettiğiniz bu güçlükler ne zamandır var?

1 aydan az ☐ **1-5 ay** ☐ **6-12 ay** ☐ **1 yıldan fazla** ☐

Bu güçlükler öğrenciyi sıkıntıya sokuyor yada moralini bozuyor mu?

Kesinlikle Hayır ☐ **Biraz** ☐ **Oldukça fazla** ☐ **çok fazla** ☐

Bu güçlükler aşağıdaki alanlarda, öğrencinin günlük yaşamını etkiliyor mu?

	Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça fazla	çok fazla
Arkadaş ilişkileri :	☐	☐	☐	☐
Sınıf içi öğrenme :	☐	☐	☐	☐

Bu güçlükler size ya da sınıfın tümüne zorluk yaşatıyor mu?

Kesinlikle Hayır ☐ **Biraz** ☐ **Oldukça fazla** ☐ **çok fazla** ☐

İmza: ..... Tarih: .....

Sınıf öğretmeni / Rehberlik öğretmeni / Müdür Yard. / Diğer (lütfen belirtiniz):

Yardımınız için teşekkür ederiz

© Robert Goodman, 2005

EK-10 :

YENİLENMİŞ CONNERS SINIF ÖĞRETMENİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (3-17 YAŞ)

Öğrencinin Adı ---------- Cinsiyeti: K E

(daire içine alınız)

Doğum tarihi ----------/----------/---------- Yaşı: Sınıfı:
Ay Gün Yıl

Öğretmenin Adı:---------- Bugünün Tarihi : ------/------/----------

Ay Gün Yıl

Yönerge: Aşağıda çocukların okulda yaşadıkları yaygın pek çok sorun vardır. Lütfen her bir maddeyi, problemin son bir ay içerisinde görülme sıklığına göre derecelendiriniz. Her bir madde için kendinize "son bir ay içerisinde bu sorunun ne kadar görüldüğü" sorusunu sorunuz ve en uygun yanıtı yuvarlak içine alınız. Eğer bu problem hiçbir zaman görülmüyorsa ya da nadiren ya da çok az görülüyorsa 0'ı yuvarlak içine alınız. Eğer çok doğruysa ya da çok sık görülüyorsa 3' ü yuvarlak içine alınız. Bu ikisi arasında kalan derecelendirmeler için 1' ya da 2'yi yuvarlak içine alınız. Lütfen bütün maddeleri yanıtlayınız.

		HİÇ DOĞRU DEĞİL (Hiçbir zaman, nadiren)	BİRAZ DOĞRU (Bazen)	OLDUKÇA DOĞRU (Çoğu kez, Sık sık)	ÇOK DOĞRU (Pek çok kez, Çok sık sık)
1	Karşı gelir.	0	1	2	3
2	Kıpır kıpırdır, huzursuzdur.	0	1	2	3
3	Öğrendiklerini hemen unutur.	0	1	2	3
4	Göründüğü kadarıyla gruba alınmaz.	0	1	2	3
5	Duyguları kolayca incinir.	0	1	2	3
6	Mükemmelliyetçidir	0	1	2	3
7	Öfke patlamaları vardır; aniden parlayan, önceden kestirilemeyen davranışlar gösterir.	0	1	2	3
8	Kolay heyecanlanır, düşünmeden hareket eder	0	1	2	3
9	Ayrıntılara dikkatini veremez ya da okul çalışmalarında, yaptığı işlerde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.	0	1	2	3
10	Küstahtır	0	1	2	3
11	Sürekli hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi hareket eder .	0	1	2	3
12	Uzun süreli zihinsel çaba gerektiren görevlerden (okul ödevleri ya da ev ödevleri gibi) kaçınır, isteksizlik gösterir ya da yapmakta zorlanır	0	1	2	3
13	Takımlara ya da oyunlara en son seçilen kişilerden biridir	0	1	2	3
14	Duygusal bir çocuktur.	0	1	2	3
15	Her şey yerli yerinde olmalıdır	0	1	2	3
16	Huzursuzdur ya da aşırı hareketlidir	0	1	2	3
17	Başladığı işi bitiremez	0	1	2	3
18	Kendisine söylenenleri dinlemiyor görünür	0	1	2	3
19	Yetişkinlerin isteklerine açıkça karşı gelir ya da uymayı reddeder	0	1	2	3
20	Sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda yerinden kalkar	0	1	2	3

		HİÇ DOĞRU DEĞİL (Hiçbir zaman, nadiren)	BİRAZ DOĞRU (Bazen)	OLDUKÇA DOĞRU (Çoğu kez, Sık sık)	ÇOK DOĞRU (Pek çok kez, Çok sık sık)
21	Kelimedeki harfleri doğru sırada yazamaz	0	1	2	3
22	Hiç arkadaşı yoktur	0	1	2	3
23	Ürkektir, kolayca korkar.	0	1	2	3
24	Bir şeyleri tekrar tekrar kontrol eder.	0	1	2	3
25	Sık sık ve kolayca ağlar	0	1	2	3
26	Dikkatsizdir, dikkati kolayca dağılır	0	1	2	3
27	Görevleri ya da etkinlikleri düzenlemede güçlük çeker	0	1	2	3
28	Görevlerde ya da oyun etkinliklerinde dikkatini sürdürmede güçlük çeker	0	1	2	3
29	Sıranın kendisine gelmesini beklemekte güçlük çeker.	0	1	2	3
30	Beklenen düzeyde okuyamaz.	0	1	2	3
31	Nasıl arkadaş edineceğini bilemez.	0	1	2	3
32	Eleştiriye duyarlıdır.	0	1	2	3
33	Göründüğü kadarıyla ayrıntılarla çok fazla uğraşır.	0	1	2	3
34	Yerinde duramaz.	0	1	2	3
35	Diğer çocukları rahatsız eder.	0	1	2	3
36	Çok konuşur.	0	1	2	3
37	Yetişkinlerle tartışır.	0	1	2	3
38	Hareket etmeden duramaz.	0	1	2	3
39	Uygun olmayan ortamlarda aşırı bir şekilde koşuşturur ya da tırmanır.	0	1	2	3
40	Okul çalışmalarına ilgisizdir.	0	1	2	3
41	Sosyal becerileri zayıftır.	0	1	2	3
42	Sakin bir biçimde oyun oynamakta ya da boş zaman etkinliklerine katılmakta güçlük çeker	0	1	2	3
43	Her şeyin düzgün ve temiz olmasını ister .	0	1	2	3
44	Elleri ayakları hiç durmaz ya da oturduğu yerde kıpır kıpırdır.	0	1	2	3
45	İstekleri hemen karşılanmalıdır-kolayca sinirlenir.	0	1	2	3
46	Sorunun tamamlanmasını beklemeden cevabı yapıştırır.	0	1	2	3
47	Kincidir ya da öç almak ister.	0	1	2	3
48	Dikkat süresi kısadır.	0	1	2	3
49	Görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örneğin okul ödevleri, kalemler, kitaplar, araç gereçler ya da oyuncaklar)	0	1	2	3
50	Yalnızca gerçekten ilgi duyduğu şeylere dikkatini verir.	0	1	2	3
51	Utangaçtır, çekiniktir.	0	1	2	3
52	Dikkatinin dağınıklığı ya da dikkatinin süresi sorun yaratır.	0	1	2	3
53	Her şey her zaman aynı şekilde yapılmalıdır.	0	1	2	3
54	Ruh hali çok ani ve çarpıcı bir şekilde değişir.	0	1	2	3
55	Başkalarını böler ya da zorla araya girer (örneğin başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına burnunu sokar).	0	1	2	3
56	Matematikte zayıftır.	0	1	2	3
57	Yönergeleri izlemez ve okul çalışmalarını bitiremez (karşı gelme davranışından ya da yönergeleri anlamadığından değil).	0	1	2	3
58	Dış uyaranlarla dikkati kolayca dağılır	0	1	2	3
59	Huzursuzdur, her an ayakta ve hareket halindedir.	0	1	2	3

- **Bu proje, M.E.B. Eğitim Araştırma ve Geliştirme Dairesi tarafından desteklenmektedir.**

- **Copyright 1997, 2000 by Psychological Assessment Resource, Inc.**

- **Türkçe çeviri ve uyarlama çalışması (*) Prof. Dr. Sema Kaner, Doç. Dr. Elvan Karacan, Yrd. Doç. Dr. Şener Büyüköztürk, Aylin Ak ve Latife Özaydın tarafından Psychological Assessment Resource, Inc. izni ile yapılmaktadır.**

- ***Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Bölümü Öğretim Üyesi**